

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 XIII

WARSZAWA, 8 PAŹDZIERNIKA 1936 R.

Nr. 38

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Z Kliniki Wewnętrznej U. S. B.

(Dyrektor: Prof. Dr A. Januszkiewicz).

Próba uzasadnienia stosowania leczniczego wód mineralnych alkalicznych i słonych.

Podala

Dr E. SALITÓWNA, st. asystentka (Wilno).

Stosowanie wód mineralnych do picia, oparte obecnie na ściśle sprecyzowanych przesłankach fizjologicznych, odbiega od nieracjonalnego leczenia zdrojowego w wieku XVI do XVIII, kiedy spijano bezkrytycznie od 3 do 10 litrów wody mineralnej, co nieraz powodowało ciężkie objawy w postaci wymiotów, biegunek, osłabienia ogólnego i nawet puchliny. Mając określone zadania lecznicze przy zalecaniu wody, pamiętać musimy o zmianach, zachodzących w ustroju po wprowadzeniu większej ilości płynu o pewnych cechach fizycznych, wobec czego uwzględniamy ilość płynu, ciepłotę, stężenie soli w podawanej wodzie, a przede wszystkim skład chemiczny. Dawniej, gdy zwracano największą uwagę na t^o, odróżniano wody hipotermalne, hemoiotalne oraz hipertermalne. Następnie przypisywano decydujące znaczenie stężeniu i przeciwstawiano wodę hipotoniczną — hipertoniczną. Na skład chemiczny wód mineralnych zaczęto zwracać uwagę w końcu XVIII stulecia (J. Fr. Zuckert 1768 r., K. A. Hoffmann 1815 r., w Polsce nieco później, bo od czasów Dietla w roku 1858).

Dokładniejsza analiza wód mineralnych krajowych wykazała, że posiadamy wody, odpowiadające swoim składem chemicznym niemal wszystkim wodom zagranicznym. Klasyfikacji wód mineralnych polskich poświęcono dużo uwagi; gdy poprzednio uwzględniano tylko aniony, E. Hinz i J. Cuhnhut podkreślili znaczenie zarówno anionów, jak i kationów. L. Korczyński podnosi w swoim szczegółowym podziale zdrojów polskich właściwości indywidualne każdego z nich, podkreślając trudność łączenia tych wód w poszczególne grupy, co zmusiło go odróżniać do 50 pojedynczych jednostek. Ze względu na dominujący czynnik farmakodynamiczny można przeciwstawić grupę wód alkalicznych solankom. W wodach alkalicznych głównym składnikiem są sole kwasu węglowego, czynnikiem zaś

działającym — jon wodorotlenowy (OH¹, powstały przy dysocjacji hydrolitycznej). W solankach — składnikiem działającym jest chlorek sodu. 80% soli w wodach mineralnych znajduje się w postaci dysocjowanej. Oceniając zdolność wchłaniania takich roztworów, pamiętać należy o zdolności resorbcyjnej poszczególnych wchodzących w grę jonów. Do łatwo resorbujących się kationów należą K⁺, N⁺, Li⁺, trudniej ulegają wchłanianiu Ca⁺⁺ i Mg⁺⁺; z anionów Cl⁻ najłatwiej się resorbuje, po tym Br⁻, J⁻, SO⁴⁻⁻, NH₃. Od wzajemnego ustosunkowania się jonów zależy też różny wpływ rozmaitych wód mineralnych, w których skład wchodzi mniej więcej te same sole. Przy stosowaniu wód mineralnych działamy przede wszystkim na przewód pokarmowy w ścisłym tego słowa znaczeniu, na gruczoły i narządy, związane z przewodem pokarmowym, jak wątroba, trzustka i inne; nie w małym stopniu wpływa woda mineralna na narząd krążenia i nerki; dopiero za pośrednictwem tych narządów na układ oddechowy, ogólną przemianę materii i gruczoły wkrwne, układ nerwowy oraz równowagę kwasowo-zasadową. Nic też dziwnego, że najwcześniej poddano badaniu wpływ wód mineralnych na przewód pokarmowy, możliwe jest, że do tego też przyczyniła się względna łatwość techniki tych badań oraz pewna uchwytność wyników badania. Pierwszym czynnikiem, działającym przy picciu wód mineralnych, jest masa wprowadzonego płynu, drugim zaś jego ciepłota. Przez zrównanie ciepłoty wody i ciała, przez wchłanianie do soków ustroju i krwi, przez doprowadzenie pewnych ciał chemicznych — działa woda mineralna na najdrobniejsze szczegóły trawienia, dopomaga w przepłukaniu i wypłukaniu ustroju; w żołądku rozcieńcza sok żołądkowy, przesiąka zawartość i częściowo ją rozpuszcza. Sole wód mineralnych ulegają szybko wchłanianiu, bo stwierdzone są już po paru minutach w moczu; szczególnie podane naczczo wody przepłukują żołądek i rozcieńczają śluz, ew. sok żołądkowy. Ponieważ wprowadzenie wody powoduje pewne pobudzenie wydzielania kwasów, staje się wypita woda nieco kwaśniejsza, co pobudza do wydzielania trzustkę, wątrobę oraz gruczoły jelit. Odwrotnie, w przypadkach sokotoku, podając wodę, rozcieńczamy kwaśną treść żołądka, przeprowadzając treść żołądka hipertoniczną w izotoniczną (Ewald). Przechodzenie większej

ilości wody do jelit cienkich pobudza perystaltykę jelit, również rozcieńczając ich zawartość. Część wody już w żołądku wchłania się do naczyń limfatycznych i żylnych (Bechlard et Buisson) z szybkością zależną od stężenia soli (która nie powinna przekraczać 2%), jak również od stanu wypełnienia układu krwionośnego.

Węglan sodu, trafiając do żołądka, rozkłada się przez kwasy, tak, że wydziela się wolny kwas węglowy, i tworzy się sól kuchenna, jak również sole sodowe kwasu mlekowego, masłowego oraz octowego. Wody alkaliczne pobudzają ruchy żołądka oraz czynność wydzielniczą błony śluzowej przewodu pokarmowego, rozpuszczają śluz w gardle i żołądku, tam, gdzie jest nadmiar kwasu solnego mogą go zobojętnić i przeto uregulować proces trawienia, zapobiegając nadmiernemu gniciu w jelitach. Większość autorów uważa, że wody alkaliczne hamują kwasowość żołądka i dlatego nadają się w nadkwasowości. Według badań Borodenki w zaburzeniu równowagi solnej w ustroju narządy nieprawidłowo funkcjonują, ich czynność wraca do normy po jej uregulowaniu. Tylko w ten sposób można zrozumieć dobre wyniki stosowania tej samej wody we wręcz przeciwnych zaburzeniach, np. Zuber w nadkwasowości i bezkwasie. Jaworski wykazał, że jednorazowa dawka 250 cm³ wody karlsbadzkiej zobojętnia zawartość żołądka i zmniejsza zacyzyn. Bickel, Haymen, v. Noorden i in. również obserwowali obniżenie kwasowości zaraz po podaniu wód alkalicznych. Przy kontrolnym badaniu treści po 3-tygodniowym podawaniu wody karlsbadzkiej (3 razy dziennie po 150 cm³) stwierdziłam w niektórych przypadkach zwiększenie kwasowości treści żołądkowej z 28/14 do 36/24 „ 25/14 „ 42/30 i nawet „ 36/22 „ 60/48

Tak samo Ewald, Sandberg, Linossier, Robin i Mathieu stwierdzili w jakiś czas po podaniu alkaliu pobudzenie czynności wydzielniczej błony śluzowej żołądka. Wody mineralne, podawane w stanie ciepłym po jedzeniu, działają najlepiej. Jeżeli w nadkwasowości osiągamy również dobre wyniki przy stosowaniu wód alkalicznych przed jedzeniem, to przyczynia się do tego neutralizowanie nadmiaru kwasów z końcowego okresu trawienia poprzedniego posiłku, który akurat w tym czasie sięga maksymalnej wysokości (Williams). Badania Piątkowskiego wykazały, że w przewlekłych nieżytach żołądka zanikowych wody alkaliczne również dobrze działają, co autor tłumaczy rozpuszczaniem śluzu oraz zobojętnieniem kwasów organicznych. W niedomodze wydzielniczej dobre skutki widziano po wodach alkalicznych z dużą zawartością CO₂, więc po szczawach zimnych, bo bezwodnik kwasu węglowego pobudza wydzielanie błony śluzowej żołądka, zwiększając właściwości przeciwnie soku żołądkowego (Jaworski).

Pawłow oraz badacze angielscy (Bayliss, Starlin, Langdon-Brown i Williams) tłumaczą to w sposób następujący: pokarmy przeżute, zaopatrzone w ślinę w jamie ustnej, podlegają w żołądku działaniu pepsyny i kwasu solnego. Przy braku kwasu solnego kęs połknięty nie ulega przekształceniu i staje się bodźcem mechanicznym, drażniącym błonę śluzową, którą co najwyżej pobudza do wydzielania alkalicznego śluzu, otaczającego pokarm i utrudniającego działanie soków trawiennych. Przy nadmiarze HCL lub sokotoku pokarm jest przekwaszony, skurcz odźwiernika wstrzymuje pokarm w drodze do dwunastnicy aż do chwili, gdy

wydzieliło się dość żółci i soku trzustkowego dla jego zobojętnienia. Może to trwać kilka godzin, a tymczasem błona śluzowa żołądka i jej zakończenia nerwowe podlegają ciąglemu podrażnieniu. Otóż, według Williamsa, stosowanie wód alkalicznych przed jedzeniem jest skuteczne w obu rodzajach niestrawności, bo usuwa śluz, zamykający ujścia gruczołów wydzielniczych żołądka.

Jednak, jeżeli chodzi o schorzenia żołądka z obniżoną lub zniesioną kwasowością, możemy twierdzić z całą pewnością, że wody słone są odpowiedniejsze. Na podstawie badań, przeprowadzonych w Klinice Wewnętrznej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie, stwierdziłam, że podawanie solanki druskienickiej nie tylko łagodzi przykre objawy dyspeptyczne, ale działa wybitnie pobudzająco na czynność wydzielniczą błony śluzowej, co się demonstrowało wyraźnym zwiększeniem wolnego HCl i ogólnej kwasoty nie tylko po dłuższym stosowaniu solanki, lecz również uwidacznia się po jednorazowym podaniu, jeżeli przeprowadzimy frakcyjne badanie treści żołądkowej. Strasser tłumaczy korzystny wpływ solanek zawartym w nich jonem chloru, który, przenikając do warstwy naczyniowej, wywołuje przekrwienie błony śluzowej, zwiększa wydzielanie i rozpuszcza śluz. Sole wód mineralnych przedostają się do jelit również z żółcią i sokiem trzustkowym.

Schorzenia jelit oddawna są przedmiotem leczenia wodami mineralnymi. Dwuwęglan sodu w wodach alkalicznych i w niektórych solankach (druskienicka) uśmierza działanie szkodliwe produktów rozkładu w nieżytych jelit, zapobiega gromadzeniu się śluzu, rozpuszcza go, ułatwia jego wydalanie. Przy znacznym rozpułchnieniu błony śluzowej i skąpom wydzielaniu gruczołów, a szczególnie w owrzodzeniach, wody, zawierające wapń, są skuteczniejsze, dlatego, że brak jonów wapnia w ustroju potęguje podrażnienie jelit (Modrakowski). Wapń bowiem ma działanie, uszczelniające naczyń, przeciwzapalne i przeciwwysiękowe. Tempka obserwował po Zuberze upośledzenie rozwoju bakterii jelitowych, co ma szczególne znaczenie w przypadkach nadmiernej fermentacji i gnicia w jelitach. Wody podajemy ogrzewane, aby uniknąć silnego podrażnienia ruchów robaczkowych jelit oraz usunąć CO₂.

Wody alkaliczne, zawierające wapń, działają nie mniej korzystnie w zapalnych schorzeniach wątroby, woreczka żółciowego, bo, jak już wspomniałam, połączenia wapnia działają przeciwzapalnie. Według Tempki, wody alkaliczne wzmagają również wydalanie kwasów żółciowych, przeciwdziałających wypadaniu cholesterolu, co zapobiega powstawaniu kamieni cholesterolowych; poza tym rozcieńczają żółć, wzmagają prąd w drogach żółciowych, wypłukując z nich produkty zapalne, drobnoustroje, ew. drobne złoże. Obserwowano również wzmoczenie wydzielania trzustkowego pod wpływem wód alkalicznych. Niema na razie dokładniejszych badań co do wpływu solanek na schorzenia wątroby i dróg żółciowych. Na podstawie obserwacji klinicznych mogę powiedzieć, że w schorzeniach dróg żółciowych, przebiegających z nieżytem podkwaśnym lub bezkwaśnym żołądka, solanka druskienicka daje dobre wyniki.

Jeżeli chodzi o trzustkę, to wiadomym jest, że wody alkaliczne korzystne są w cukrzycy. Gans przypuszcza, że alkalia opóźniają przekształcanie glikogenu w cukier, przy tym zobojętniają nadmiar produktów kwaśnych, jak również działają korzystnie, pośrednio wpływając na cierpienia towarzyszące (schorzenia wątroby, żołądka i jelit — Orłowski). Noorden widzi dodatni wpływ wód alkalicznych w cukrzycy

w tym, że duża ilość wypitej wody mineralnej automatycznie zmusza do umiarkowania w jedzeniu i picciu. *Umber* twierdzi, że alkalia poprawiają tolerancję. *Glatt*, *L. Korczyński*, *Lutje* dowodzą, że picie wody zwykłej ciepłej również poprawia cukrzyce. *W. Orłowski* zaznacza, że wody mineralne, zarówno alkaliczne, jak słone, mogą być pomocne w leczeniu cukrzycy dlatego, że alkalia i sól kuchenna sprzyjają przetwarzaniu cukru gronowego na lewulozę i tym ułatwiają przyswajanie. Co do solanek, to wiemy, że sól hamuje mobilizację cukru, pobudzana przez adrenalinę. Wyrazem takiego wpływu solanki druskienickiej na przemianę węglowodanową mogłoby być obniżenie krzywej poziomu cukru we krwi po obciążeniu z jednoczesnym podaniem solanki w porównaniu z krzywą, otrzymaną przy zwykłej próbie obciążenia. Na razie przeprowadziłam zbyt mało takich obserwacji, wobec czego nie mogę przytoczyć ostatecznych wyników.

Nieraz spostrzega się wzajemny antagonizm w rozmieszczeniu poziomu chloru i cukru we krwi. *Glass* i *Beiliss* chorym na cukrzyce zastrzykiwali dożylnie 20 cm³ 20% NaCl, po czym poziom cukru we krwi obniżał się o 25%, roztwór fizjologiczny działał słabiej. Choć doustne podawanie roztworów soli nie zawsze działa hipoglikemizująco, możemy jednak w każdym przypadku cukrzycy, w którym nie ma przeciwwskazań, wypróbować systematyczne podawanie solanki, bo wiadomo, że roztwory soli działają pobudzająco na trzustkę, wywołując hiperinsulinemię, oraz zwiększając napięcie nerwu błędnego, który posiada właściwość obniżania poziomu cukru we krwi (*Marynowska*).

Wspomnę także o wzajemnym stosunku między gospodarką chlorową i kwasowo-zasadową ustroju; również i na ten zespół mają wpływ wody mineralne, co pozostaje w ścisłym związku z czynnością wydzielniczą żołądka. Systematyczne podawanie wód mineralnych wprowadza tyle soli, że to zaważa na gospodarce mineralnej ustroju w ten sposób, że przy zahamowaniu czynności wydzielniczej żołądka we krwi zwiększa ilość soli kwaśnych, Ph się zmniejsza, jak również zapas zasad. Odwrotne zjawisko obserwuje się przy podawaniu solanek, które pobudzają wydzielanie kwasów w żołądku. Potwierdzeniem powyższego są pewne zmiany w moczu. Zawartość chlorków, wskaźnik amonowy i odczyn moczu zmieniają się pod wpływem podawania wód mineralnych już po kilku dniach; po zaprzestaniu kuracji zmiany te szybko ustępują.

Przechodząc do omawiania wpływu pobudzającego wód mineralnych na wydalanie produktów przemiany materii, jak mocznika, soli kuchennej, kwasu fosforowego i siarkowego (*Genth*, *Mosler*, *Beckerel*, *Chossat*, *Lehmann*, *Falk*), zaznaczyć należy, że nie wiemy dotychczas, czy, doprowadzając wodę, rozcieńczamy płyn tkankowy i zmieniamy natężenie rozpadu białka, przez co w moczu stwierdzamy wzmożoną ilość produktów rozpadu białkowego, czy też płyn doprowadzony przyspiesza tylko wydalanie już przed tym nagromadzonych produktów rozpadu. W każdym razie, poza wzmożeniem wydalania przez nerki stwierdzamy pobudzenie czynności wydzielniczej innych narządów, jak skóry (*Ferber*, *Morler*, *Weirich*), przysadnicy (*Lehmann*), trzustki (*Weinmann*) i wątroby (*Bidler*, *Schmidt*, *Nasse*, *Arnold Rohrig*). Za zwiększeniem ogólnej przemiany materii miałyby przemawiać obserwacje *Bochera*, który wykazał, że przy podawaniu wody waga spada, o ile

nie zwiększamy jednocześnie ilości podawanych pokarmów. Poza tym każdej wodzie, jak zwykle, tak i mineralnej, właściwe jest przenikanie do tkanek, do układu krążenia, wzmożenie ciśnienia w naczyniach włosowatych, i dlatego kuracją wodną możemy usunąć nadmiar kwasu moczowego, zalegające we krwi i tkankach barwniki żółciowe, trucizny, możemy przepłukać zamknięte złożami kanaliki nerkowe, pobudzić czynność jelit.

Kwaśne sole kwasu moczowego, które często zatrzymują się w ustroju w skazie dnawej, są naogół trudno rozpuszczalne (1:8000). Alkaliczne wody mineralne ułatwiają wytwarzanie moczanów alkalicznych lub obojętnych, które już się rozpuszczają znacznie łatwiej (1:350—1:400). *Pfeiffer* stwierdził po zastosowaniu alkali wzmożone wydalanie kwaśnego moczu. *Stadelmann* zwraca uwagę na działanie moczopędne sody w dawkach średnich. Dwuwęglan wapnia i magnezu przeciwdziała wchłanianiu się nukleoproteidów, będących źródłem powstawania kwasu moczowego, a tym samym działają korzystnie na przebieg dny (*Kionka*). W solankach chlerek sodowej w ilościach 10/00 może przyczynić się do wzmożonego wydzielania kwasu moczowego. *Dapper* i *Noorden*, *Dombrowska* i *Rzętkowski* dowiedli, że słabe solanki zwiększają wydalanie z moczem związków purynowych. Dla celów leczniczych niezbędne jest podawanie 1400—1700 cm³ wody mineralnej, najlepiej przed jedzeniem. Nie wszyscy przypisują działanie swoiste wodom alkalicznym w dnie. *F. A. Hoffman* widzi istotę działania tych źródeł w korzystnym wpływie na żołądek, w pobudzeniu gruczołów trawiennych i w usuwaniu niestrawności. *W. Orłowski* natomiast przypuszcza, że do usuwania kwasu moczowego przyczynia się w wielkim stopniu wzmożenie diurezy, wywołane sodą i chlorkiem sodu. Te z wód mineralnych, które zawierają sól Glauberską oraz większe ilości chlorków, mogą albo przez działanie rozwalniające pomagać wydalaniu kwasu moczowego przez przewód pokarmowy, albo jeszcze w większej mierze przez uregulowanie trawienia zmniejszają wytwarzanie się substancji, wyzwalających napady dnawe. Wody wapniowe utrudniają wchłanianie ciał purynowych z przewodu pokarmowego.

