

# WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

ADRES REDAKCJI: Widok 9, m. 6 tel. 652-51.

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

Rok XIV

WARSZAWA, 26 SIERPNIA 1937 R.

Nr. 31-32

## Ś. p. HENRYK SOCHAŃSKI.

Henryk Sochański nie żyje. Ten niepospolity umysł odszedł od nas zbyt wcześnie. Zbyt wcześnie przestał wzbogacać nasze piśmiennictwo lekarskie swoimi oryginalnymi koncepcjami naukowymi. Ś. p. Henryk Sochański był naprawdę człowiekiem niezwykłym; medycyna, muzyka i astronomia wypełniały Jego życie całkowicie. Był to samotnik, asceta, zakonnik, trudno określić ten rodzaj człowieka, tak mało udzielającego się innym, a pogrążonego jedynie w ciągłej pracy twórczej. Jako internista, nigdy nie zajmował się praktyką prywatną i całą niepospolitą swoją wiedzę oddawał chorym klinicznym. Kiedy mówił o klinice, w której pracował tyle lat, ożywał się, oczy Jego nabierały jeszcze większego blasku.

Dorobek naukowy ś. p. Henryka Sochańskiego był bardzo duży i obejmował z górą 45 prac. Działalność Jego szła w kilku kierunkach, pracował nad zachowaniem się równowagi kwasowo-zasadowej w ustroju, interesował się układem wegetatywnym, a ostatnio ogłosił szereg prac, omawiających konstytucję ustroju. Trudno wyliczyć wszystkie ważniejsze spostrzeżenia, poczynione przez Zmarłego, wspomnę tylko o Jego próbie określania stężenia jonów wodorowych w cieczach ustrojowych oraz o próbie „Sochańskiego“, która stosowana jest ciągle zarówno w klinikach krajowych, jak i zagranicznych, a polega na odróżnianiu płynów przesiękowych od zapalnych.

We wszystkich działach medycyny, w których pracował, ś. p. Sochański wykazał oryginalne ujęcie sprawy, i niemal w każdej pracy spotykamy się z jego własnym i zupełnie nowym

światopoglądem. Przyszłe pokolenia lekarzy, które będą czytały prace ś. p. Henryka Sochańskiego, znajdą przede wszystkim bodziec, zachęcający ich do badań naukowych, gdyż w każdej pracy Zmarłego znać iskrę Bożą. Poza tym w pracach ś. p. Sochańskiego jest tak wiele twórczych myśli, że jeszcze przez lat wiele będą mogły służyć jako tematy do nowych prac naukowych.

Ś. p. Henryk Sochański pozostawił w polskim piśmiennictwie lekarskim niezapomniany nigdy ślad.

Ś. p. Docent Dr. Medycyny Henryk Sochański urodził się 8 września 1885 roku w Krakowie. Gimnazjum ukończył we Lwowie i w roku 1903 wstąpił na Wydział Lekarski Uniwersytetu Jana Kazimierza, który ukończył w grudniu 1909 roku. Już w styczniu 1910 roku zaczął pracować w Klinice Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Jana Kazimierza pod kierunkiem Antoniego Gluzińskiego, a w roku 1917 został mianowany starszym asystentem Kliniki. 28 czerwca 1922 roku został habilitowany jako docent chorób wewnętrznych. Wykładał rozmaite działy medycyny wewnętrznej, na szczególną zaś uwagę zasługiwały Jego wykłady o somatycznych typach ludzkich i właściwych im chorobach wewnętrznych.

Od trzech lat ciężko chorował i 9 maja r. b. dokonał pracowitego Żywota.

Zegnamy tego niezmordowanego pracownika-idealistę, który tak chwalebnie zasłużył się polskiemu piśmiennictwu lekarskiemu.

J. W.

## PRACE ORYGINALNE.

## Wykłady kliniczne.

Z Oddziału 1-szego Szpitala Anny Marii dla dzieci.  
(Ordynator: Dr. Tomaszewska).

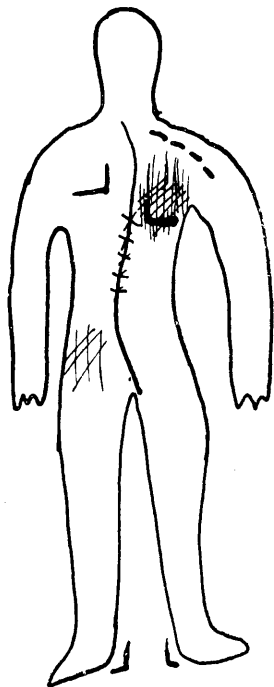
**Patogeneza i leczenie zmian statycznych kręgosłupa u niemowląt i dzieci wieku szkolnego \*).**

Podał

Dr. J. HANDZEL (Łódź — Iwonicz).

(Dok. — patrz Nr. 29-30).