Pewne znaczenie może mieć stosowanie wód alkalicznych i solanek w nieżytach dróg moczowych, pierwszych, gdy chodzi o zakwaszowanie moczu, a solanek przy zakwaszaniu.

Z tych samych względów mogą być stosowane wody mineralne, gdy chodzi o zaburzenie równowagi układu nerwowego mimowolnego. Do zmniejszenia pobudzenia nerwu współczulnego (tyreotoksykozy, choroba *Basedowa*) nadają się wody alkaliczne, które, według *Tempki*, obniżają przemianę azotową, przemiana gazowa również pod wpływem alkali się obniża (*Braun*). W podobny sposób działają solanki przez zwiększenie napięcia nerwu błędnego. Jeżeli chodzi o narządy oddechowe, szczególnie górne drogi oddechowe, to również oddawna znany jest wpływ wód alkalicznych, szczególnie szczaw, po których stosowaniu następuje rozrzedzenie śluzu, wydalanie go, co zależy od właściwej alkaliom zdolności rozpuszczania mucyny, jak również od pobudzenia ruchu rząskowego nabłonków dróg oddechowych.

Z powyższego wynika, że 1) największe zastosowanie mają wody mineralne w schorzeniach przewodu pokarmowego i przemiany materii, 2) że chociaż wody alkaliczne mogą być stosowane we wszystkich schorzeniach zapalnych żołądka i jelit, jednak w nieżytach ze

zmniejszoną kwasowością solanki są odpowiedniejsze, 3) że, gdy chodzi o przepłukanie ustroju, jak w skazie moczanowej, zatruciach przewlekłych, mogą być stosowane zarówno wody alkaliczne, jak słabe solanki, bo cho-

dzi przede wszystkim o podanie pewnej ilości wody mineralnej i 4) że w cukrzycy bez zakwaszenia solanki mogą być skuteczne wobec pewnego działania hipoglikemizującego chlorku sodowego.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Instytutu Rentgenologicznego Uniwersytetu Paźmany Peter w Budapeszcie.

(Dyr.: Prof. A. Kelen)

i

Instytutu Anatomii Patologicznej

(Dyr.: Prof. Koloman Buday).

Wpływ promieni X na czynności komórek, hodowanych sztucznie.

Podali

A. FARAGÓ i K. HASZLER (Budapeszt)

Celem pracy było stwierdzenie, czy promienie Roentgena mają wpływ na hodowle tkanek, a jeśli istotnie wpływ mają, to czy wyraża się on przyspieszeniem, czy zahamowaniem metabolizmu. Wybraliśmy do badań hodowle tkanek z zarodka kurzego. Jest to hodowla najodpowiedniejsza przede wszystkim dlatego, iż jest dostępna dla obserwacji, oraz że zmiany, w niej zachodzące, mogą być śledzone krok za krokiem. Tkanka kurza, jako tkanka kręgowca, jest morfologicznie i biologicznie bardziej zbliżona do tkanek zwierząt wyższych, aniżeli protozoa i metazoa. Nie wyciągając wniosków kategorycznych co do tkanek w ustroju żywym, można jednak zdobyć nieco pożytecznych wiadomości o zachowaniu się komórki względem omawianych promieni.

Zanim przystąpimy do doświadczeń własnych, damy krótki rzut oka na wyniki prac innych badaczy.

W odnośnym piśmiennictwie największą uwagę przyciągają badania Krontowszkyego. Stwierdził on, że dawki promieni zdolne zabić cały ustrój, pozostają bez wpływu na hodowle tkanek, które rozrastają się w dalszym ciągu.

Fischer wraz z Baastrupem wykryli, że po naświetleniu grupy fibroblastów rozrastały się komórki po transplantacji gorzej, niż komórki nie naświetlane. W obecności rozpuszczonych krwinek kurzych ujemny wpływ promieni stawał się jeszcze wyraźniejszy. Według Carrela wyciąg z zarodka naświetlanego traci swe własności. Gassul stwierdza, że 40% HED pobudza ruchy włóknkowe. Pod wpływem takiej dawki następuje szybciej redukcja błękitu metylowego, a zatem metabolizm ożywia się. Zastosowanie dawki silniejszej hamowało i obniżało metabolizm. Gassul stwierdził zmiany morfologiczne krwinek żaby po zastosowaniu dużych dawek promieni. Strangways, Hapwood, Roufard, Murphy, Liu i Sturm badali rozkład komórek *in vitro* po zastosowaniu rozmaitych dawek promieni.

Z powyższych danych wynika, że dużo punktów musi być jeszcze wyświetlonych. Rozmaici badacze posługiwali się rozmaitymi metodami naświetlań, nie podobna zatem sprowadzić wyników wszystkich do jednego mianownika. Niektóre z badań odnoszą się do czasów dawanych, kiedy kontrola dawek nie była możliwa w takiej mierze, jak to jest obecnie, kiedy promienie same, filtry i t. d. różniły się od obecnych, co sprawia, że nie można wyników tamtych zestawiać z innymi.

Metoda badania.

Hodowle do badań pochodziły z serca zarodka kurzego 8 dniowego.

Tkanka pobrana (około 1 mm³) była umieszczona w mieszaninie osocza kurzego z wyciągiem z zarodka kurzego. Ten ostatni był przygotowany według wskazówek Fischera i rozcieńczony roztworem Locke'a w stosunku 1:5. Naświetlano w 24 godziny po posianiu przy czym przygotowywano uprzednio hodowle, które miały służyć do kontroli.

Naświetlania wykonano aparatem typu Kocha i Sterzela o kontakcie Vitka i zaopatrzonym w rury Coolidge'a. Dawki były stosowane od najsłabszych (6 r) do najsilniejszych (1800 r) t. j. 30—60—300—600—1200 r. Promienie filtrowano przez 5 mm Al, napięcie 100 K V, przy 6 m A, intensywność naświetlania — 26,62 r/min.

Ta seria miała dać dwie odpowiedzi: przede wszystkim, czy małe dawki działają pobudzająco na hodowle, oraz jakie dawki, jaka intensywność i jaka twardość promieni będzie najwłaściwsza dla dalszych doświadczeń.

Na podstawie tych badań ustaliliśmy rozmaite intensywności i twardości promieni, nadających się do doświadczeń, pamiętając dobrze, że naświetlanie tą samą dawką, lecz różną intensywnością daje różne wyniki biologiczne. Zgodnie z tymi spostrzeżeniami naświetlaliśmy cztery serie, posługując się rozmaitymi promieniami zarówno co do ich intensywności, jak i twardości. Staraliśmy się używać promieni twardych i miękkich, by otrzymać możliwie kontrastowe wyniki. Intensywność promieni wahała się pomiędzy 4 i 40 r/min. Woltaż był również różny: w jednym przypadku 100 KV, w innym — 180 KV. Stale przy 6 m A.

Jako filtr służył raz 1 mm aluminium, to znów 0,8 mm Cu. + 0,5 mm aluminium. Stąd wynika, że w dwóch seriach badań twardość promieni była stała, zmieniała się natomiast intensywność naświetlań, zaś w dwóch drugich seriach intensywność naświetlań była stała, a zmieniała się twardość promieni. Wskaźnik twardości wahał się między 0,1 mm dla promieni miękkich, 1,18 mm dla promieni twardych. Jak widać, różnica przenikliwości promieni wyrażała się stosunkiem 1:9, zaś różnica intensywności promieni 1:10.

Poniższa tablica przedstawia wielkości dawek.

Naświetlanie prom. twardymi prom. miękkimi.
180 KV 6 m A. 0,8 mm Cu + 0,5 mm Al. 100 KV 6 m A. 1 mm Al.

Mała intensywność 4 r/min	Duża intensywność 40,0 r/min	Mała intensywność 4 r/min	Duża intensywność 40,0 r/min
1000 r	1000 r	1000 r	1000 r
700 „	700 „	700 „	700 „
500 „	500 „	500 „	500 „
300 „	300 „	300 „	300 „
100 „	100 „	100 „	100 „

Poniżej przy omawianiu wyników pewnych serii naświetlań da się stwierdzić, że największe różnice w przenikaniu promieni istnieją przy dawkach dużych (1000 r), podawanych intensywnie (40 r/min.), i to zarówno przy stosowaniu promieni twardych, jak i miękkich.

Następnie naświetlaliśmy nowe serie promieniami twardymi i promieniami miękkimi, pragnąc stwierdzić, czy wpływ ich rozciąga się nie tylko na hodowlę przeszczepioną dwukrotnie, lecz i na przeszczepione kilkakrotnie.

Serie składały się z 10 hodowli, traktowanych tą samą dawką promieni. Utrwalano $\frac{1}{3}$ część hodowli po 48 godzinach od ich zaszczepienia czyli 24 godziny po ich naświetleniu, następną $\frac{1}{3}$ część — po 72 godzinach, a z pozostałej $\frac{1}{3}$ części zrobiliśmy pod-hodowlę, które przeszczepialiśmy co 48 godz., i z których części były brane do badań również co 48 godz.

Preparaty były utrwalone w 3% formalinie, barwione Sudanem III oraz hematoksyliną D e l a f i e l d a i pokrywane następnie żelatyną-gliceryną.

Jako kontrola służyły hodowle jedynie tylko naświetlane. Przypomnieć należy, że naświetlano w 24 godz. po zaszczepieniu, a to dlatego, iż komórki o żywym metabolizmie będące w stanie mitozy, są najczulsze na promienie X (wgł. B e r g o n i é e g o i T r i b o n d e a u, G. S c h w a r t z a). Natychmiast po zaszczepieniu nie stwierdzano komórek w stanie mitozy, zaś naświetlanie po 48 godzinach okazało się nieco spóźnione w tym sensie, iż w tym czasie podłoże okazywało już duże wyczerpanie. Ciężota w termostacie dochodziła do 37°C. Podczas naświetlań ciężota ze względów technicznych nie mogła być trzymana na tej wysokości i opadała do 30°C. Ponieważ jednak zabieg trwał niezmiernie krótko, spadek ciężoty nie miał żadnego złego wpływu na hodowlę. Możliwe zmiany, zachodzące pod wpływem spadku ciężoty, mogą nie być brane w rachubę. Poza tym hodowle, służące do kontroli i nie naświetlane, były również poddawane ciężocie 30°C. podczas naświetlań hodowli badanych.

Przed opisem hodowli naświetlanych należy dać krótki opis hodowli normalnych, które były punktem wyjścia dla badań. Pomijając szczegóły, powszechnie znane, dajemy opis ważnych i charakterystycznych własności hodowli.

Przed wszystkim należy podkreślić, że w 24 godziny po zaszczepieniu, to jest w chwili naświetlań, hodowle wykazywały żywą pulsację i rosły intensywnie. Tłuszcz zawierały jedynie w postaci jednej lub dwu kropelek rozsianych. Po 48 godz. wał rozrostu otaczał część zaszczepioną i wykazywał żywą pulsację. Komórki posiadały wtedy cechy fibroblastów. Jądra ich są normalne, rozmiary prawie jednakowe, oś ich podłużna przebiega prawie pionowo przez część zaszczepioną tkanki, wykrywa się w nich jedno lub dwa jąderka. Zaródz wykazuje w pewnych miejscach kilka wodniczek, które jednak nie przekraczają wielkością swą i liczbą normy. Po 48 godzinach komórki w przeciwstawieniu do hodowli macierzystej 24-o godzinnej, obfitują w tłuszcz. Występuje on albo pod postacią drobnych jak pył kropelek, albo też nieco większych kropelek. Liczba tych ostatnich przewyższa pierwsze. Ziarna, barwiące się na mocny czerwony kolor Sudanem, widnieją zwłaszcza na krańcach wału rozrostu. Komórki, tkwiące głębiej, są trudniejsze dla obserwacji, jednakże można powiedzieć, że niektóre posiadają dosyć dużo tłuszczu w przeciwstawieniu do innych,

ubogich w tłuszcz. Badając komórki w pasie zewnętrznym, można stwierdzić, iż ziarna ich są otoczone warstwą zarodki o różnej grubości, nie zawierającą nigdy lub prawie nigdy tłuszczu. Kropleki tłuszczu rozpylone wypełniają pewien pas zarodki, jednakowo gęsto. Pas ten może być w części komórki zarówno zbliżonej, jak i oddalonej od jądra przeszczepionego. Małe kropleki tłuszczu tkwią w samej zarodki w częściach pomiędzy wodniczkami, jednakże wodniczki i kropleki tłuszczu nie stykają się ze sobą. Niekiedy krople większe umieszczają się w samych wodniczkach. Kropleki najdrobniejsze, przypominające pył mączny nigdy nie tkwią w wodniczkach, komórki, posiadające taki pył tłuszczowy, rzadko kiedy wykazują wodniczki.

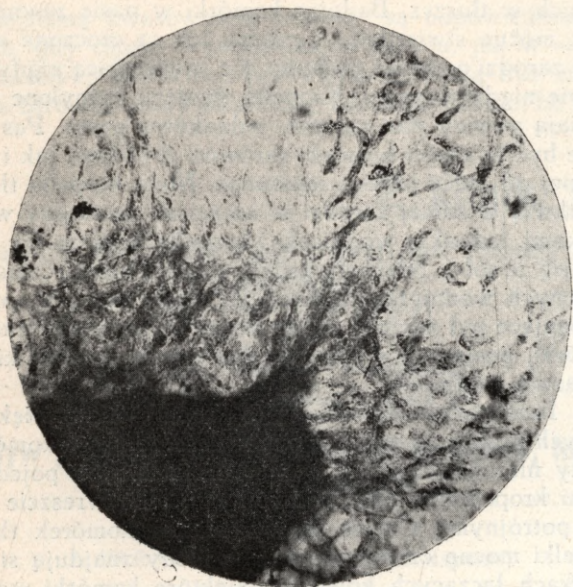
Inna postać tłuszczu są to kropleki nieco większe. W tych razach wypełniają one zwłaszcza część komórki, wtedy nieraz lokują się w wodniczkach albo pojedynczymi kroplekami, albo podwójnymi, albo wreszcie nawet potrójnymi. Często w wyrostkach komórek tkwią kropleki mocno czerwone, rzadko kiedy znajdują się w mostkach łączących komórki. Niektóre komórki macierzyste zawierają podobne obrazy we wszystkich swych częściach.

Pomiędzy fibroblastami znajdują się rzadkie klastmatocyty.

W hodowlach 72-u godzinnych ilość tłuszczu wzrasta w sposób wyraźny. Z małymi wyjątkami można go znaleźć we wszystkich częściach wału rozrostu. Oczywiście zmiany są najwyraźniejsze w częściach najbardziej zewnętrznych wału, i ziarna wypełniają nie tylko pas rozrostu, lecz całe ciało komórki. Są one niebardzo drobne. Owo wypełnienie pyłem zarodki nie występuje. Obwódka okołojądrowa zwęża się wokoło ziaren. W niektórych miejscach kropleki stykają się z ziarnami. Spotkać je można nie tylko w grubszych wyrostkach komórki, lecz i w najcieńszych mostkach, służących za połączenia. Ciało fibroblastu zazwyczaj cienkie jest jakby spęczniałe w miejscach, gdzie tłuszczu jest najwięcej. Naogół obraz taki dotyczy ciała komórki, nie zaś wyrostków. Gdzieniegdzie zaródz jest zakryta przez czerwone ziarna. Poza komórkami tłuszcz tkwi albo pod postacią drobnych, albo też dużych kropek. Wodniczki nie świadczą o zmianach zbyt posuniętych, w niektórych miejscach widnieją nieznaczne wzmoczenie ich liczby. Wał rozrostu otacza szerokim pasem tkankę przeszczepioną, hodowla pulsuje dobrze. Klastmatocytów widać więcej, niż przed 24 godzinami. Tu i ówdzie spoprząga się objawy zwyrodnienia, lecz nie we wszystkich hodowlach. W niektórych miejscach mostki są przerwane, komórki — zaokrąglone, barwią się słabo.

W hodowlach, przeszczepionych po 72 godzinach i przebywających w nowym środowisku w ciągu 48 godzin, obraz jest podobny do hodowli, raz przeszczepionej, z tą różnicą, iż jest tu więcej wodniczek. To samo dotyczy hodowli z trzeciego pasażu (Rys. 1).

Tak przedstawia się szkic głównych cech charakterystycznych hodowli normalnych. Staramy się dać obraz pewnych typów, trzeba jednak dodać, że istnieją liczne postacie przejściowe pomiędzy niemi. Poza tym rozmaite hodowle tej samej serii wykazują różne ilości tłuszczu. Musimy położyć nacisk na fakt, że hodowla odznaczająca się największą siłą i najszerszym pasem rozrostu, posiada w nim najwięcej tłuszczu. A zatem ilość tłuszczu jest proporcjonalna do dwóch wymienionych czynników. Rzecz jasna, iż proporcja jest bardzo względna. Zastrzeżenia te mają taką samą moc w odniesieniu do hodowli naświetlanych.



Rys. 1.

Normalna hodowla widziana po 48 godzinach po 3-im przeszczepieniu.

Zanim przystąpimy do szczegółów hodowli naświetlanych, musimy położyć nacisk na znaczenie tłuszczu dla komórek w stanie mitozy. Kiedy fibroblast przed roz-

padem staje się wolny i przybiera kształt okrągły, zlekka tylko wydłużony, krople tłuszczu usadawiają się na brzeżkach zarodki. Naogół otaczają ją wieńcem. Niekiedy widać je w kształcie półkregu na jednym biegunie albo też na obu. Czasem półkole odznacza się niejednakowymi promieniami. Kiedy indziej krople umieszczają się w pobliżu jądra z obu stron. Kropleki są drobne, nie ma zupełnie dużych. Być może, iż duże zostały uprzednio wydalone z komórek. W czasie rozmaitych okresów kariokinezy tłuszcz pozostaje bierny.

W momencie podziału zarodki na dwie części, krople tłuszczu w miejscu podziału oddzielają się od ciała komórki.

Tłuszcz, pozostały w komórkach, nie dzieli się na równe części w obu nowopowstałych. O ile przed tym kropleki usadowiły się przeważnie na jednym biegunie, nowa komórka otrzyma odpowiednio większą jego ilość, druga zaś mieć będzie zaledwie jedną lub dwie krople. W przeciwstawieniu do rozmaitego rozmieszczenia w okresach poprzednich w okresie telofazy kropleki umieszczają się na biegunie przeciwnym do wrzeczona mitotycznego. Nie wykryliśmy dotąd żadnych różnic pod względem zachowania się tłuszczu w czasie podziału komórek w hodowlach naświetlanych i w nienaświetlanych.

Badaliśmy preparaty pryzmami Nicol'a i nie stwierdziliśmy żadnych różnic pomiędzy tłuszczami obu kategorii hodowli. Rzadko kiedy kropleki tłuszczu polaryzowały światło.
(Dok. nast.)

Z praktyki prywatnej

Przypadek samoistnej przepukliny płucnej*).

Podał

Dr Gustaw RACIAŻEK (Warszawa).

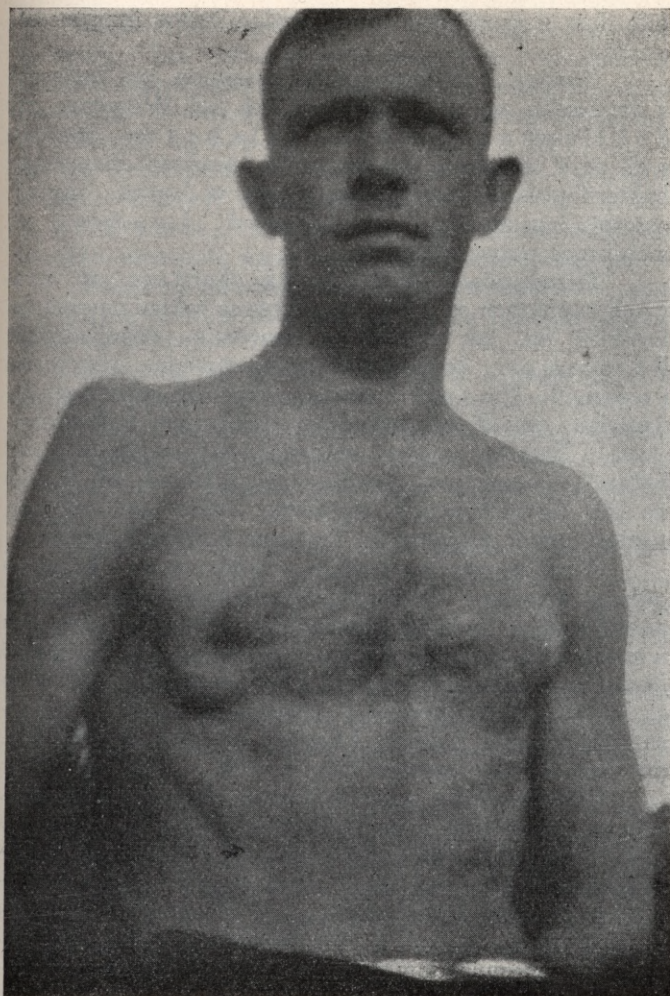
W lipcu r. b. zgłosił się do mnie Br. Cz., 36-letni pracownik miejski, z bliżej nieokreślonymi skargami na jakieś sensacje w prawej piersi, nawiedzające go zwłaszcza w chwilach większego kaszlu. Chory jest średniej budowy, nieco mernego odżywiania, mizerny. W momencie kaszlu lub parcia (przy zamkniętej głośni - dośw. *V a l s a l v y*) stwierdza się po prawej stronie klatki piersiowej jajowatą wyniosłość w kształcie guza. Guz ten, wielkości małego jaja kurzego, jest umiejscowiony w V przestrzeni międzyżebrowej, nieco ku przodowi od prawej linii pachwowej i zdaje się wychodzić z wnętrza klatki piersiowej; guz jest elastyczny, niechlebny, ma gładką powierzchnię, a skóra ponad nim łatwo daje się ująć w fałd; za naciśnięciem guz cofa się w głąb, po czym na jego miejscu wyczuwa się w tkance międzyżebra jakby niszę, w której swobodnie pomieścić się mogą opuszki dwóch palców. Nisza jest czworokątna, od góry i dołu zamykają ją żebra, natomiast z boków granicę stanowią brzegi dobrze zachowanej muskulatury międzyżebrowej. Rozwartość danego międzyżebra jest dość znaczna i przekracza szerokość wskazującego palca.

Wypuk ponad guzem ma odgłos bębenny, a zdjęcie rentgenowskie (Doc. Dr. *Z a w a d o w s k i*) stwierdza obecność w nim tkanki płucnej zawierającej powietrze. Jakkolwiek, z przyczyn czysto mechanicznych, nie udało mi się stwierdzić w opisanym guzie szmerów oddechowych, — postawiłem rozpoznanie *p r z e p u k l i n y p ł u c n e j*.

Przypadek zasługuje na uwagę, nie tylko, ze względu na jego stosunkową rzadkość, lecz i na charakter samoistny przepukliny, jak bowiem wynika z wywiadów, wystąpienie jej nie było poprzedzone ani bezpośrednio, ani w czasie dawniejszym żadnym urazem lub przebiegającym w tym miejscu procesem chorobowym. Chory nie przypomina sobie, ażeby w związku z pracą zawodową lub służbą wojskową został kiedykolwiek uderzony w klatkę piersiową; tak samo badanie szczegółowe płuc nie wykrywa w nich żadnej destrukcji (gruźliczej lub innej). Mamy przeto wszelkie podstawy do wyłączenia w naszym przypadku czynnika traumatycznego, jaki odnotowywano w przeważającej części znanych dotąd publikacji, dotyczących przepukliny płucnej.

Przepuklina płucna może występować zarówno u dzieci, jak u dorosłych, bywa również wadą wrodzoną (1); w tym ostatnim przypadku towarzyszą jej rozmaite anomalie rozwojowe w zakresie klatki piersiowej, jak np. niedorozwój żeber, brak mięśnia piersiowego większego, nieraz również *microdactylia*, *syndactylia* i t. p. (cięża dziedziczna?). Przepuklina nabyta ma pewne umiejscowienia predylekcyjne, co stoi prawdopodobnie w związku z większymi rozstępami żeber 4, 5 i 6-tych, w zawartych bowiem pomiędzy tymi żebrami przestrzeniach spotykamy przepuklinę płucną stosunkowo najczęściej (2). Jednakże opisano już przepukliny z nietypowymi punktami wyjścia, jak np. wystającą ponad obojczykiem i wychodzącą z wierzchołka płuc (3). Z natury rzeczy najbardziej zrozumiałe jest wystąpienie przepukliny w następstwie urazu klatki piersiowej. Oczywiście, eliminujemy z naszych rozważań przypadki, w których te lub inne części płuc zięją nazewnątrz poprzez otwarte rany, nie są to bowiem przepukliny w ścisłym znaczeniu tego słowa (z workiem przepuklinowym), lecz wypadnięcia płuc czyli prolapsy.

*) Przedstawiony w Towarz. Lek. Warsz. d. 29.IX. 1936 r.



W piśmiennictwie polskim znalazłem tylko dwie publikacje na omawiany temat: jedna (6) z nich doty-



Charakterystyczną przepuklinę, powstałą wskutek tego urazu klatki piersiowej, opisuje między innymi Doberer (4) z Linzu: 43-letni kanonier, upadając z konia, otrzymuje uderzenie w pierś tępo zakończoną gałęzią. Tęgoż dnia uczuwa przy oddychaniu dotkliwy ból, a w kilka dni po wypadku, badanie klatki piersiowej wykrywa w XI przestrzeni międzyżebrowej po stronie lewej przepuklinę płucną.

Rozpoznawanie przepukliny płucnej zwłaszcza w oparciu o prześwietlenie rentgenowskie nie nastręcza większych trudności i zastrzeżenia, wyrażane w tym kierunku w swoim czasie przez Lilienthala, są, zdaniem moim, obecnie mało aktualne (różniczkowanie pomiędzy przepukliną a rozedmą płuc, wzgl. otorbionymi ropniami, wychodzącymi ze szpiku otaczających żeber i t. d.).

Leczenie przepukliny może być konserwatywne (elastyczne pelotki) i operacyjne. W tym ostatnim przypadku dochodzi nieraz do recydywy (5).

czy przepukliny samoistnej, wzgl. wrodzonej, sądząc jednakże z opisu, można myśleć raczej o zimnym ropniu, wychodzącym z żeber, druga (7) natomiast przedstawia obraz typowej przepukliny traumatycznej płuca.

PIŚMIENNICTWO.

1. Lereboullet. Soc de Pédiatrie. 18 déc. 1928.
2. Hovard Lilienthal. Thoracic Surgery. Philadelphia.
3. Maclaure. Hernie sus-claviculaire spontanée. Presse Médicale 1923. Nr. 16.
4. Doberer. Wiener klinische Wochenschr. Nr. 37. 1927.
5. Dreifuss. Radikaloperation einer kongenitalen Lungenhernie. Deutsche Zeitschr. für Chirurgie 1.
6. Pietkiewicz Michał (z Baku). Przypadek przepukliny płuc (pneumocèle). Polska Gazeta Lekarska 1894.
7. Drozdowski Adam. Przepuklina traumatyczna płuca. Polska Gazeta Lekarska 1878.
8. Schwartz Anselme. Chirurgie du thorax.
9. Vulpis. Berliner klin. Wochenschr. 1900 Nr. 50.
10. Urbach. Deutsche Zeitschr. für Chirurgie. 102 str. 89.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

Pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

O obecnym stanie terapii krótkofalowej.

Podał

Szymon HOPENSZTADT (Warszawa).

Zainteresowanie krótkimi falami, aczkolwiek upłynęło już 5 lat od początków stosowania ich w medycynie,

ciągle jeszcze nie osłabło, na co wskazują liczne prace, wciąż ukazujące się w prasie lekarskiej. Z biegiem czasu pewne pojęcia o krótkich falach zostały poddane rewizji (sprawa bakteriobójczego działania); także niektóre wskazania, po przejściu tak zwykłego entuzjazmu dla nowej metody, uległy pewnemu ograniczeniu (sprawy rop-

ne); ale za to utrwaliły się inne, gdzie wyniki nie są może tak efektowne, ale tym niemniej skuteczne (zapal. pęcherzyka żółciowego).

Postaramy się w krótkim zarysie podać obraz obecnego stanu terapii krótkofalowej, opierając się częściowo na własnym, prywatnym materiale, który, jako mniej liczny i nie pozostający pod stałą kontrolą lekarską, nie jest może tak miarodajny, jak szpitalny. Chorych naświetlaliśmy aparatem lampowym firmy „Walter“ w Paryżu typu 0 C 500 o długości fali od 9 do 13 metrów, o wydajności zupełnie dostatecznej dla spraw lokalnych.

Dane w zarysie o istocie krótkich fal, ich biologicznym działaniu oraz o budowie aparatów znajdzie czytelnik w poprzedniej mojej pracy p. t. „Krótkie fale w medycynie“ W. Cz. L. 49—50/33 r.

W terapii stosujemy obecnie krótkie fale przeważnie długości około 10—20 metrów. Fale poniżej 10 metrów nazywamy ultrakrótkimi; jednak w działaniu leczniczym różnicy między nimi a falami około 15—20 metrów nie stwierdzono.

Aparatu o odpowiedniej wydajności dla celów leczniczych o fali poniżej 3 metrów nie można skonstruować.

Jak wiadomo, krótkie fale mają zdolność przenikania do każdej komórki, do każdego atomu ciała, znajdującego się w polu ich działania. Różnią się więc one tym od zwykłej diatermii długofalowej (fale około 300 metrów), która tym większe ciepło wytwarza w danej tkance, im wyższy jest jej opór właściwy; dlatego najbardziej w diatermii ogrzewa się skóra i tkanka podskórna. Krótkie fale zaś, w przeciwieństwie do tego, zupełnie jednolicie (homogen) przegrzewają wszystkie tkanki danego ciała.

Część autorów, jak Kowarschik, Dausset, widzi w tej zdolności przenikania ciepła do każdej cząsteczki (Punktwärme) istotę działania krótkich fal: większość bodaj autorów, jak Schliephake, Liebesny, Saidman i Cahen, Raab wierzy, że oprócz cieplnego istnieje jeszcze swoiste, elektryczne działanie krótkich fal. Na czym ono polega, sami autorzy jeszcze nie potrafią określić [zmiana stopnia dyspersji, roztworu kolloidalnego, zmiana napięcia powierzchniowego, procesy wy- i naładowania jonów (Raab)]. Francuzi widzą działanie swoiste w t. zw. action ondulatoire albo vibration cellulaire, co ma polegać na rezonansie komórek i cząsteczek na fale odpowiedniej długości.

Szereg doświadczeń wskazywałby na swoiste działanie krótkich fal. Schliephake naświetlał przez 3 kwadransy surowicę błoniczą, wyłączając ochładzaniem wpływ ciepła: zastrzyknięta następnie myszom nie wywierała wcale działania antytoksycznego. Także zmiana szybkości opadania krwinek w polu t. zw. kondensatorowym, t. j. w polu elektrycznym, wytworzonym między dwiema elektrodami, ma być dowodem specyficznego działania krótkich fal.

Zwolennicy działania swoistego wskazują na wyraźne efekty lecznicze, osiągalne zapomocą krótkich fal, przy minimalnym działaniu cieplnym.

Kowarschik odpowiada na to, że nawet przy najslabszym naświetlaniu, gdy chory nic nie odczuwa, dochodzi jednak do działania cieplnego, przenikającego do każdej komórki i wywołującego w niej pewne, nie dające się bliżej określić zmiany (ciepło *in statu nascendi*).

Jeżeli kwestia działania swoistego, bardzo ważna ze względu na wyjaśnienie działania biologicznego, na dawkowanie i t. d., jest jeszcze ciągle sporna i wywołuje żywą dyskusję, to należy jednak stwierdzić, że krótkie

fale dają nam efekty, nieosiągalne żadną inną metodą cieplną.

Sprawa bakteriobójczego działania jest związana z działaniem specyficznym krótkich fal. Wówczas, gdy Schliephake, Hasse, Liebesny otrzymywali przy tej samej temperaturze szybsze obumieranie bakterii podczas naświetlania, niż w kąpieli wodnej, ostatnio inni autorzy, jak Hasché, Leuning nie mogli tego potwierdzić.

Niewątpliwie jednak wyniki skuteczne w sprawach zapalnych są prędzej wywołane takimi czynnikami krótkich fal, jak czynne przekrwienie (doświadczenie Pflomma), zwiększenie miejscowego odżywiania i resorpcji (Jorns), wzmocnienie ciał odpornych organizmu, aniżeli bezpośrednim działaniem bakteriobójczym. Zresztą, wobec różnorodności szczepów danej bakterii, niemożności przenoszenia doświadczeń *in vitro* na tak skomplikowany organizm, jakim jest człowiek, trudno mówić napewno o działaniu bakteriobójczym.

Schereschewsky, Pflomm, a szczególnie Reiter naświetlali skutecznie krótkimi falami nowotwory u zwierząt (przeważnie mięsaki Jensa u myszy), co nasunęło już temu ostatniemu piękne widoki leczenia nowotworów u ludzi. Ale, jak stwierdzono, miało się tu tylko do czynienia z działaniem ciepła, które niszczyło te guzy. Zresztą, naświetlania nowotworów u ludzi dają wyniki zupełnie niepomyślne.

Spostrzegaliśmy przypadek, który robił wrażenie ostrego, najprawdopodobniej ropnego zapalenia gruczołu tarczowego (temperatura 36,3—39°): chora otrzymała 11 naświetlań krótkofalowych zupełnie bez efektu; dopiero podczas zabiegu chirurgicznego, którego, zresztą, chora nie przetrzymała, okazało się, że mieliśmy do czynienia z rozpadającym się rakiem tarczycy.

W sprawie dawkowania zdania autorów w dalszym ciągu są podzielone. Liebesny twierdzi, że należy tak naświetlać, aby chory nie odczuwał wcale ciepła. Wierząc w specyficzne działanie krótkich fal, uważa on ciepło za zbędne, w niektórych sprawach nawet za szkodliwe. Inni autorzy nie podzielają tego zdania. Ale wszyscy przyznają, że należy rozpoczynać od małych dawek, oraz że dawki duże, dające mocne uczucie ciepła, wywołują często zbyt silną reakcję. Specjalnie wrażliwe są na dawkowanie neuralgie, stany angiospasytyczne oraz ostre sprawy zapalne.

Przy ostrożnym postępowaniu krótkie fale są terapią zupełnie bezpieczną. Jak Weissenberg oblicza, leczonych było około 40.000 chorych, przy czym nie zanotowano ani jednego poważniejszego uszkodzenia.

Naświetlania w razie potrzeby, np. w sprawach ostrych, ropnych, robimy naogół codziennie, zaś normalnie około 4—5 razy w tygodniu; czas trwania od 10 minut do 1/2 godziny.

Jak wiadomo, krótkie fale są wytwarzane przez aparaty lampowe i t. zw. iskiernikowe. Większość autorów, jak Schliephake, Liebesny, Weissenberg, wskazuje na bezwzględną przewagę aparatów lampowych, pracujących w odróżnieniu od iskiernikowych falami jednolitymi oraz niegasnącymi, t. j. takimi, których energia jest czynna przez cały czas działania aparatu.

Nawet taki zwolennik aparatu iskiernikowego, zresztą tylko jako metody bezwzględnie tańszej, jakim jest Schweitzer, twierdzi, że mogą one dorównać tylko mało wydajnym aparatom lampowym. Aparaty większej wydajności mają przewagę. We Francji, Ameryce i Austrii aparatów iskiernikowych nie produkuje się prawie wcale.

Krótkie fale wywierają wyraźne działanie na układ nerwowy. Już podczas pierwszego naświetlenia chory odczuwa zmniejszenie się bólu. Czy to działanie analgetyczne jest wywołane utrudnieniem przewodnictwa bólu w włóknach nerwowych (Halphen, Auclair), czy też wchodzi w grę taki czynnik kojący, jak przekrwienie (Bier), trudno określić.

Pfloss, naświetlając serce zabie, stwierdził wyraźne obniżenie napięcia układu sympatycznego.

Dzięki swym własnościom przeciwzapalnym i analgetycznym, krótkie fale nadają się do leczenia ostrych spraw zapalnych.

Znalazły one przede wszystkim rozległe zastosowanie w terapii ropnych schorzeń skóry. Schliephake podaje, że naświetlał setki czyraków, karbunkulów, ropni gruczołów potowych, ropowic i zastrzałów, i w żadnym przypadku krótkie fale nie zawiodły.

W czyrakach, zresztą, jak w innych ropnych schorzeniach skóry, efekt działania jest zależny od okresu sprawy; w początkowym — zwykle następuje cofnięcie się, w dalej posuniętym — przyspieszenie zropienia: czyrak pęka, oczyszcza się i goi się szybko.

W karbunkulach jest mniej więcej ten sam mechanizm działania; sprawa jest tu rozleglejsza, i leczenie trwa znacznie dłużej; liczba naświetlań dochodzi niekiedy do 20.

W ropniach gruczołów potowych (*hydroadenitis*) świeże nacieki rozchodzą się, dłużej zaś istniejące zbierają się szybko i są albo otwierane niewielkim cięciem, albo pękają samoistnie. Wyniki innych autorów są naogół zgodne z rezultatami, otrzymanymi przez Schliephake. Liebesny miał na 86 przypadków czyraków twarzy — 83 wyleczenia przy pomocy krótkich fal; tylko trzech nie udało się uratować.

W jednym przypadku chodziło o 46-letnią kobietę z czyrakiem górnej wargi po stronie lewej, który następnie przeniósł się na stronę prawą; chora była operowana i zmarła w 36 godzin po zabiegu. W drugim przypadku chora przybyła już z objawami *thrombophlebitis v. ophthalmicae* i *abscessus retrobulbaris*; wreszcie w trzecim przypadku chory z powyższymi objawami był sprowadzony w stanie nieprzytomnym i zmarł na drugi dzień. Dwa te ostatnie przypadki przybyły więc w takim stanie, że nie mogło być mowy o efekcie terapii krótkofalowej.