Rozpoznanie zmian w kręgosłupie w tym to okresie i w okresie trzecim, zaczynającego się dojrzewania płciowego, o którym zaraz będziemy mówili, jest oparte na tych samych zasadach. Znowu powtórzyć należy: pacjent stoi w pewnej odległości, swobodnie, bez rozkazów (matki) „trzymaj się prosto”. Ręką przejeżdżając przez kręgosłup, wyczuwamy drobne odchylenia wyrostków ościstych, których szczyt markujemy za pomocą wacika z jodyną. Wszystkie szczegóły zaznaczamy i utrwalamy na rysunku według załączonego wzoru.



Prawy bark niższy, skrzywienie w kształcie litery S, krzyżki na kręgosłupie oznaczają punkty bolesne. Kifoza na wysokości pr. łopatki większa, w okolicy lędźwiowej l. mniejsza

Pr. wcięcie talii wyraźniejsze. Stopy płaskie.

Badamy w pozycji stojącej z przodu i z tyłu, każemy dziecku się schylić dla uwidocznienia zaostrego łuku żebrowego, będącego wyrazem torsji, zginięcie naprzemian kolan bez podnoszenia nogi z podstawy — wskazuje nam, czy komponenta lędźwiowa da się przez wkładkę korkową wyrównać, czy też nie. Z naciskiem podkreślić należy za Gaugelem i Haelstem, że w każdym przypadku należy zrobić zdjęcie rentgenowskie i to w pozycji stojącej i leżącej dla wykazania ewentualnych zmian w kręgosłupie, jak np. choroby Scheuermanna.

\*) Na podstawie odczytu wygłoszonego dn. 6.II.1937 r. Tow. Pediatr. w Łodzi.

Jak by naprzekór teorii o winie szkoły w powstawaniu skrzywień kręgosłupa, gromadzą się obserwacje, że niektóre dzieci przeszły właśnie szkołę obronną ręką, że kręgosłupy ich skrzywiły się dopiero po opuszczeniu murów szkolnych, a to z rozpoczęciem pracy zawodowej. Sprawę tę poruszył głównie Schanz i nazwał ją „Lehrlingskoliose“, co by odpowiadało polskiemu skrzywieniu terminatorów. Problemem tym zajęli się w ostatnich czasach Mau i Kochs, a także Richter. uczeń Schanza. Gros tych przypadków przypada, wg. nich, na okres powojenny i tłumaczy się gorszymi warunkami bytowania, a Schanz wypowiedział zdanie, że narastanie tych przypadków idzie w parze ze wzmożonym pędem do sportu, głównie do piłki nożnej. Objawy bólu, zmęczenia i t. d. klasyfikuje jako niewydolność kręgosłupa, będącą wynikiem nawarstwienia się wymienionych czynników na kręgosłup mniej wartościowy i mniej odporny.

Patogenezę tej postaci zupełnie inaczej tłumaczy Scheuermann, który w pracy swej z r. 1936 uzasadnia istnienie jednostki chorobowej, zwanej *kyphosis juvenilis*, jego nazwiskiem mianowanej. Praca ta jest wynikiem 10-cioletniego badania i obserwacji.

Zamiast Ollierowskiej rachitisme tardif z r. 1861 widzi Scheuermann przyczynę powstawania młodzieńczych kifozy w schorzeniu, analogicznym do *osteo-chondrosis Perthes-Calve-Legg*. Złe kostnienie, może zmiany nekrotyczne, albo wadliwe ułożenie brzegów trzonów kręgowych, zwanych *limbus*, mogą być przyczyną tej zmiany chorobowej, czyli dawać w rezultacie kifozę. Już po pół roku może dojść do zeszytywnienia tej zmiany statycznej. Hahn, Walter. Galeazzi popierają tę tezę.

Leczenie skrzywień kręgosłupa w przeważającej liczbie przypadków nie daje wyników zadowalających. Zaufanie do własnego działania zostaje zachwiane przez świadomość, że nie jest się w możności przeprowadzenia swoich zamierzeń. Przyczyna nie leży w tym, że nie mamy odpowiednich metod leczenia, każda bowiem z nich, konsekwentnie przeprowadzona, daje dobre rezultaty. Przyczyny tego niepowodzenia należy raczej szukać na płaszczyźnie organizacyjno-socjalnej. Dzieci do okresu szkolnego nie są ujęte odpowiednią kontrolą, a lekarze szkolni już za późno wychwytyją skrzywienia kręgosłupa, mianowicie wtedy, kiedy los dziecka jest już prawie że przypieczętowany.