Wiadomo, jak ciężkim cierpieniem są czyraki twarzy, i że odznaczają się one tym gorszym rokowaniem, im bliżej linii środkowej twarzy się usadowiają; najgorzej przedstawiają się czyraki wargi górnej. Śmiertelność w tych ostatnich przypadkach waha się, według statystyki różnych autorów, od 15%—30%, przy czym postępowanie chirurgiczne daje naogół większą śmiertelność, aniżeli leczenie konserwatywne. Aczkolwiek materiał nasz, tyżący się chorób ropnych, był stosunkowo niewielki, możemy naogół potwierdzić wyniki innych autorów. Najwięcej doświadczenia mamy w ropniach gruczołów potowych (*hydroadenitis*), i tu, nawet w przypadkach leczonych bezskutecznie proteinoterapią, autozszczepionką lub rentgenem, otrzymywaliśmy dobre wyniki. W tym tak uporczywym, ze względu na nawroty, cierpieniu wskazana jest czasem większa liczba naświetlań (około 10).

Podajemy 3 przypadki, niezwykle ze względu na wystąpienie w krótkim czasie w jednej rodzinie.

Dr St. W. — *hydroadenitis dextra*. Nacieki zajmowały całą pachę; po 8 naświetlaniach sprawa cofnęła się zupełnie, przy czym chory nie stosował innego leczenia i cały czas pracował zawodowo. Gdy po ukończeniu leczenia zjawily się na-

cieki pod drugą pachą, wystarczyły 3 naświetlania, aby je zlikwidować.

Po kilku miesiącach zgłosił się ojciec wymienionego pacjenta, chory na cukrzycę, z tą samą sprawą; tu wystarczyło zaledwie kilka naświetlań.

Po 6 miesiącach została skierowana również żona pacjenta z *hydroadenitis bilater.*, i tu sprawa została zlikwidowana wyłącznie przy pomocy krótkich fal.

Schweitzer, Raab, Laquer podają liczby, dochodzące do 100% wyleczonych przypadków ropnych schorzeń skóry. Ale odzywają się głosy ostrożniejsze. Kowarschik przestrzega przed uznawaniem krótkich fal za specyficzny, zupełnie pewny środek w tych sprawach. Nie negując bezwzględnie dodatniego wpływu terapii krótkofalowej, autor zaleca ostrożność, szczególnie w zastrzałach i ropowicach, gdzie głos decydujący powinien mieć chirurg. Także Weissenberg, potwierdzając wyniki Schliephakego, podaje jednak pewne oporne przypadki *hydroadenitis*, gdzie leczenie trwało około 6 tygodni.

Spostrzegaliśmy przypadek *hydroadenitis*, gdzie po 8 naświetlaniach nie było poprawy, i sprawa ciągle się odnawiała.

Lecz, uwzględniając najbardziej ostrożne zdania, należy przyznać, że terapia krótkofalowa stanowi bardzo wartościowy środek w leczeniu powyższych chorób. Gdy sprawa jest świeża, udaje się często wywołać cofnięcie się zupełne; jeżeli zaś jest zaawansowana, to nacieki się zmniejsza, i zabieg ogranicza się do niewielkiego cięcia. Jest to więc metoda, oszczędzająca bardzo chorego, niebolesna, kosmetycznie dająca ładne wyniki. Jest ona jednak tylko metodą pomocniczą, gdyż głos decydujący w myśl zasady „*ubi pus, ibi evacua*” powinien mieć chirurg. Szczególnie więc byłaby wskazana w czyrakach głównie twarzy, w karbunkulach, zwłaszcza u chorych na cukrzycę, gdzie, według ostatnich prac amerykańskich, interwencja chirurgiczna wywołuje często pogorszenie, oraz w *hydroadenitis*.

Efekt leczniczy zależy w dużej mierze od umiejętnego dawkowania. Należy więc operować słabymi dawkami, ażeby chory odczuwał niewielkie ciepło. Liebesny uważa, że częściowo ujemne wyniki, otrzymane przez Haasa i Loba w sprawach ropnych skóry, zostały wywołane zbyt silnymi dawkami, dochodzącymi do „granic wytrzymałości” chorego. Że zaś terapia ta jest zupełnie bezpieczna, wskazuje przypadek, podany przez Weissenberga, wyleczonej ropowicy u 7-dniowego noworodka, który codziennie otrzymywał 16 naświetlań bez szkodliwego wpływu dla dalszego rozwoju.

Również w tak poważnym cierpieniu, jak ropnie płuc i ropniak opłucnej, Schliephake otrzymywał, bez względu na pochodzenie sprawy, zupełne wyleczenie w ciągu 4—6 tygodni. Już po kilku naświetlaniach następował spadek temperatury, zmniejszenie się ilości płwociny oraz subiektywna poprawa. Dotychczasowy materiał Schliephakego w tych sprawach składał się z 23 chorych. Wyniki jego potwierdzają również Liebesny, Lux, Fiandaca z Neapolu, którzy otrzymywali poprawę nawet w tych uporczywych przypadkach, gdzie emetyna, alkohol i odma były bez efektu. Schweitzer u czterech swoich chorych nie miał dobrych wyników. Kowarschik w ropniakach opłucnej obok przypadków udanych miał również przypadki bez efektu. Autorzy podkreślają konieczność naświetlania w tych przypadkach aparatami dużej wydajności.

Bardzo dobrze reagują na terapię krótkofalową kataralne lub ropne zapalenia jamy obocznych nosa.

Dzięki swemu głębokiemu przenikaniu krótkie fale mają przewagę nad innymi metodami cieplnymi, do czego dochodzi ich działanie przeciwzapalne i analgetyczne. Najlepsze wyniki są, oczywiście, w ostrych sprawach, gdzie już kilka naświetlań wystarcza do zlikwidowania choroby. Lux podaje, że z 34 przypadków ostrego nieżyty jamy obocznych nosa krótkie fale nie zawiodły w żadnym. Ale nawet w przypadkach przewlekłych, kilkakrotnie operowanych, udaje się otrzymać znaczną poprawę subiektywną oraz zmniejszenie ilości wydzieliny, oczywiście, bez pewności „*restitutio ad integrum*”.

Zaborowski z kliniki oto-laryngologicznej w Warszawie otrzymywał bardzo dobre wyniki (względnie mało wydajnym aparatem iskiernikowym) w czyracznosci przewodu zewnętrznego ucha oraz w ostrym zapaleniu ucha środkowego, gdzie niekiedy udawało się wywołać cofnięcie się sprawy; w przypadkach, powikłanych ostrym zajęciem wyrostka sutkowego, efektu nie było. W przewlekłych cierpieniach ucha środkowego ropnych i nieżytych otrzymywał Zaborowski wyraźną poprawę subiektywną i obiektywną.

Nasz materiał laryngologiczny składał się przeważnie z chorych, cierpiących na zapalenie jamy obocznych nosa w okresie podostrym lub w okresie zaostrenia procesu przewlekłego. U wszystkich można było stwierdzić poprawę subiektywną i obiektywną w postaci ustąpienia bólów głowy, zmniejszenia ilości wydzieliny oraz tym, że nabierała bardziej śluzowego charakteru; w ostrych przypadkach, gdzie wyniki sprawdzano na zdjęciu, dochodziło do zupełnego cofnięcia się sprawy.

Pozwolę sobie przytoczyć przypadek z zespołem Ménière'a, w którym krótkie fale dały efektowny wynik.

Dr A. Z. w czerwcu 1935 r. po grypie zaczął doznawać szumu w uchu prawym wraz z zniekształceniem dźwięku, zawrotów głowy oraz padania w prawą stronę. Specjalista (Dr Tencer), stwierdził nieżyt trąbki słuchowej oraz ucha środkowego wraz z zespołem Ménière'a. Objawy te całkowicie ustąpiły po 5 naświetlaniach krótkimi falami.

W styczniu 1936 r. przeziębienie wraz z silnym katarem — powyższe objawy wróciły, aczkolwiek w lżejszej formie. Po 4 naświetlaniach sprawa została zupełnie zlikwidowana.

Dobre wyniki otrzymywaliśmy w ostrym zapaleniu gruczołów u dzieci, występującym najczęściej po anginie. Stwierdza się spadek temperatury, mniej-

szą bolesność oraz stopniowe cofanie się zmian zapalnych.

Niektórzy autorzy bardzo chwalą działanie terapii krótkofalowej w przewlekłych zapaleniach migdałków oraz nieżytych krtani.

Dausset, Kowarschik, Weissenberg otrzymywali efekty w astmie oskrzelowej. Ze względu na moment sugestywny u tak podatnych do tego chorych należałoby te wyniki sprawdzić na większej liczbie chorych. Schedtler na licznych materiałach stacji przeciwgruźliczej nie widział żadnego wpływu krótkich fal na przebieg *tbc*. W suchym zapaleniu opłucnej notowano szybkie ustępowanie bólu; w pozostałościach po wysiękowym krótkie fale, zresztą jak i diatermia, przyspieszają wchłanianie.

W chorobach serca szereg autorów, jak Meyer, Kowarschik, Rechou, Dausset, gorąco zaleca naświetlania krótkofalowe w duszniczy bolesnej. Dawkowanie powinno być tak słabe, aby chore nie odczuwał prawie ciepła. Nadają się tu głównie przypadki duszniczy bolesnej wysiłkowej. Efekt możemy sobie wyjaśnić działaniem antyspastycznym krótkich fal, zwalczającym kurcz naczyń krwionośnych. Prawdopodobnie do tego dochodzi jeszcze czynnik przekrwienia, wywołanego krótkimi falami, jednolicie przegrzewającym mięsień sercowy. Przecież Pflomm otrzymywał przy pomocy słabych naświetlań nawet 10-krotne powiększenie światła włósniczek i drobnych tętnic, utrzymujące się 2—3 dni. Dausset uważa krótkie fale nawet za najskuteczniejszy środek w zwalczaniu bólu w duszniczy bolesnej.

Weissenberg podaje przypadek duszniczy bolesnej u 50-letniej kobiety, u której już po zwykłej pracy domowej występował typowy napad; po 10 naświetlaniach wyraźne polepszenie, po 20 — stan chorej tak się poprawił, że chora sama pierze bieliznę, wykonywa wszystkie cięższe roboty, nie używając nitrogliceryny.

Te same czynniki, co w duszniczy bolesnej, działają w stanach angiospastycznych. Tu głównie wpływamy na kurcz naczyń, mniej na zmiany anatomiczne w naczyniach. Zadaniem naszym byłoby niedopuszczenie do martwicy; ale i w tych ciężkich przypadkach miał Liebesny na 45 chorych u 21 — wyleczenie, u 8 — znaczną poprawę, a u 15 brak efektu. Na ogół udawało mu się zawsze przekształcić wilgotną martwicę w suchą.

Także w niektórych przypadkach migreny, wywołanych stanem kurczowym naczyń, otrzymywano dobre wyniki po krótkich falach. (Dok. nast.)

Oceny książek

Krótki zbiór recept i wskazówek dietetycznych dla lekarzy praktyków. Opracowali Dr L. Baranowski, M. Girszowicz, E. Globas, A. Globasówna, A. Krzemiański, S. Lewand, I. Rafałowski, I. Rocznik, E. Sedlis, C. Zarcyn, D. Zeldowicz, pod redakcją Dra M. Girszowicza i Dra I. Rafałowskiego. Wydanie drugie przerobione i uzupełnione. Wilno 1936. Skład główny w księgarni Kazimierza Rutkiego.

Pierwsze wydanie „Zbioru recept” z r. 1933 zostało całkowicie wyczerpane, co w naszych warunkach jest niezaprzeczalnym dowodem pożyteczności wydawnictwa. Przemysł farmaceutyczny rozwinął się u nas po wojnie niebywale, namnożyło się różnych środków, których nazwy a tym bardziej dawki trudno jest zapamiętać; powstały nowe metody leczenia różnych postaci chorobowych, znanych od dawna lub świeżo

wyodrębnionych; medycyna się rozczłonkowała na specjalności z różnymi subtelnościami, tak, że umysł ludzki wszystkiego objąć nie może, a na pogłębienie tych działów życia ludzkiego by nie starczyło. Praktyk, narażony na nieoczekiwane zerknięcie z rzadszym objawem lub chorobą, musi natychmiast umieć wykreślić plan postępowania i wręczyć choremu odpowiedni przepis i wskazówki dietetyczne. Podręczna kieszonkowa książeczka, *vademecum*, z gotowymi przepisami oddaje mu w tych razach nieocenione usługi. Lepiej jest zajrzeć do książeczki, niż przepisać nieodpowiedni lek, lub pomylić się w dawkowaniu. Takim właśnie *vademecum* dla lekarza praktyka jest dobrze pomyślany i starannie opracowany „Zbiór recept” Dra Girszowicza i Rafałowskiego z Wilna, który ukazał się w drugim wydaniu, przerobionym, rozszerzonym i uzupełnionym nowym bardzo ważnym i starannie opracowanym

działem dietetycznym. Jak w poprzednim wydaniu, tak i w obecnym recepty podzielone są według specjalności: choroby wewnętrzne, choroby dzieci, położnictwo i ginekologia, chirurgia, urologia, choroby uszu, nosa i gardła, oczu, skóry i weneryczne. Każdy dział opracowany jest przez specjalistę i ułożony w ten sposób, żeby można było z łatwością trafić do właściwego przepisu. Najbogatszym działem są, oczywiście, „choroby wewnętrzne” w opracowaniu D-ra M. G i r s z o w i c z a, który uzupełnił większość recept wyjaśnieniami farmakodynamicznymi leków, np. naparstnicy, strofantu, kofeiny, kamfory, teobrominy, oraz wskazówkami leczniczymi. W receptariuszu szeroko uwzględnione są specyfiki, przedewszystkiem pochodzenia krajowego, które dziś skutecznie wypierają wytwory zagraniczne. Dział ten obejmuje 290 recept, podzielonych na poddziały (serca, dróg oddechowych, żołądka, jelit, wątroby, nerek, krwi i t. d.), i jest opracowany logicznie i bardzo starannie. Inne działy mają swój odrębny układ, np. recepty w dziale dziecięcym ułożone są w alfabetycznym porządku chorób (*anaemia*, *anorexia*, *asthenia*...); położnictwo podzielone jest na poddziały: ciąża (nudności, wymioty, zaparcie, zgaga... przepisy higieniczne) i poród z jego powikłaniami (rzucawka, krwawienia, zapaść), choroby skórne i weneryczne, a zwłaszcza choroby oczu są opracowane bardzo szczegółowo i nowocześnie. Wszyscy współpracownicy wywiązali się chlubnie ze swego zadania i dali dowód szerokiego ujmowania i pogłębienia swojej specjalności. Na szczególną uwagę i wyróżnienie zasługuje dział, poświęcony dietetyce. Poza specjalnymi dietami (mleczna, mleczno-jarska surówka, mieszana, ketorodna, P e m b e r t o n a w goścu) znajdzie tu lekarz praktyk szczegółowe diety w cukrzycy, gruźlicy (G e r s o n - H e r r m a n n s d o r f e r a), anemii (przyrządzanie wątroby), chorobach nerek (bez starych przesądów co do szkodliwości jaj i mięsa w sprawach przewlekłych) i t. d. Wobec chaosu i przesądów, jakie panują wśród publiczności a także i lekarzy co do szkodliwości niektórych pokarmów, ujęcie dietetyki w jakieś rozsądne przepisy zasługuje ze wszech miar na uznanie. Nawet doświadczony klinicysta powinien sobie dział ten przestudiować i poddać swoje poglądy krytyce naukowej. Książka wydana jest bardzo estetycznie i zachęcająco do nabycia. — Z usterek muszę wytknąć następujące: przede wszystkim receptariusza nie wolno wypuszczać w świat z błędami, chociażby skorygowanymi na osobnej kolorowej kartce. Korekty należy robić tak długo, dopóki nie będzie absolutnie błędów w druku. Jednakże za granicą wydaje się kilkunastotomowe encyklopedie, w których nie ma ani jednego błędu, ani literowego, ani przestankowego. Czyżby to u nas było nieosiągalne? Błędy szpecą książkę. Poza tym książka nie jest wolna od błędów językowych, wprowadzie znacznie rządszych, niż w wydaniu pierwszym (forele — zamiast pstrągi, linie — zamiast liny, marynady — zamiast marynaty, wołowi — zamiast wołowy, do znieczulania przy usunięciu obcych ciał — zamiast usuwaniu, przy podniesieniu się ciśnienia — zamiast przy wzmożonym ciśnieniu, grusze — zamiast gruszki (chodzi bowiem o owoc, nie o drzewo), śliwy — zamiast śliwki, ściśnienie miednicy — zamiast zwężenie, badanie poziomu cukru próbą Nylandera — zamiast obecności cukru, *helmenthiasis* — zamiast *helminthiasis*). Dietetyka nie jest objęta skrowidzem z podaniem stron, co ułatwiłoby znalezienie odpowiedniego miejsca. Te drobne usterki, które dadzą się z łatwością usunąć, w niczym nie zmniejszają wartości książeczki, którą każdy praktyk z przyjemnością nabędzie dla własnej wygody i satysfakcji. Wydanie drugie rozejdzie się równie prędko, jak i pierwsze, gdyż autorzy kierowali się dewizą: *non multa, sed multum*, o co lekarzom chodzi przede wszystkim, a co w piśmiennictwie lekarskim należy do rzadkości.

W. K n a p p e .

Wilhelm BAETZNER. *Sport-und Arbeitsschäden*. Im Jahre der XI. Olympischen Spiele 1936. Georg Thieme Verlag, Leipzig.

Jest to stosunkowo obszerna monografia, licząca 136 stron, w której autor, uczeń B i e r a, dawniejszy docent Akademii Wychowania Fizycznego, obecny dyrektor 3. uniwersyteckiej kliniki chirurgicznej w Berlinie, zebrali materiał dowodowy na rzecz swej tezy o uszkodzeniach sportowych i zawodowych na tle nadużycia funkcji. Rzecz pisana z rzadkim, zwłaszcza w piśmiennictwie niemieckim, temperamentem i z niemalą odwagą, skoro autor przeciwstawia się oficjalnej wierze w bezwzględne dobro, mające wyniknąć dla podniesienia biologicznej wartości młodzieży niemieckiej z uprawiania sportu. Tę tendencję podkreśla autor, umieszczając na karcie tytułowej uwagę: „W roku XI Olimpiady 1936”. W pierwszej części autor precyzuje swoją tezę, że zwykła funkcja nie zawsze przysparza sił i sprawności, a przeciwnie, może spowodować poważne szkody, że istnieją typowe uszkodzenia sportowe i zawodowe, powstałe nie na skutek urazów zewnętrznych czy wewnętrznych, lecz jako wyraz „zmęczenia materiału” przy funkcji prawidłowej, ale jednostronnie i długotrwale obciążającej dany element strukturalny ustroju. Druga część zawiera materiał dowodowy w postaci licznych zdjęć rentgenowskich takich właśnie zmian stawowych i kostnych u sportowców i robotników, omówionych na podstawie bogatego własnego doświadczenia autora i w świetle piśmiennictwa. W zakończeniu autor podkreśla znaczenie praktyczne swej tezy o funkcjopochodnych uszkodzeniach sportowych i zawodowych dla wychowania fizycznego i orzecznictwa wypadkowego. Niewątpliwie niejedno twierdzenie autora budzi wątpliwości. Jednak w świetle zebranego przez niego materiału wydaje się być pewnym, że sport, nawet jeżeli nie było urazu, ani fałszywych ruchów, może spowodować poważne uszkodzenia narządów ruchu, które wybitnie umniejszają sprawność fizyczną danej jednostki. Podobne zmiany chorobowe autor obserwował na tle pracy zawodowej. Jeżeli przyjąć tezę autora, to w ustawodawstwie ubezpieczeniowym istnieje luka. W przypadkach tych wobec braku urazu nie należy się renta wypadkowa. Charakter zawodowy zaś tych uszkodzeń nie ulega żadnej wątpliwości. Mielibyśmy do czynienia z chirurgicznymi chorobami zawodowymi, które dotąd — z wyjątkiem uszkodzeń, wywołanych przez pracę z narzędziami pneumatycznymi — nie podlegają odszkodowaniu. Zagadnienie, poruszone przez B a e t z n e r a, posiada doniosłe znaczenie kliniczne i społeczne, teoretyczne i praktyczne. Sprawdzić słuszność, czy niesłuszność jego tezy jest również naszym obowiązkiem.

B. N o w a k o w s k i .

STUMPF, WEBER H. i WELTZ G. A. *Roentgenkymographische Bewegungslehre innerer Organe*. Stron druku 511, rycin 447. Nakładem G. Thieme, Lipsk 1936 r.

Książka obejmuje dorobek 8-letniej pracy nad najnowszym działem w dziedzinie rentgenologii. Dział ten leżał odłogiem od roku 1911, kiedy to rodak nasz, kol. S a b a t, jako pierwszy wysunął myśl wykorzystania ruchomej szpary przy unieruchomieniu filmu, lub odwrotnie — nieruchomej szpary przy uruchomieniu filmu dla celów diagnostyki kinetycznej. Narzędem badanym było serce, celem badania — użytkowanie różnie w ekskursjach komór i przedsionków w różnych postaciach chorobowych w pewnym ściśle określonym czasie. Zwykły rentgenogram serca w tym kierunku nie dawał żadnych wskázówek. W obrazie kimograficznym, obejmującym jednocześnie i obraz całości narządu, użytkowuje się dla celów rozpoznawczych formę, kształt, wysokość i szerokość ząbów, powstałych na skutek ruchu wzdłuż brzegów narządu. S t u m p f opracował kimografię serca i naczyń, korzystając jednocześnie ze swej metody „densometrii”, pulsacyjne współruchy naczyń płucnych oraz obrazy ruchowe żołądka i dwunastnicy. Zdaniem S t u m p f a, użytkowanie kimografii, jako czynnika czyn-

nościowego, dla celów rozpoznawczych powinno znaleźć szerokie zastosowanie. Jako dopełnienie pracy Stumpha podaje Welft wynik badań nad ruchami tętnicy brzusznej oraz ruchami oddechowymi serca i naczyń w wymiarze strzałkowym, Boehme zaś — obserwacje nad przestrzenią między naczyniami (w badaniach na zwierzętach z dodaniem Thorotrastu do krwi). Boehme omawia nową teorię aktywnego ssania krwi żyłnej przez przedsionki. Weber opracował dział oddechu normalnego i chorobowego. W dziale fizjologii przeciwstawia on wentylację górnopłatową dolnopłatowej oraz wszelakie ruchy oskrzeli. Z działu patologii ciekawe są obserwacje nad oddechem astmatyków, który, zdaniem autora, należy do typów oddechu zwężeniowego (Stenosensatmung).

Dahm opracował ruchy przepony w uszkodzeniu unerwienia lub w samodzielnym schorzeniu przepony oraz przełyku. Von der Weths omawia zmiany mechanizmu oddechowego w gruźlicy z praktycznym dostosowaniem tych badań do wyrwania nerwu przeponowego. Schom analizuje akt polykania w przypadkach wola podmostkowego ze szczególnym uwzględnieniem sprawy zrostowej. Sach omawia bardzo ciekawą kimografię dróg moczowych. Pięknie wydana książka musi być nie tylko przeczytana, ale bardzo dokładnie przebadana i jest nietłumaczalnym orzechem do zgryzienia, tym bardziej, iż praktyczne wnioski z zastosowaniem kimografii spotykają się z dużymi zastrzeżeniami.

B. Kryński.

Wskazówki praktyczne

Przeciwko zapaleniu dziąseł u ciężarnych stosuje R. E. Stroh witaminę C (Cantan) wobec dużego zapotrzebowania tej witaminy w okresie ciąży. Ciężarna otrzymuje od 3 miesiąca ciąży po 2 tabletki Cantanu dziennie. We wszystkich przypadkach zapalenie dziąseł ulegało wyleczeniu w ciągu 14 dni, przy czym ciężarne czuły się dobrze i mogły do końca ciąży pracować. (D. Zahnärztl. Woch. 1936. Nr. 3).

—o—

W kile trzeciorzędowej stosuje K. Preis, zamiast jodku potasu doustnie i jodku sodu podskórnym, Endojodin, w którym jod jest związany z azotem, odszczepia się powoli i wydzielają się późno, tak, że względnie mała ilość jodu wywiera dostateczne działanie. Chociaż jedna ampulka tego leku zawiera tylko 0,25 jodu, to dwu- lub trzykrotne zastrzyknięcie tygodniowo przewyższa w działaniu efekt leczniczy codziennie zażywanych 3 gr. jodku potasu. U większości chorych poprawa ujawniała się już po pierwszym zastrzyknięciu. Preis leczył endojodinem wszystkie postacie kily, głównie kilę trzewiową, nerwową, kostno-stawową i mięśniową. (Therapia 1936. Nr. 2).

—o—

H. Wendt poleca jako kurację tuczeniową witaminę A (Vogan). Z 11 przypadków 9 przybrało na wadze od 2½ do 5½ kilo w ciągu 4—8 tygodni, gdy przedtem żadne inne środki, między innymi i insulina nie pomagały. Witamina A ma duży wpływ na przemianę tłuszczową, i należy przypuszczać, że ogranicza jego spalanie. Poza tym istnieje związek pomiędzy witaminą A a przemianą węglowodanową. (M. m. W. 1936. Nr. 20).

—o—

M. Lisbonne poleca u nosicieli błonicy w jamie nosogardzieliowej wdmuchiwanie do nosa i nosogardzieli chinozolu. W ciągu pierwszych 3 dni stosuje kombinację 1,0 chinozolu ze 100 węglanu bismutu, później do ukończenia leczenia powiększa zawartość chinozolu do 2%. Wdmuchiwanie robi się 2 razy dziennie. Z 36 tak leczonych chorych 29 pozbyło się nosicielstwa w ciągu 6 dni, u 6 leczenie trwało 8—16 dni, u 1 chorego z wargą zajęczą leczenie zawiodło. (Presse méd. 1935, 27 listop.).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Wydział Lekarski Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk.

XVIII. Zebranie z dnia 14 lutego 1936 roku.

Obecnych na Zebraniu osób 20.

Zebranie odbyło się wspólnie z Oddziałem Poznańskim Polskiego Towarzystwa Higienicznego.

Pokazy:

Kol. Parczewski (członek Wydziału): „Późne objawy mózgowie w związku z raną postrzałową czaszki z przed 20 lat”.

1) Kol. Parczewski przedstawia pacjenta, którego w 1915 r. po postrzałe w głowę leczył z powodu wypadnięcia części mózgu wielkości jabłka. Po zniknięciu wypadnięcia mózgu i po zagojeniu rany pozostał duży ubytek w sklepieniu czaszki, który pod koniec 1916 r. pokryty został blaszką kostną, wyjętą z prawej łopatki. Plastykę wykonano dlatego, ponieważ wpływ ciepła, względnie zimna wywoływał u chorego kurcze epileptyczne. Po wykonaniu plastyki chory czuł się dobrze i przez pierwsze 3 lata nie miał żadnych dolegliwości. W 1919 r. pełnił nawet służbę na froncie w szeregach powstańców i Straży Ludowej. Później zaczęły się zjawiać kurcze raz lub 2 razy w roku, a od 2 lat występują częściej, mniej więcej co 2 lub 3 miesiące. Przytem miewa chory od czasu do czasu zawroty i bóle głowy, tak, że w 1935 r. musiał wystąpić z poczty, gdzie przez 16 lat pełnił służbę listonosza. Fotografia rentgenowska wykazuje miejscowe ubytki, pokryte cieńszą warstwą kostną.

Kol. Parczewski (członek Wydziału): „W sprawie leczenia złamań metodą operacyjną”. (Pokaz pacjenta i rentgenogramów).

2) Chłopiec 10-letni z przemieszczeniem odłamków po

podgłównym złamaniu kości ramiennej. Kol. Parczewski metodą krwawą ułożył prawidłowo odłamki i w tej pozycji unieruchomił je blaszką Lambotta, przyśrubowaną do kości. Po wyjęciu blaszki przedstawia Kol. P. pacjenta w 8 tygodni po złamaniu oraz objaśnia 3 fotografie rentgenowskie, przedstawiające stan po złamaniu, po nałożeniu blaszki i po usunięciu tejże. Oprócz tego pokazuje Kol. P. jeszcze kilka filmów rentgenowskich i przeźrocz, na których wykazuje osiągnięte rezultaty przy leczeniu metodą operacyjną złamań kości, twierdząc, że metodą operacyjną osiąga się *restitutio ad integrum* kości. Dlatego poleca tę metodę, którą uważa za niezawodną, opierając się na przeszło 80 przypadkach. Tytuł dobrych wyników nie można osiągnąć, jego zdaniem, za pomocą szyn, ginsu i wyciągów.

Wykład:

Mag. Osipiak: „O fałszowaniu artykułów żywności”.

Z produktów pierwszej potrzeby najczęściej ulegają fałszowaniu na rynkach Województwa Poznańskiego mleko i masło. Mleko bywa fałszowane albo przez ujęcie pewnej części tłuszczu, albo przez dolanie wody, lub wreszcie przez obie czynności razem. Rozpoznawanie tych fałszowań odbywa się przez oznaczenie ciężaru właściwego mleka oraz przez oznaczenie % zawartości tłuszczu. Mleko, które w handlu nosi rzekwe pełnego, winno posiadać ciężar właściwy od 1,029—1,033 i zawierać tłuszczu nie mniej 3%. Procentową zawartość wody dolanej określa się przy pomocy refraktometru zanurzalnego. W latach od 1931—1935 ilość mleka fałszowanego wynosiła przeciętnie około 21% na całkowitą liczbę prób kwestionowanych. Duży odsetek z prób mleka kwestionowanych (przez organy Służby Zdrowia) przypada na mleko, zanieczyszczone brudem, jednak w ostatnich latach pod tym względem nastąpiła znaczna poprawa. Dla przykładu podaję, że w roku 1931

z liczby prób zakwestjonowanych przypada na zabrudzenie 85,7%, a w roku 1935 już tylko 33,1%. Masło najczęściej ulega fałszowaniu przez dodanie wody i domieszkę obcych tłuszczów, zwłaszcza margaryny. Wodę oznacza się przez suszenie, zaś margarynę przez reakcję na olej sezamowy (w myśl przepisów musi być do margaryny dodany olej sezamowy w ilości 10%). Dobre masło nie powinno zawierać mniej, niż 80% tłuszczu, i nie więcej, niż 16% wody. W roku 1931 na ogólną liczbę prób kwestjonowanych przypada na masło zafalszowane 66,1%, liczba ta spadła w 1935 roku do 23,8%. Prócz tych dwóch artykułów wypada wymienić jeszcze miód, który najczęściej bywa fałszowany syropem kartoflanym, rzadziej sztucznym cukrem inwertowym (sztuczny miód). W roku 1931 zakwestjonowano z powodu fałszowania tylko 15,4% na ogólną liczbę pobranych prób, natomiast w 1935 roku liczba ta dochodzi do 75%.

Rozprawa:

Kol. W i t a s z e k (członek Wydziału): Należy zwrócić uwagę na to, że mleko, sprzedawane w butelkach zamkniętych przy pomocy wieczek tekturowych — mleko, sprzedawane, jako pasteryzowane, posiada więcej nieraz bakterij, powodujących jego wczesny rozkład, aniżeli mleko niepreparowane, sprzedawane wprost z konwii mleczarskich. Jeden z profesorów bakteriologów niemieckich stwierdził prawie w 100% w mleku butelkowanym pasteryzowanym *bact. coli*.

Kol. G r o s s m a n n ó w n a (członek Wydziału): zapytuje, czy spotyka się fałszowane masło również w składach. Należałoby te składki policyjnie zamykać, o ile na to pozwala ustawa.

Kol. N e y m a n (członek Wydziału) prosi o wytłumaczenie cyfr normalnego składu mleka, którego prelegent podaje różne cyfry, oznaczając normalne mleko.

Kol. L u b i e n i e c k i (członek Wydziału) zapytuje prelegenta, jak silne jest zagrążenie mleka w Poznaniu? Również prosi prelegenta o podanie tych firm, które zasługują na zaufanie klienta i są znane kontroli żywnościowej ze swej uczciwości.

Kol. W i t a s z e k (członek Wydziału): Przed dwoma laty wykonano badanie masła rynkowego w Warszawie i stwierdzono, że w przeszło 50% zawierało ono żywe prątki gruźlicy. Stopień zagrążenia mleka w Poznaniu jest również dość znaczny. Nawet mleko z obór Uniwersytetu Poznańskiego nie jest wolne od prątków gruźlicy.

Kol. W a l i g ó r s k i: Uważam, że dla nas lekarzy najważniejsze byłoby zwrócenie uwagi na fałszowanie masła starą margaryną. Wiemy, jak trudno jest dostać w Poznaniu masło, a i to, na oko świeże, okazuje się, że jest najczęściej fałszowane margaryną. Co wobec tego mają robić chorzy na przewód pokarmowy, którym koledzy interniści zalecają jedynie używać świeżego, wyborowego masła? Należałoby dołożyć wszelkich starań, aby surowo piętnować tych, którzy spekulują na zdrowiu społeczeństwa.

Kol. S u l i m s k i wyraża zdziwienie, iż tak dużo spotyka się zafalszowań masła produktem naogół nie tańszym (deń — trudno się też zgodzić z tem, aby domieszka margaryny miała czynić masło specjalnie złe strawnem, chyba u wyjątkowo wrażliwych osobników. Produkt ten jest naogół nie gorzej przyswajalny od masła, a pod względem kalorycznym przewyższa je.

Mag. O s i p i a k: Zagrążenie mleka w Poznaniu jest dosyć znaczne, jakkolwiek brak w tym kierunku chwilowo danych statystycznych. Jakże firmy fałszują masło i miód — podawać P. Z. H. nie może ze względu na tajemnicę służbową. Informować o tem opinję publiczną mogą jedynie Sady, publikując w prasie wyroki. Masło fałszowane można spotykać i w składach, zwłaszcza tak zwane masło wiejskie i deserowe, na których nie uwzględniono firmy i jej adresu. Dlatego radzę kupować masło w oryginalnych opakowaniach, na których umieszczona jest firma i dokładny jej adres, co wymagane jest przepisami ustawowymi.

Kol. W i t a s z e k (członek Wydziału) przedstawia następujący wniosek, jednogłośnie uchwalony przez zebranych: Zebrani na wspólnym posiedzeniu Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu oraz Oddziału Poznańskiego Polskiego Towarzystwa Higienicznego zwracają się do Zarządu Polskiego Towarzystwa Higienicznego Oddziału Poznańskiego, by tenże wyasygnował ze swych funduszy pewną sumę na zbadanie środków spożywczych w składach poznańskich i podał do publicznej wiadomości w gazetach te składki lub tych wytwórców, u których znajdzie zafalszowany towar. Zebrani motywują swe wystąpienie tem, że na rynku poznańskim zafalszowanie środków spożywczych, jak wynika z danych Państwowego Zakładu Higieny, prowadzącego badania środków spożywczych, jest na porządku dziennym, a Państwo-

wy Zakład Higieny oraz władze nadzorcze z braku dostatecznych przepisów nie mogą wpłynąć na poprawę tego stanu.

Kol. W i t a s z e k (członek Wydziału): „O termoregulacji w schronach i pomieszczeniach uszczelnionych”.

Przy budowie schronów i pomieszczeń uszczelnionych bardzo mało uwagi zwraca się na termoregulację. Tymczasem badania, robione w schronach w Poznaniu, wykazały, jak należało przypuszczać, że już po dwu godzinach pobytu w schronach ludzi siła oziębiająca powietrza tak zmalała, że ludzie, znajdujący się w schronach, przykro to odczuli. Przedewszystkiem odczuli to jako przygnębienie psychiczne i niechęć do jakiegokolwiek wysiłku mechanicznego i umysłowego. Zwykle urządzenia wentylacyjne nie są w stanie poprawić siły oziębiającej powietrza. Również nie są w stanie usunąć ze schronu przykro wonięjących gazów, które wydzielają się wskutek rozkładu naskórka brudnego i substancyj organicznych, zawartych w brudnem ubraniu, a wreszcie gazów jelitowych. Dla regulacji ciepła w ustroju należy zbudować specjalne śmigła wewnątrz schronu, któreby mogły wprowadzić powietrze w dowolnie szybki ruch, a przez to skutecznie ogrzać organizm. Ściany jako naturalne rezerwoary ciepła nie powinny być zastawione żadnymi przedmiotami. Radjatory, przez które przepływałaby stale zimna woda, przyczyniłyby się do usunięcia nadmiaru ciepła.

Sekretarz:

Prezes:

(—) K. S t o j a ł o w s k i. (—) W. K a p u ś c i ń s k i.

XIX. Zebranie z dnia 28 lutego 1936 roku.

Obecnych na Zebraniu osób 72.

Zebranie odbyło się wspólnie z Oddziałem Poznańskim Polskiego Towarzystwa Eugenicznego i Oddziałem Poznańskim Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

Na członka Wydziału Lekarskiego P. T. P. N. został przyjęty Kol. Mieczysław L u z i ń s k i.

P o k a z y:

Kol. G ó r n y: „Przypadek brodawek pospolitych o charakterze rogów skórnych”.

Referent przedstawia przypadek *verrucae vulgares*. Schorzenie obejmuje jednolicie grzbiety rak i przedramienia. Na powierzchniach dłoniowych niektóre brodawki przyjmują wskutek drażnienia i maceracji następnie postać rogów skórnych. Na pewną skłonność skóry do rogowacenia nadmiernego wskazuje znamiona brodawkowe, rozsiane na dłoni.

R o z p r a w a:

Kol. H a n a s z (członek Wydziału) zapytuje się kol. dermatologów, czy i z jakim wynikiem stosowali w brodawkowatości *cholidonium majus* czyli jaskółcze ziele, którego w lecznictwie ludowym w tej chorobie się używa. Aby usunąć brodawki, przykładają się na nie listki lub wyciska żółtawy sok z rośliny. *Cholidonium majus* zawiera szereg alkaloidów, jak choleritryna, cholidonina i cholisantyna. W Rosji podobno stosuje się lek ten przeciw nowotworom złośliwym. Przejęła go również homeopatja, przypisując mu nie tylko działanie przeciwnowotworowe, lecz także w schorzeniach wątroby, szczególnie żółtacze.

Kol. J o n s c h e r (członek Wydziału): Wskazuje na częste wyniki pomyślne, uzyskiwane w leczeniu brodawek drogą sugestji.

W y k ł a d:

Kol. B o r o w i e c k i (członek Wydziału): „Dziedziczność w chorobach umysłowych i jej zwalczanie”.

Prof. B o r o w i e c k i przedstawił wyniki dotychczasowych badań dziedziczności w zakresie psychiatrii i podkreślił konieczność planowego i zbiorowego, a więc przede wszystkim państwowego zwalczania usposobienia do chorób umysłowych. Mimo wszystkie krytyki i zastrzeżenia, ogłoszone z powodu ustawy sterylizacyjnej, wprowadzonej w Niemczech, sterylizacja jest eksperymentem, wynikającym konsekwentnie z dzisiejszego stanu nauki o dziedziczności w psychiatrii. Konieczność zwalczania usposobienia do schorzeń umysłowych wysuwa się na plan pierwszy zwłaszcza w dziedzicznych postaciach niedorozwoju psychicznego. Prelegent sądzi, że w polityce ludnościowej trudno odmówić Państwu w pewnych przypadkach kierowania się w zwalczaniu usposobienia do chorób umysłowych nie tylko względami eugenicznymi, ale także społecznymi. Prelegent uważa za konieczne, aby próby ustawowego ujęcia sprawy zwalczania usposobienia do chorób umysłowych w Polsce były poprzedzone przez podjęcie na szeroką skalę badań nad dziedzicznością w psychiatrii.

Kol. H o f f m a n (członek Wydziału): Wiadomości nasze z zakresu dziedziczności chorób umysłowych są jeszcze bardzo niedokładne. W większości przypadków są to cechy bardzo złożone najpewniej z wielkiej liczby genów, które,

kombinując się między sobą w rozmaity sposób, mogą dawać różne cierpienia, tak, że jest zadaniem bardzo trudnym ustalić ryp dziedziczenia ustępującego lub panującego. Nosićcami genów chorobowych według praw Mendla może być znaczna liczba osobników fenotypowo zdrowych, i dlatego stosowana w niektórych państwach sterylizacja chorych nie osiąga zamierzonego celu. Z tego punktu widzenia projektowanie u nas odpowiedniego ustawodawstwa jest co najmniej przedwczesne, co uzasadnia się jeszcze dość niskim stopniem rozwoju naszej ludności, bardzo utrudniającym zbieranie genealogicznych danych, jedynie mających wartość w sprawach dziedziczenia u człowieka, a tego rodzaju materiału faktycznego brakuje nam zupełnie. Następnie znajomość genetyki i ściśle związanej z nią eugeniki jest jeszcze udziałem pojedynczych osobników. Wiele pierwszym zadaniem tak niezmiernie ważnego zagadnienia byłoby tworzenie towarzystw eugenicznych, które zajęłyby się przez odpowiednio przygotowanych osobników zbieraniem materiału genealogicznego, i ten jedynie mógłby stworzyć pewne wytyczne, na których podstawie w przyszłości można byłoby ustalić odpowiednie ustawodawstwo.

Kol. Bielański nie podziela zdania prof. Hoffmana. Już dziś eugenika zgromadziła tyle naukowego materiału, że w konkretnych przypadkach praktycznego jej zastosowania w życiu można operować czynnikiem prawdopodobieństwa. Statystyka i w szczególności teoria prawdopodobieństwa są naukami, zatem wyjście z zasad tych nauk ku praktycznym celom poprawienia ludzkiej rasy jest dostatecznie uzasadnione. Nadto stwierdzićby można drogą obserwacji oraz dedukcji, że czynniki psychopatyczne oraz psychiczne niedorozwinięcia kojarzą się najczęściej ze sobą. Następnie to wskutek tego, że psychopata i głuptak rzadko ma wstępie i nie imponuje kobiecie psychicznie pełnowartościowej i *vice-versa*. W następstwie tego ujemnego czynnika wyborczego liczba potomstwa, dziedzicznie obciążonego, wzrasta niepomrotnie.

Mag. Żółtowski: Prof. Borowiecki przedstawił genetyczną stronę problemu psychicznie anormalnych. Moment społeczny odgrywa tu także rolę niepoślednią: rozrodność danej warstwy społecznej stoi, niestety, w odwrotnym stosunku do jej wartości socjalnej. Jest to skutek świadomego ograniczenia potomstwa przez warstwę pełnowartościową, wyposażoną w poczucie odpowiedzialności za losy potomstwa, a spowodowane przeważnie momentami ekonomicznymi. Nasza polityka socjalna doprowadziła więc do paradoksu obciążania warstw społecznie dodatnich kosztami niepomniejszonej rozrodności warstw społecznych, a temsamem sztucznego ograniczenia liczby potomstwa socjalnie dodatniego, celem niekrepowania rozrodu asocjalnych. Tej negatywnej selekcji nie można w naszych warunkach zwalczać systemem internowania, gdyż brak po temu technicznych możliwości: w zakładach psychiatrycznych mamy tylko 15 tys. łóżek, obsadzenie więzień wynosi 150% ich pojemności, braknie lokali szkolnych dla miliona dzieci. Jedynym więc możliwym środkiem walki jest tu sterylizacja, przyczem podstawą zahamowania tej socjalnej degeneracji rasy będą nietylko wskazania genetyczno-eugeniczne, ale i społeczne. Psychicznie niedorozwinięty alkoholik lub przestępca chroniczny może nie przekazać ujemnych cech dziedzicznych potomstwu, mimo to dzieci tego typu osobników z reguły obciąża budżet ogólnospołeczny, a temsamem ograniczą pośrednio rozród społecznie pełnowartościowych. Odrzucenie więc socjalnie wskazanej sterylizacji stanowi pośrednie sterylizowanie antysocjalne.

Kol. Frąckowiak zwraca uwagę na trudności, które wynikają z potrzeby dostosowania teoretycznych zdobyczy naukowych do wymogów społecznych. Także prawnicze ujęcie wskazań do obezplodnienia, określenie składu i kompetencji zespołów, decydujących o ew. konieczności zabiegu musi dawać gwarancję rzetelności i fachowości. Kol. F. sądzi, że zdobycze z zakresu nauki o dziedziczności są jeszcze zbyt szczupłe, prace statystyczne niezbyt przekonujące (w Polsce prac tych dotychczas nie podjęto), by mogły stanowić konkretną podstawę pod budowę nowego ustawodawstwa w analogii do niemieckiego „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses”. Kol. F. podkreśla natomiast konieczność jaknajszerszego uświadomienia społeczeństwa o zadaniach eugenicznych oraz potrzebę rozbudowy odpowiednich poradni.

Kol. Naradowski: Przed społeczeństwem współczesnym leży zagadnienie z punktu widzenia społecznego niesłuchanie ważne — ograniczenie rozrodu elementów psychicznie mało wartościowych. Zagadnienie to staje się hasłem czasów obecnych, i dlatego wcześniej, czy później polski świat lekarski będzie musiał je rozwiązać. Rozwiązać je można drogą negatywną — przez prawodawcze ograniczenie zawierania małżeństw w pewnych warunkach — oraz pozytywną przez sterylizowanie typów mało wartościowych. Właściwą drogę będzie-

my mogli obrać po należytem przestudjowaniu polskiej rzeczywistości eugenicznej, co wymaga jeszcze wielu studjów. Zając się tem musimy, ponieważ czas pochaja nas zupełnie wyraźnie w tym kierunku, żądać realnego rozwiązania.

Kol. Sulimski sądzi, że niezasłużone i przedwczesne jest poczucie bezsilności eugenistów co do profilaktyki negatywnej (ustawodawstwo zabraniające, uświadomienie i t. d.), skoro jeszcze prawie nic w tym kierunku nie robiono. Nadużycia są raczej możliwe przy stosowaniu profilaktyki pozytywnej (projektowana ustawa ubezplodniająca), gdyż trudno o ludzi, tak wysoko stojących pod względem moralnym i naukowym, iżby im można powierzyć decyzję i nadzór nad tą sprawą. Społeczność rozporządza licznymi możliwościami niedopuszczania do rozrodu ludzi mało wartościowych, bez potrzeby uciekania się do barbarzyństwa — potrzebuje tylko odpowiedniego uświadomienia. Więcejby się przysłużyło sprawie przez opracowanie np. swego rodzaju „katechizmu eugenicznego” dla użytku ludzi, mających bezpośredni wpływ na masy (księży, nauczycieli, urzędników I-ej instancji i lekarzy), niż przez drakońskie ustawy.

Kol. Borowiecki (członek Wydziału) uważa, że wobec wielkiego zła, jakie przedstawia usposobienie do chorób umysłowych, nie można się zrażać trudnościami, jakie się spotyka przy ustalaniu, czy zwalczaniu tego usposobienia. Konieczną i najpilniejszą potrzebą dzisiejszej medycyny jest należyty rozwój klinik psychiatrycznych oraz zorganizowanie badań dziedziczności w psychiatrii.

Kol. Kapuściński (członek Wydziału) proponuje powzięcie uchwały w formie rezolucji, przedstawionej przez Kol. Borowieckiego.

Rezolucja:

Kol. Borowiecki (członek Wydziału): Uczestnicy posiedzenia Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu, odbytego dn. 28.II.1936 wspólnie z Oddziałem Poznańskim Polskiego Towarzystwa Eugenicznego i Oddziałem Poznańskim Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, po wysłuchaniu wykładu prof. dr. S. Borowieckiego p. t. „Dziedziczność w chorobach umysłowych i jej zwalczanie” uchwalili z inicjatywy przewodniczącego Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu, prof. dr. W. Kapuścińskiego, następujący wniosek celem przedstawienia go Ministerstwu Opieki Społecznej, Ministerstwu Sprawiedliwości i Ministerstwu Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego: „Wobec wielkości zła indywidualnego i zbiorowego, jakie przedstawia choroba umysłowa i wobec konieczności ustalenia sposobów jej zwalczania wysuwa się w chwili obecnej na plan pierwszy potrzeba zorganizowania na szeroka skalę pomyślanej instytucji, poświęconej badaniom dziedziczności w chorobach umysłowych. Ze względu na wybór najwłaściwszych metod badania i zapewnienia należytego poziomu badań należy uznać za najodpowiedniejsze utworzenie ośrodka tych badań przy którejś z klinik psychiatrycznych. Ośrodek ten winien być wyposażony w odpowiednią liczbę przygotowanych do badań tych lekarzy i sił pomocniczych oraz wszelkich innych środków, które umożliwiłyby zajęcie się wyłącznie badaniami nad dziedzicznością i przygotowałyby grunt do rozważania sprawy takiego, czy innego sposobu zwalczania chorób umysłowych. W razie potrzeby Wydział Lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu może przesłać obszerniejsze umotywowane powyższego wniosku”.

Sekretarz:

Prezes:

(—) K. Stojalowski. (—) W. Kapuściński.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Wiedniu z dnia 26 czerwca 1936 r. (Wien. med. Wschr. Nr. 30/1936) R. Oppolzer pokazał dwóch chorych, którzy byli operowani w I klinice chirurgicznej z powodu *drążącej rany serca*. Obaj chorzy przybyli do kliniki w kwietniu w ciągu jednej godziny. Pierwszy przypadek dotyczył samobójcy, który zadał sobie ranę kłutą w linii sutkowej, a którego dostarczonego do kliniki bez tętna. Badanie rentgenowskie wykazało rozszereżenie cienia serca, który nie ujawniał tętnienia. Wycięto III i IV żebro, stwierdzono wylew krwawy do worka osierdziowego, z rany w lewej komorze szerokości 3 cm trysnął strumień krwi. Nałożono na serce szew, wykonano przetaczanie krwi. Powikłanie popopracyjne polegało na ropnym zapaleniu osierdza, mającym za punkt wyjścia ropienie przyranne. Wystąpiły bardzo silne obrzęki wskutek niedomogi serca. W 14 dni później dokonano sączkowania osierdza, przy którym wydzielano się codziennie dużo ropy. Obecnie chory poprawił się tak dalece, że będzie go można za kilka dni wypisać z kliniki. Drugi chory otrzymał podczas bójkę ranę kłutą serca, umiejscowioną w linii sutkowej

wej. Tętno i stan ogólny przy przyjęciu były dobre. Badanie rentgenowskie wykazało rozszerzenie nie tętniącego cienia sercowego, zachowanie kąta wątrobowo-sercowego. Chory nie zgodził się na zabieg operacyjny z powodu swego dobrego samopoczucia. Dzięki obecności elektrokardiografu w sali operacyjnej udało się zrobić elektrokardiogram jeszcze przed operacją, która okazała się w pół godziny później niezbędna (złe wypełnienie żył szyjnych, niemiarkowść tętna). Dokonano podokostnowego wycięcia III—V żebra, nie uszkadzając opłucnej. Stwierdzono bardzo ciężką tamponadę worka osierdziowego, serce było małe, ujawniono ranę kłutą stożka tętniczego, wychodzącego z prawej komory. U tego chorego elektrokardiogram, wykonany bezpośrednio po operacji, wykazał w drugim odprowadzeniu niecharakterystyczną zmianę w postaci braku wychylenia końcowego, później wychylenie końcowe było ujemne, stan ten utrzymywał się przeszło 3 tygodnie, po czym wychylenie końcowe stało się znów dodatnie.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Wiedniu z dnia 26 czerwca 1936 r. (Wien. med. Wschr. Nr. 30/1936) H. P o p p e r i P. W i e d m a n n mówili o *zmianach wątroby w rzeżączce*. W i e d m a n n pokazał dwóch chorych, których leczono w klinice K e r l a z powodu rzeżączkowego zapalenia gruczołu krokowego: u jednego zastosowano leczenie szczepionkowe, u drugiego nie przeprowadzono leczenia ogólnego. Współistnienie rzeżączki z żółtaczką jest częste. Jednak nie ma się tutaj do czynienia tylko z pro-

stym zbiegiem dwóch niezbyt rzadkich stanów chorobowych, lecz systematyczna obserwacja wykazała, że 10% wszystkich chorych z rzeżączką powikłaną dostaje żółtaczki, i że 78% żółtaczkowych chorych z rzeżączką wykazuje jej powikłania. W ciągu 18 miesięcy spostrzegano 55 chorych rzeżączkowych z powikłaniami i żółtaczką. Na ten związek między rzeżączką a uszkodzeniami wątroby nie zwracano dotychczas uwagi, gdyż zapatrywano się na rzeżączkę, jako na chorobę, ograniczającą się jedynie do narządów płciowych. P o p p e r zbadał zależność między rzeżączką a schorzeniami wewnętrznymi. Uważa on, że wszystkie przypadki żółtaczki, przytoczone przez przedmówcę, dowodzą uszkodzenia miąższu wątrobowego, od najbliższego do takich, które wykazują cechy ostrego żółtego zaniku wątroby. Bez wywiadów możnaby myśleć o żółtaczce nieżytowej. Wielu chorych przeszło leczenie ogólne, szczególnie wielu otrzymywało wstrzykiwania trypaflawiny; ścisłego związku między metodą leczniczą a żółtaczką nie udało się ustalić. W wielu przypadkach można było myśleć o związku z leczeniem szczepionkowym. Lecz za przyczynę żółtaczki nie można uważać leczenia szczepionkowego, tylko spotęgowanie przez nie ogólnie uszkadzającego działania gonokoków, które nie ulega wątpliwości, jak to wynika z przypadków, w których nie stosowano leczenia ogólnego. W znaczeniu poglądów E p p i n g e r a, żółtaczka jest wyrazem odczynu wątroby na jeden lub kilka czynników szkodliwych, co wiemy już od dawna o żółtaczce w przebiegu kłły.

O d c i n e k.

Lekarze i aptekarze w Lublinie na schyłku dawnej Rzeczypospolitej.

Podał

Mgr. Józef KERMISZ (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 37).

Oprócz lekarzy poddani też zostali egzaminowaniu przez Komisję — aptekarze lubelscy. Nestor ich za Stanisława Augusta — Michał d e S t o c k, Niemiec, rodem z Wiednia, sędziwy działacz municypalny, ławnik od r. 1759³³⁾, a następnie radca od r. 1784, wreszcie wójt w latach 1772—1773, wiceprezydent miasta w r. 1791³⁴⁾ oraz burmistrz wydziału drugiego podzameckiego w r. 1794³⁵⁾, — był „badany” przez Komisję w marcu 1790 r., która „zostawując go przy wolności czynienia obowiązków swego powołania aptekarskiego”³⁶⁾, musiała zapewne wyperswadować mu, aby zaniechał praktyki lekarskiej, uprawianej przez niego na dość dużą skalę wśród łatwowiernych pacjentów. Jak bowiem świadczy współczesny mu pamiętnikarz Kajetan K o ź m i a n³⁷⁾, S t o c k, „z postaci Ezop, pijak tak sławiony, że podobno od niego poszło przysłowie: pijany jak S t o c k, szarlatan, kuglarz”, który „chodził w wielkiej peruce, w czarnych staroświeckich niemieckich sukniach, z wielką w mosiądz okutą łaską,

i niesłuchanie o swojej sztuce i o cudach przez siebie dokazanych na różnych chorych, kłamstwa i duby prawil, miał swoją wziętość u łatwowiernych i ciemnych”³⁸⁾.

W lipcu zostali wezwani przez Komisję pozostali aptekarze lubelscy, a mianowicie G r e t z - G r ü e l l, L i s c h k e i W i l h e l m P e s c h e l, który kramarzył też książkami.

Teodor Franciszek G r e t z - G r ü e l l, „praktykujący medycynę”, okazał przywilej królewski na urząd konsyljarstwa z dnia 31-go marca 1785 r., oblatowany tegoż roku w aktach grodzkich lubelskich, „niemniej zaświadczenie od szlachetnego Jana Baptysty C z e m p i ń s k i e g o, Rewla Seweryna W a s i l e w s k i e g o, Ferdinanda H i r d z s e l d a i Stanisława W a s i l e w s k i e g o, medycyny doktorów, w Warszawie dnia 1 miesiąca sierpnia roku tegoż, jako w aptece Imci P. Seweryna W a s i l e w s k i e g o przez 14 lat zostając, w profesji aptekarskiej, nauce chemicznej i botanicznej dostateczną powziął naukę, dane, i rękami rzeżonych doktorów podpisane. Naostatek dnia 13 miesiąca lipca 1788 w Warszawie od Najj. Króla Imci na otwarcie nowej apteki w mieście tutejszym przywilej konferowany”³⁹⁾.

Warto tutaj dodać, że G r ü e l l, który przebywał w Lublinie od niedawna, a prawo miejskie przyjął w r. 1788, został 31-go grudnia 1790 r. wybrany do

³³⁾ Riabinin l. c., str. 31. Por. tegoż autora „Teatr i zabawy...” l. c., str. 23. — W Lublinie przebywał S t o c k od r. 1751; prawo miejskie przyjął on tutaj w r. 1758. Ożeniony był z córką radcy dr. B u r j o n a — Anną, a po separacji z nią, stanął S t o c k na ślubnym kobiercu z Marjaną d e G a l a r y, córką radcy i aptekarza Krzysztofa G a l a r y (R i a b i n i n, Lekarze... l. c.).

³⁴⁾ „Lauda prezydenta i rady m. Lublina 1726 — 1794”. Archiwum Państwowe w Lublinie, księga miejska lubelska Nr. 254.

³⁵⁾ Wyciąg z „protokołu elekcji i przysięg m. Lublina” l. c.

³⁶⁾ Diarjusz l. c., k. 14.

³⁷⁾ „Pamiętniki K. K o ź m i a n a, obejmujące wspomnienia od r. 1780 do r. 1815”, Poznań 1858, t. I, str. 34.

³⁸⁾ l. c. — Z ust. S t o c k a, będącego zapewne w stanie podchmielonym, paść miały następujące słowa: „Tu wszyscy doktorowie, jako i aptekarze i cerulicy durnie, blaznowie, nie nie umieją tak, jak ja...” R i a b i n i n („Lekarze...”, l. c.) nazywa go mylnie doktorem med.

³⁹⁾ Diarjusz l. c., k. 78. — R i a b i n i n (l. c. oraz w cennym studjum p. t. „Lublin w księgach wójtowsko - ławniczych XVII—XVIII w.” Lublin 1928, str. 27), nazywa tedy G r ü e l l a mylnie doktorem medycyny. — Trynitarze, u których G r ü e l l został aptekarzem w r. 1785, odstąpili mu w 3 lata później prawo swoje na utrzymywanie apteki. (R i a b i n i n: „Lekarze...” l. c.) — O P e s c h l u — por. J. R i a b i n i n: „Fragmenty z dziejów cenzury lubelskiej 1831—1864 r.” Pamiętnik Lubelski, t. I, str. 35.

radę miejskiej⁴⁰⁾, zabiegając w tym czasie za pośrednictwem Komisji Cywilno-Wojskowej lubelskiej o uzyskanie na Sejmie nobilitacji, za cenę której gotów był ofiarować ze swojej apteki co rok w okresie 5-u lat lekarstw za receptami „regiment felczerów“, podług taksy wiedeńskiej — za 1000 czerwonych złotych⁴¹⁾. W dobie walki o równouprawnienie mieszczan na Sejmie Wielkim dał się Gr ü e l l, Niemiec, syn pisarza miejskiego z Heilsberga, poznać jako gorący patriota i niezwykle ruchliwy działacz municypalny. Po uchwaleniu konstytucyj miejskich przez Sejm Czteroletni — Gr ü e l l stał się ich zapalonym zwolennikiem i wielbicielem, zostawszy jednym z czołowych i najulubieńszych przywódców mieszczaństwa lubelskiego, w którego imieniu powitał pięknym przemówieniem wydziałowy miejski Sąd Apelacyjny, który ukonstytuował się w Lublinie dn. 15-go sierpnia 1791⁴²⁾. Niebawem władze miejskie lubelskie wydelegowały Gr ü e l l a do Warszawy celem „poparcia sprawy z starostą lubelskim i różnymi posesorami gruntów miejskich, tudzież jurysdykcjami nieprawnie utworzonymi — w sądach Asesorji Koronnej“⁴³⁾. W kwietniowych wyborach municypalnych 1792 r. obrany został Gr ü e l l prezydentem Konstytucyjnym Lublina, na którym to stanowisku dobrze się zasłużył miastu⁴⁴⁾. Za Targowicy musiał ustąpić z prezydentury, albowiem konfederacja lubelska obaliła władze miejskie konstytucyjne, przywracając dawny Magistrat przedkonstytucyjny⁴⁵⁾. W wyborach municypalnych, odbytych w marcu 1794 r. na podstawie ustawy wyborczej sejmu grodzieńskiego, został Gr ü e l l obrany radcą, a następnie prezydentem miasta, lecz b. prezydent konstytucyjny Lublina słusznie uważał za stosowne nie przyjąć mandatu prezydenta „zboru gro-

dzieńskiego“⁴⁶⁾. Za Insurekcji Kościuszkowskiej był Gr ü e l l jednym z najczynniejszych i najbardziej zasłużonych działaczy miejskich, piastując z kolei urząd członka powstańczej Komisji Porządkowej lubelskiej oraz prezydenta miasta. Był też zarazem b. gorliwym dostawcą medykamentów dla wojska Kościuski⁴⁷⁾. Podnieść też należy, że dzięki swojej ofiarności, patriotyzmowi, oraz dużej bezinteresowności, której dał niewątpliwym dowód, zrzekając się pensji, należnej mu tytułem pełnienia funkcji konstytucyjnego prezydenta miasta, — zdobył sobie Gr ü e l l też serca ziemiaństwa wojewódzkiego⁴⁸⁾, a za Księstwa Warszawskiego będzie jednym z założycieli dygnitarzy łoży Wskrzęszanego Wielkiego Wschodu Narodowego Polskiego — Wolność Odzyskana, łoży otworzonej w Lublinie 9-go lutego 1811 r.⁴⁹⁾.

Z aptekarzy, wezwanych przez Komisję, prócz Gr ü e l l a stał się przed jej oblicze Fryderyk August Lischke, „J. Król. Mości uprzywilejowany aptekarz gminny miejski, piastujący też nieraz funkcję egzaktora miasta⁵⁰⁾, który przedstawił komisarzom „utwierdzenia apteki Kolhausowska zwana z przywilejów Augusta II i Augusta III, dziedzicom tejże apteki nadanym“, niemniej przywilej Stanisława Augusta z dn. 11-go września 1787⁵¹⁾.

Komisja uznawszy dokumenty tak Gr ü e l l a, jak i Lischkego za wystarczające, „utrzymała ich przy profesji aptekarskiej i obowiązkach tejże“⁵²⁾.

⁴⁶⁾ Wyciąg z „protokołu elekcji i przysięg m. Lublina“ l. c.

⁴⁷⁾ Akta władz insurekcyjnych, znajdujące się w archiwach: Głównem, Skarbowem oraz Biblioteki ord. K r a s i ń s k i c h.

⁴⁸⁾ Na sejmiku lutowym 1792 r. złożył Gr ü e l l oświadczenie na piśmie, opiewające, że jeśliby regiment wojska miał konsystencję w Lublinie na zawsze, dostarczać mu winien będzie medykamentów bezpłatnie z apteki własnej za receptami felczerów regimentowych i podpisem komenderującego (z wyłączeniem jednak chorób chronicznych). W laudum sejmikowem województwa wyrażało Gr ü e l l o w i podziękowanie „za tak przykładowe przyłożenie się do dobra publicznego“. (Diarjusz sejmików wojew. lubelskiego 1792, str. 128, 139—140. Por. „Gazeta Narodowa i Obca“ 1792, Nr. 147).

⁴⁹⁾ St. hr. M a ł a c h o w s k i - Ł e m p i c k i: „Wolne Mularstwo w Lubelszczyźnie 1811—1812“. Lublin 1933, str. 8. Por. tegoż autora: „Wykaz łoż wolnomularskich oraz ich członków w latach 1738—1821“. Archiwum Kom. Histor. Kra-ków 1930, tom. II, str. 208.

⁵⁰⁾ Archiw. Państwowe w Lublinie, księgi miejskie lubelskie.

⁵¹⁾ Diarjusz Komisji Cywilno-Wojskowej l. c., k. 78.

⁵²⁾ l. c.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

O zagadnieniu niemieckiej ustawy sterylizacyjnej.

Podał

Dr. Włodzimierz MIKUŁOWSKI (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 37).

X. Blaski i nędze ustawy sterylizacyjnej.

Gdy się z lotu ptaka rzuci okiem na problem sterylizacji w Państwie III Rzeszy i gdy się usiłuje *sine*

ira et studio „intelligere“ to, na co się patrzy — wtedy jest się zmuszonym widzieć pewne blaski, ale i pewne nędze nowego zjawiska. Podobnie jak niegdyś wprowadzenie chemii, matematyki, czy fizyki do sztuki lekarskiej, i podobnie jak niedawno paradoksalne zastosowanie wojny do medycyny, tak i obecnie poddanie nauki lekarskiej pod egzaltację myśli politycznej — nie jest wolne od objawów dodatkich. Po koniecznym potrzebem oswajeniu się ze świeżą ideą medycyny politycznej, jest się zmuszonym przyznać, że nowy ten ferment

dał życie nowym gałęziom wiedzy w medycynie, więc nauce o pojęciach dobra i zła dziedzicznego (Erbgut, Erbschaden), nauce o genach, o szkodach rentgenogen-nych, o bliźniętach jednojajowych, o nowych wartościach anamnezy, o ważności rozróżniania konstytucji genotypowej od fenotypowej, o patologii prepsychiatrycznej, o technice kastracyjnej i sterylizacyjnej, o ustawodawstwie profilaktycznym, eugenicznym i t. p. Nowe szukanie dróg budzi potrzebę ożywionych dyskusyj i polemik, które, jako objaw życia, są dodatkiem zjawiskiem ruchu, nie zastoju.

Jak chemja, fizyka, czy matematyka, zastosowana do medycyny, tak i polityka, czy eugenika, zastosowana do nauki lekarskiej, ma swoje pile et face, ma oprócz blasków i swoje nędze.

Za zjawisko niepokojące można uważać, skoro mowa o dyskusji, te jej objawy, które noszą, zamiast ruchu i szukania prawdy, cechy biernego posłuszeństwa wobec terroru władzy w myśl zasady: Zmilknij mi całą naturę, i wara. Wobec tykania prawa i zegara. (Nietzsche). Jeszcze bardziej rażą odchylenia od zasad fair play, gdy dyskutanci grożą sobie doniesieniem o braku lojalności politycznej. Również za objaw niepożądany dla t. zw. prestiżu lekarskiego można uważać nowy zamach ustawy sterylizacyjnej na dotychczasowe tabu — tajemnicy lekarskiej. Jakkolwiek w tem tabu rozmaite kompromisy życiowe niejednym wyłom uczyniły, i jakkolwiek i lekarzom wypada ze stoicyzmem złożyć na ołtarzu dobra publicznego niejedną przywilej — to jednak niełatwo przyjdzie najlojalniejszemu lekarzowi gorliwie zastosować się do obowiązku doniesienia do Sądu o każdym spotkanym przez siebie, pozornie niewinnym alkoholiku, narkomanie, czy psychiatry, którzy, w przekonaniu, że *res sacra miser*, zwykli byli dotąd szukać pomocy u lekarza, jak u kapłana, a nie jak u policjanta. Zbyt szablonowe stosowanie przez lekarza i prawnika litery tej ustawy może nie tylko prowadzić do zaniku tajemnicy lekarskiej, ale może wyrządzić, kosztem doktrynalnego dobra publicznego, niejedną krzywdę jednostce. (Ustawodawstwo polskie wzbrania ujawnienia tajemnicy lekarskiej. § 254 K. K.).

Jeszcze inny rodzaj niebezpieczeństwa nie dla etyki, ale dla umysłowości lekarskiej tkwi w związanym z ustawą warunku skutecznego śledzenia dobra i zła dziedzicznego zapomocą metod ściśle kancelaryjnych, t. j. zapomocą kartotek genealogicznych. Bez niezbędnej rejestracji i schematyzacji, bez tablic i bez statystyk dzieło ustawy sterylizacyjnej jest dla lekarza trudne do pomyślenia. A wiadomo każdemu lekarzowi, jak ważnym przywilejem szerokiego horyzontu myśli jest uwolnienie tej myśli od szablonu buchalterji. Pod wpływem ustawy sterylizacyjnej można się spodziewać zwiększonego przyrostu typu lekarza kancelisty, który w interesie porządku ksiąg sterylizacyjnych jest niezbędny, ale który dla postępu i wolności myśli naukowej może być szkodliwy.

W odczytach swoich w Tow. Lek. Warsz.¹⁾ na temat medycyny u Szekspira i na temat zagadnienia koklusu w świetle kryzysu medycyny współczesnej, starałem się dowodnie wykazać, że jednym z najbardziej w Polsce rozpowszechnionych błędów myślenia lekarskiego jest nie co innego, jak fałszywa tendencja stawiania i rozwiązywania problemów naukowych zapomocą rejestracji i schematyzacji. Jest to metoda

kancelaryjna, która — niezbędna we wszelkiej administracji — zawodzi w terenie naukowym i nie dokonała nigdy żadnego odkrycia naukowego.

Każdy wysiłek profilaktyczny w medycynie nosi cechy podobieństwa z wysiłkami leczniczymi, które lekarz robi przy łóżku chorego. Nic więc dziwnego, że profilaksja w zasadach swoich winna zachować ten sam mechanizm postępowania. Leczenie musi polegać na stosownym zaaplikowaniu, t. j. na fortunnym zrealizowaniu indykacji, wynikających z trafnie ustalonej diagnozy. Tak w leczeniu, jak i w dziele profilaksji zarysowują się dwa typy postępowania. Jedni, pełni wiary w dzieło „przestrojenia“, czy aktywacji potencjalnych rezerw ustroju — za wszelką cenę „działają“; inni, zaszczepieni negatywizmem szkoły *Laënneca*, czy *Virchow*a, wierzą więcej w zasadę: *naturam morborum curationes ostendunt*.

Doświadczenie uczy, że pozatem bywają takie sytuacje przy łóżku chorego, kiedy lekarz najlepiej pomaga, wcale nie lecząc, pomny przestrogi *Ma g e n d i e g o*: *Malheureux! Et vous n'avez donc jamais essayé de ne rien faire?* Jest to metoda postępowania, która zgodna jest z rzymską zasadą: *in certis fortiter, in incertis — prudenter*. Zasada ta przychodzi na myśl przy krytycznym studjowaniu poszczególnych paragrafów ustawy sterylizacyjnej niemieckiej. Spostrzegamy, że niejedno, co dla eugenisty terapeuty jest proste i łatwe, dla diagnosty jest bardzo skomplikowane i zupełnie niepewne. Nie wiedząc, czy w „niepewnym“ potrafimy zawsze zdobyć się na „mądre“ działanie, powinniśmy częściej pamiętać o przysługującym nam przywileju: *de ne rien faire*.

XI. Z a k o ń c z e n i e .

Wreszcie, chcąc zachować rytm racjonalnego działania lekarsko-zapobiegawczego przy łóżku chorego, kiedy tak często potrzeba postępowanie nasze uzależnić od znajomości patogenezy, lub etiologii danego cierpienia, zmuszeni jesteśmy i w zagadnieniu ustawy eugenicznej, czy ustawy karnej zadać sobie pytanie w kierunku jej etiologii, czy genezy. Jakkolwiek grunt historjografji nie jest dla lekarza terenem wolnym od niebezpieczeństw, to jednak wydaje się rzeczą słuszną pamiętać, że „niezawsze prawa wyrażają to, czem jest jakiś naród, ale to, co mu się zdaje obce, dziwne, potworne, cudzoziemskie“, i niejednokrotnie „najostrzejsze kary spotykają to, co zgodne jest z obyczajem narodu sąsiedniego“. Istnieje stara prawda, zauważona przez *Roussseau*, że nieraz to samo, co na jednym brzegu rzeki jest cnotą — jest na przeciwnym brzegu uznane za zbrodnię. Budzi się pytanie, czy przyczyną ustawy sterylizacyjnej w Państwie Niemieckiem jest obniżenie procentu urodzeń, czy obniżony procent przyrostu naturalnego, i czy w Państwie Polskiem zachodzą te same zjawiska, czy może inne?

W tym względzie źródłem informacji i wskazań mogą być instrukcje Pol. Inst. Badań Zagadnień ludnościowych nad rozrodczością. Doc. *Szullc*, referujący badania tego Zakładu na XIV. Zjeździe Lek. i Przyrodn. Pol. w Poznaniu, donosił, że przyrost naturalny utrzymywał się w latach powojennych na wysokim poziomie, bo wynosił 18,50/00 i dopiero w ostatnich 2 latach 1932 i 3 spadł na 13,70/00. Na tysiąc mieszkańców notowano w Polsce przed wojną 35 urodzeń, tyleż samo wypadało urodzeń w Niemczech. W r. 1932 liczba urodzeń w Polsce spadła do 28,7/00, gdy w Niemczech do 17/00. Gdy w Niemczech niepokojący jest niski procent

¹⁾ Pos. dn. 8.X.1935 i 10.XI.1935.

urodzeń, to w Polsce niepokojący jest wysoki procent śmiertelności wśród osesków i wśród dzieci wczesnego dzieciństwa.

W odniesieniu do projektów sterylizacyjnych w Polsce konieczną jest rzeczą ustalić, co jest naszą potrzebą eugeniczną, w którym kierunku idą indykacje profilaktyczne, i w jakim stopniu możemy korzystać z doświadczeń ustawy sterylizacyjnej naszych sąsiadów. Mimo najracjonalniejszego wyzyskania doświadczenia naszych sąsiadów musimy rozumieć, że dzieło ich nie może być żywcem przeniesione na nasz grunt, ale że wymagać będzie dużego wysiłku myśli i rąk celem stosownego przerobienia. Marszałek Piłsudski mówi: „Można korzystać z nauk obcych, ze zdobyczy, które świat wytworzył, a które nas ominęły. Ale musimy umieć to w dalszym ciągu przerabiać”.

XII. Streszczenie.

Nauka stara się poznać stosunek genów do chromosomów, określić ich liczbę u człowieka oraz ich rolę katalizatorów w ustroju. Mimo ultrawidzialnego charakteru genów i nieznajomości ich chemii, badanie ich wpływu przez obserwację bliźniaków jednojajowych ufundowało podstawy do nowej gałęzi wiedzy, którą niektórzy uważają za ważniejszą od nauki o hormonach (Fischer).

Istnieją fakty, stwierdzające nie tylko jednoczesną menarchę, ale i jednakową reakcję miesięczkową na wpływy otaczające u bliźniąt, fakty dziedzicznej analogii bólów porodowych, przodującego łożyska, płasawicy ciężarnej (Wagner). Istnieją prace o rodzinnym typie nadciśnienia (Weitz), anemii (*Botrioccephalus*), choroby Pelgera, zapalenia rogów przednich, rozstrzeni oskrzelowych (Neisser, Diehl). Sam donosiłem o rodzinnej żółtaczce hemolitycznej i rodzinnej oxycefalii, o rodzinnej płasawicy, o rozstrzeniach oskrzelowych u dziecka z ich ekwiwalentem u ojca w postaci tętniaka aorty.

Dziedziczenie rasy i choroby nie jest jednakowe, bo zależne od rozmaitych genów (Fischer). Uderza skłonność Chińczyków do raka wątroby i prącia, odporność Żydów na ostre postacie gruźlicy. Osobiście starałem się udowodnić, że uodpornienie Żydów na gruźlicę nie zależy od rasy, ale stoi w związku z ich długotrwałą w historii urbanizacją i autoepuracją przez masowe hekatomby śmiertelności w ghettach średniowiecznych. Gdy w XVII wieku śmiertelność na gruźlicę wśród Żydów ghetta wynosiła 33%, to dziś wynosi ona u nich tylko 0,1%. Fakt większej odporności dziedzicznej wobec gruźlicy u Żydów powinien, moim zdaniem, znaleźć zastosowanie w klinice, gdy mianowicie, chodzi o ocenę t. zw. konstytucji astenicznej. Z tego punktu widzenia konstytucja asteniczna u pacjenta, wykazującego genealogiczne podobieństwo z rasą żydowską, może przedstawiać pewien interes diagnostyczny i prognostyczny. Ze stanowiska racjonalnej profilaksji przeciwgruźliczej program obrony aryjskiej czystości rasy przed przymieszką krwi semickiej niezupełnie pokrywa się z interesem eugenicznym. Także ze stanowiska ideologii Nietzschego program ten nie pokrywa się z postulatami autora „Poza dobrem i złem”, który zachęcał szlachtę niemiecką kresową, aby swą sztukę rozkazywania i posłuchu łączyła dla udoskonalenia rasy z genjuszem cierpliwości, pieniądza oraz z uduchowieniem właściwym rasie żydowskiej.

O wpływie promieni Roentgena na mutację genów, a więc na potomstwo komunikuje szereg

autorów. Martius donosi o chorobie Hertera, Ibrahim o mikrocefalii rentgenogennej, Kretschmer dopatruje się wpływu promieni Roentgena na mutację genów i na zmianę podkładu dziedziczności. Doświadczenia na zwierzętach pozwalają na wniosek o kumulacyjnym działaniu promieni Roentgena oraz o możliwości wystąpienia skutków po kilku generacjach. Jest wzywa do zaprzestania leczenia prom. Roentgena amenorei, dysmenorei i bezpłodności.

Względnej wartości kastracji dowodzą doświadczenia Langa nad 300 inwalidami genitalnymi po ranach postrzałowych jąder lub z powodu gruźlicy jąder. Tylko 18% wśród nich wstrzymało się od małżeństwa, 82% pożeniło się, i to kilkakrotnie. Wolf odradza kastrację u schizofreników, zresztą, poleca ją w stosunku do głuptaków i homoseksualnych; Hackfield — u seksualnych zбоченców umysłowych. Doświadczenia procesu sterylizacyjnego w Gruzji, opisane przez Lavesa i Spatha, dowodzą, że wazoligatura i wazektomia nie osiągają skutku sterylizacyjnego. Także technika Boeminghause oparta jest na przekonaniu o ograniczonej wartości samego podwiązania i przecinania powrózka, gdy się równocześnie nie poddaje zniszczeniu plemników, przebywających w bańce nasieniowodu, w pęcherzykach nasennych i w nasieniowodach. Do tego celu posługuje się autor wprowadzaniem Rivanolu (10/00) do miejsc, gdzie są zdeponowane plemniki. Jones osiąga stałą sterylizację kobiety zapomocą naświetlań macicy ramem.

Interpretacja ustawy sterylizacyjnej i próby jej udoskonalenia przez świat lekarski wykazują wielką rozbieżność. Gdy jedni stoją na stanowisku, że schizofrenicy, głuptacy, epileptycy i dziedzicznie obciążeni zbrodniarze mają i tak mało dzieci (Bremer i Lange), to przeciwnie, inni twierdzą, że właśnie wszyscy mniej wartościowi mnożą się szczególnie intensywnie (Uhlenhut). Jedni za najważniejszy postulat dla rozszerzenia ustawy uważają potrzebę zastosowania sterylizacji wobec moralnie insans, wobec wszystkich tych, których dziedzictwo uczucia i woli prowadzi do typu zbrodniarzy, nie objętych przez ustawę (Kretschmer, Lange). Jedni uznają egzogenne wrodzone głupectwo za wolne od ustawy sterylizacji (Lange), inni tego rodzaju interpretację uważają za sabotaż ustawy (Bessa).

Gdy Lenz zdąży do objęcia ustawą dobrowolnej sterylizacji także lekko obciążonych umysłowo, którzy są najniebezpieczniejsi pod względem recesywno-dziedzicznym, i projektuje zastosowanie ustawy do 10% ludności Państwa, to inni (Saller i Althaus) nazywają tego rodzaju projekty orgą eugeniczną. Jedni projektują ustawę, zabraniającą małżeństwa wśród krewnych (Borchardt), inni domagają się prawa rozwodu dla małżeństw, z których jedna strona uległa sterylizacji, albo uznana została za dziedzicznie chorą (Skallweit, Schersmann).

Jeżeli za dodatni objaw ustawy sterylizacyjnej uznać można ożywienie interesu naukowego na temat geno- i fenotypowej konstytucji, na temat techniki sterylizacyjnej i na temat rentgenomutacji genów — to za ujemne objawy uważać można obserwowane zjawisko nauki, stosowanej, nie bez terroru, do interesu polityki totalnej. Zjawisko postępującego zaniku tajemnicy lekarskiej oraz niebezpieczeństwo wyjaławienia myśli lekarskiej przez nieuniknione wprowadzenie nowych metod

rejestracji i schematyzacji w związku z upaństwowie-
niem idei eugenicznej.

Poznanie ustawy sterylizacyjnej niemieckiej przez świat lekarski polski winno polegać na wolnym od uczuciowości zrozumieniu przyczyn, które tę ustawę w Państwie Niemieckiem uczyniły potrzebą eugeniczną. Poznanie to odbije się przez konsekwencję na rewizji polskich potrzeb eugenicznych, na krytycznej ocenie polskich projektów eugenicznych w zakresie zapobiegania gruźlicy i kile i doprowadzi do wniosku, że polski świat lekarski powołany jest „korzystać z nauk obcych, które nas ominęły, ale musi je w dalszym ciągu umieć przeobrazić”. (Piłsudski).

PIŚMIENICTWO.

Adam. — Ztbl. f. Kindh. S. 1. R. 1934. Adam. — Klin. Woch. Nr. 16. 1934. Appelmans i Clayesoons. — Scalpel. 5.1.1935. Bauer. — Klin. Woch. Nr. 25. 1934. Beck. — Arch. f. Kindh. 101. 1934. Boeminghaus. — Klin. Wochenschr. 12. 1935. Borchardt. — Deutsche Med. Woch. II. 1934. Bostroem. A. — Klin. Woch. Nr. 47. 1934. Diehl K. u. Verschuer O. — Zwillingsstüberkulose. Jena. 1933. Fetscher. — Klin. Woch. Nr. 24. 1934. Fischberg M. — Journ. Americ. Med. Assoc. t. 68. 1917. Halpern Wieliczński. — Gruźlica. 1934. 2—14. Hackfield. — Mschr. f. Psych. 1933. Ibrahim. — Sitzung in Braunschweig 12—14. IX. 1934. — Kl. Woch. Nr. 44. 1934. Jonsen. — Klin. Woch. Nr. 6. 1934. Jost. — Klin. Woch. Nr. 15. 1934. Klein. — Wer ist erbggesund und wer ist erbkrank. Jena. 1935. Klese. — Klin. Woch. Nr. 27. 1934. Kretschmer. — B.

Klin. Nr. 22. 1934. Langé J. — Klin. Woch. Nr. 2. 1935. Laves u. Spath. — Wien. klin. Woch. 1934. Klin. Woch. Nr. 31. 1934. Lederer. — Orv. Hexil. Ztbl. f. Kindh. 126. 1934. Lenz. — Klin. Woch. Nr. 8. 1934. Lenz. — Menschliche Auslese und Rassenhygiene. Lenz. 1934. Loofs. — Klin. Woch. Nr. 6. 1934. Luniewski. — Pol. Gaz. Lek. Nr. 22. 1936. Mikułowski Wł. — Gruźlica. Nr. 5. 1935. Mikułowski Wł. — Pam. XIV Zj. Lek. i Przyr. Pol. 11—15. IX. 1935. Str. 409, 434, 435, 436, 437, 451, 453, 470, 479, 481, 482, 483. Pol. Gaz. Lek. Nr. 21. 1927. Arch. de Méd. des Enfts. T. 31. Nr. 1. 1928. Mikułowski. — Medycyna. Nr. 11. 1933. Rev. Franç. de Péd. T. IX. Nr. 3. 1933. Pol. Gaz. Lek. Nr. 41. 1931. Mon. f. Klin. S. 359. 1933. Rev. Fr. de Péd. T. 7. Nr. 5. 1931. Gruźlica. Nr. 2. 1936. Mikułowski Wł. — Pam. XIV Zj. Lek. i Przyrodn. Pol. 1933. Martius. — Klin. Woch. 22. J. 1935. Nowakowski i Kluszyński. — XIV Zj. Lek. Pieńkowski K. — Pol. Gaz. Lek. Nr. 6. 1936. Riedel. — Mediz. Ver. Greifswald. 14. VI. 1934. Klin. Woch. Nr. 46. 1934. Rüdín. — Erblehre u. Rassenhygiene im völkischen Staat. München. Lehmann. 1934. Schrempf. — Beitr. Klin. Tbk. 1934. Klin. Woch. Nr. 3. 1935. Skalweit u. Schiersmann. — Deutsche Z. Gericht. Med. 1935. Klin. Woch. 14. Jg. Nr. 25. 1935. Szulc St. — Zagad. Rasy. 1933. Schwartz. — Ztschr. Demogr. Jud. 49. 1910. Turner L. u. Lattuf. — Presse méd. Z. III. 1935. v. Verschuer. — Kl. Woch. Nr. 49. 1934. Wagner. — Berl. Med. Ges. 6. VI. 1934. Klin. Woch. Nr. 38. 1934. Wilhelm. — Kl. Woch. S. 180. 1935. Welfle T. — Pam. XIV Zj. Lek. i Przyr. Pol. 1933. Wolf Ch. — Klin. Woch. Nr. 27. 1934. 46 Kongr. d. Deutsch. Ges. f. inn. Med. April. 1934, in Wiesbaden.

Wiadomości bieżące

— Zgłoszenia odczytów na VI. Zjazd lekarski w Krynicy w dniach 9—11 stycznia 1937 roku na tematy: 1) Schorzenia przemiany materii i ich leczenie z uwzględnieniem lecznictwa zdrojowego, oraz 2) Klinika i terapia niepłodności i niemocy płciowej — przyjmuje Generalny Sekretarz Zjazdu, Dr. Mieczysław Dukiet, Krynica Zdrój, willa „Moja”, do dnia 20 października włącznie. Uprasza się wielce Szanownych Kolegów, pragnących wygłosić referaty na omawianym Zjeździe, o dotrzymanie powyższego terminu ze względu na konieczność definitywnego ustalenia programu Zjazdu. Po tym terminie zgłoszenia odczytów nie będą przyjmowane.

— Doniosłe obrady Międzynarodowej Konferencji Pracy. W połowie września r. b. odbyła się sesja Międzynarodowej Konferencji Pracy w Genewie, poświęcona rozszerzeniu międzynarodowej konwencji o ubezpieczeniu chorób zawodowych. Konwencja ta uchwalona pierwotnie w 1925 r. postanawia, że choroby zawodowe w liczbie trzech, a mianowicie: zatrucie ołowiem, rtęcią i t. zw. wąglik zostaną zrównane w poszczególnych państwach, co do sposobu przyznawania świadczeń, z wypadkami przy pracy. Konwencja ta miała o tyle doniosłe znaczenie, że przedtem pracownik, który zapadł na jedną z wymienionych chorób zawodowych korzystał tylko z 6-cio tygodniowego (w Polsce) bezpłatnego leczenia w zwyczajnym ubezpieczeniu na wypadek choroby, co zazwyczaj w chorobach zawodowych, odznaczających się długotrwałym przebiegiem jest okresem niewystarczającym. Po wprowadzeniu specjalnego ubezpieczenia od chorób zawodowych chory korzysta z bezpłatnego leczenia aż do wyzdrowienia, ewentualnie w razie trwałego inwalidztwa otrzymuje rentę. Poza tym koszty ubezpieczenia od chorób zawodowych obciążają pracodawcę, który ponosi faktyczną i moralną odpowiedzialność za uszkodzenie

zdrowia pracownika wskutek warunków pracy, podczas gdy zwyczajne ubezpieczenie chorobowe jest opłacane w części przez samego pracownika. Przeniesienie niewielkich zresztą obciążeń na pracodawcę ma tę dodatnią stronę, że uzależnia się jednocześnie wysokość składek od warunków higieny pracy, co stanowi skuteczną zachętę dla akcji zapobiegawczej w przemyśle. W 1934 r. międzynarodowa konwencja o ubezpieczeniu od chorób zawodowych została rozszerzona do 10 chorób. W r. b. ma ulec rozszerzeniu o dalsze 3 choroby. Konwencję tą ratyfikowało 20 państw europejskich z wyjątkiem Włoch i Polski, jakkolwiek delegacja polska w Genewie głosowała za przyjęciem i rozszerzeniem konwencji. Polska ustawa scaleniowa wprowadziła ubezpieczenie 3 wymienionych poprzednio chorób zawodowych i upoważniła Radę Ministrów do rozszerzenia ubezpieczenia na dalsze choroby zawodowe. Ratyfikacja konwencji i rozszerzenie liczby chorób zawodowych podlegających ubezpieczeniu nabiera zatem w Polsce szczególnej aktualności. Dodać należy, że inicjatywa poszczególnych państw wyprzedza znacznie międzynarodową konwencję. I tak w Anglii podlega ubezpieczeniu 37 chorób zawodowych, w Niemczech 22, przy czym lista ma być w najbliższym czasie rozszerzona o dalszych 11 chorób; nawet w Gdańsku ubezpieczeniu podlega 18 chorób zawodowych, podczas gdy u nas tylko 3. Czas więc uzupełnić te braki w naszym ustawodawstwie społecznym. (Komunik. Inst. Spraw Społecznych).

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

7.X. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne. Oddział Warszawski.

1. A. Falkowski — Ś. p. Stanisław Władyczko (wspomnienie pośmiertne). 2. Prof. J. Mazurkiewicz — O mnemizmie i odruchach warunkowych. 3. Sprawozdanie Sekretarza i doroczne wybory Prezydium Oddziału.

12.X. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. Seksja kliniczna.

P. L i e b e s n y (Wiedeń). Biologiczne i lecznicze działania krótkich fal niezależne od działania ciepłego.

Résumé des articles originaux.

E. SALIT. Essai de fondation de l'administration thérapeutique des eaux minérales alcalines et salines.

L'analyse exacte des eaux minérales du pays a démontré, qu'elles correspondent par leur composition chimique presque à toutes les eaux étrangères. Les eaux minérales sont administrées principalement dans les maladies du métabolisme et de l'appareil digestif. Dans les catarrhes hypacidiques il est préférable d'administrer des eaux salines, dans les maladies du métabolisme on peut administrer aussi bien des eaux alcalines, que des eaux salines faibles, la principale indication étant ici avant tout d'introduire une certaine quantité d'eau.

G. RACIAŻEK. Un cas d'hernie pulmonaire spontanée.

Présentation d'un malade de 36 ans exempt de toute tare pathologique, chez qui s'est développée depuis quelque temps, sans cause apparente, une tuméfaction de la paroi thoracique droite. L'espace intercostale V est comblée par une saillie non fluctuante de consistance molle, sonore à la percussion, facilement réductible, douée d'expansion à la toux. L'affection évolue sans amener aucun trouble fonctionnel notable. L'auteur discute la nature de cette tumeur manifestement aérienne, et, après avoir rejeté les hypothèses d'emphyse et d'abcès provenant des côtes voisines, il est amené au diagnostic de hernie pulmonaire ou pneumocèle, affection rare, dont il n'y a qu'une soixantaine de cas publiés. La plupart d'ailleurs différent du cas présent spontané par excellence, par l'étiologie le plus souvent traumatique. A la fin de sa publication l'auteur donne une radiophotographie de son sujet.

J. KERMISZ. Médecins et pharmaciens à Lublin au déclin de l'ancienne République Polonaise.

Pour assurer un bon secours médical à la population la Grande Diète a établi des commissions civiles et militaires. La

commission du gouvernement de Lublin déjà au début de sa charge a appelé le 11 mars 1790 tous les médecins pratiquant à Lublin pour contrôler leurs diplômes. Parmi 8 médecins de Lublin 3 étaient reconnus comme qualifiés, les autres devaient se soumettre à l'examen complémentaire à l'Ecole Principale (Académie) Cracovienne. Tous les médecins à l'exception de deux, dont les documents n'étaient pas suffisants, ont reçu le droit provisoire de pratique. Deux médecins seulement ont fourni le certificat demandé de l'Académie Cracovienne. Pour le reste l'acquisition des qualifications demandées était trop difficile. La commission ayant tenté d'appliquer des représailles envers un de ces médecins a éprouvé une forte réaction de la part de ses clients influents et était forcée de céder. Le contrôle de la commission était en principe digne d'approbation, mais la privation du droit de pratique appliquée envers des médecins en vogue était malencontreuse, il faillit leur donner un terme plus long pour acquérir les qualifications nécessaires. — La commission a aussi vérifié les documents de trois pharmaciens de Lublin et les a considérés comme suffisants, mais elle défend à deux d'entre eux d'exercer la pratique médicale.

W. MIKUŁOWSKI. Le problème de la loi de stérilisation en Allemagne.

La loi de stérilisation et le mouvement scientifique provoqué par elle constituent un phénomène nouveau, inconnu jusqu'à présent dans l'histoire de la médecine. Ce phénomène possède sa grandeur et ses misères. Comme côtés positifs, faut reconnaître: le réveil de l'intérêt scientifique pour la constitution génétique et phénotypique, le développement d'une nouvelle branche de la science qui examine l'influence des gènes par l'observation des jumeaux monoovulaires, la naissance d'une nouvelle idée sur la mutation des gènes chez les descendants des parents traités par les rayons de Roentgen, la discussion sur les méthodes techniques de stérilisation et sur les questions médico-légales. Les côtés négatifs sont les suivants: la pensée médicale se laisse diriger par les autorités, le secret professionnel disparaît comme conséquence des déclarations obligatoires des maladies héréditaires, et, enfin, le danger pour la mentalité des médecins schématisés par le travail exigé d'eux pour dresser des arbres généalogiques de la morbidité.

TREŚĆ: E. SALITÓWNA. Próba uzasadnienia stosowania leczniczego wód mineralnych alkalicznych i słonych. — A. FARAGÓ i K. HASZLER. Wpływ promieni X na czynności komórek hodowanych sztucznie. — G. RACIAŻEK. Przypadek szorstkiej przepukliny płucnej. — S. HOPENSZTADT. O obecnym stanie terapii krótkofalowej. (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — J. KERMISZ. Lekarze i aptekarze w Lublinie na schyłku dawnej Rzeczypospolitej. (Dok.). — W. MIKUŁOWSKI. O zagadnieniu niemieckiej ustawy sterylizacyjnej. (Dok.). — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: E. SALIT. Essai de fondement de l'administration thérapeutique des eaux minérales alcalines et salines. — A. FARAGÓ et K. HASZLER. Recherches relatives à l'effet des rayons X sur les fonctions cellulaires dans les cultures des tissus. — G. RACIAŻEK. Un cas d'hernie pulmonaire spontanée. — S. HOPENSZTADT. L'état actuel de la thérapie par les ondes courtes. (Rev. gén.). — J. KERMISZ. Médecins et pharmaciens à Lublin au déclin de l'ancienne République Polonaise. (fin). — W. MIKUŁOWSKI. Le problème de la loi de stérilisation en Allemagne. (fin).

CENY OGŁOSZEŃ:

Okładka tytułowa złotych 300. — Inne okładki oraz ogłoszenia w tekście rezerwowane: cała strona złotych 160.—, pół str. zł. 85.—, ćwierć zł. 45.—

Ogłoszenia na miejscach nierezerwowanych: cała str. zł. 140.—, pół str. zł. 75.—, ćwierć str. zł. 40.—, ósma część str. zł. 25.—

Załączenie do całego nakładu wkładki reklamowej do wagi 20 gr. zł. 160.—