Drugim punktem bolesnym jest ignorancja i lekomyślność opiekunów. Prawdą jest, że ich los jest czasem ciężki, ale my temu zaradzić nie możemy. I nasza sytuacja nie jest do pozazdroszczenia. Rzadko kiedy pediatra skazuje na leczenie tak długotrwałe, żmudne i kosztowne — co jest chlebem codziennym ortopedy. Trudno powiedzieć rodzicom, że gruźlica kostno-stawowa, że skrzywienie kręgosłupa, wrodzone zwichnięcie stawu biodrowego, czy inne zmiany układu kostno-stawowego dadzą się wyleczyć szybko, choćby najdroższym lekarstwem. Rodzice, zdetonowani naszymi zarządzeniami, pędzą od lekarza do lekarza, tracąc czas, potrzebny na leczenie. Niezupełnie bez winy

są i sami ortopedzi, którzy, nie chcąc zniechęcić pacjentów, czy ze względu na polecającego lekarza, traktują sprawę łagodniej i pobłażliwiej.

Cóż tedy robić należy? Z tego, co powiedziałem, wynika, że główną uwagę należy zwrócić na okres pierwszego dzieciństwa, to j. na pierwszy i drugi rok życia dziecka. Należałoby, na wzór poradni przeciwgruźliczej, urządzić poradnię przeciwkrzywicy (Czabana ówna), w której wszystkie te przypadki byłyby kontrolowane i odpowiednio leczone. Środki przeciwrachityczne mogą oddać duże usługi, tym bardziej, że dysponujemy obecnie czystą witaminą D<sub>2</sub>. Za Petenyim stosuje klinika Opitza duże, 50-iokrotne dawki tego środka. Przez zmagazynowanie tak dużej ilości środka leczniczego w organizmie dziecka rozciąga się działanie tego lekarstwa na dłuższy okres czasu.

Należy ponadto bezwzględnie nałożyć tłumik na ambicję i radość opiekunów i rodziców, że dziecko potrafi już w 6-tym, czy 7-mym miesiącu siedzieć, a w 9-tym, czy 10-tym stanąć na nogach. Murk Jansen w sposób bardzo dowcipny zakłada dziecku na okolicę pośladkową rodzaj kilofa, uniemożliwiającego dziecku siedzenie, a zmuszającego je do łożenia na czworakach, czyli do odciążenia kręgosłupa. Urządzenie to nosi dziecko do końca drugiego roku życia. Z całym naciskiem podkreślić należy, że zaobserwowane skrzywienie kręgosłupa należy traktować z taką konsekwencją i powagą, jak *spondylitis tbc*. Bardzo duże usługi oddaje nam w tym okresie łożeczko gipsowe, i należy je w każdym przypadku zastosować na dłuższy okres czasu mimo przesądu rodziców, a bardzo często i lekarzy. W poradni można by łożeczka takie sporządzać i z odpowiednimi instrukcjami dać je opiekunom dziecka do domu.

Skrzywienia u dzieci wieku szkolnego dzielimy na pierwszy stopień, bardzo lekki, drugi o wyraźnych zmianach, ale jeszcze elastycznym kośćcu, i na trzeci stopień o zmianach dużych, nie dających się korygować. Leczenie nasze skierowane jest głównie na pierwsze dwa okresy, gdyż poza gorsetem jesteśmy w trzecim stopniu prawie bezradni. Schemat, jaki podaje rodzicom, ma następującą kolejność: siedzenie, leżenie, wieszanie na płaszczyźnie pochyłej, noszenie książek, zakładanie odpowiedniego korka do bucika, masaż, gimnastyka — aparat (gorset) łożeczko gipsowe, gorset gipsowy. Dziecko winno siedzieć na odpowiednio wysokim krześle, przy pulpicie dosyć wysokim, o pochyłości około 25 stopni do płaszczyzny poziomej, nogi oparte na podnóżku, o wysokości 20 cm., celem wyrównania ewentualnej lordozy lędźwiowej. Leżeć ono musi na dość twardym materacu, cienka poduszeczka pod głową — a przez godzinę w ciągu dnia z wałkiem, podłożonym pod skrzywienia. Leżenie na płaszczyźnie pochyłej, z zawieszoną głową na pętli Glissona przez 20—30 minut w ciągu doby może oddać dobre usługi. Należy też zwracać uwagę na noszenie książek, zależnie od siedziby skrzywienia. Masaż, umiejętnie stosowany przez długi okres czasu, jest jednym z bardzo ważnych środków pomocniczych. Co do wszystkich dotychczasowych punktów nie ma kwestii spornych. Różnice zdań zaczynają się dopiero przy dalszym planie leczenia. Głównym terenem kontrowersji była i pozostała kwestia: gimnastyka, czy gorset? Kto naprawdę zna działanie gimnastyki leczniczej, kto potrafi gimnastykę odpowiednio prowadzić, przy jej indywidualnym zastosowaniu i dokładnej obserwacji dziecka, ten przyznać musi, że to leczenie czynne, kon-

sekwentnie przeprowadzone, ma bezsprzecznie prymat nad leczeniem biernym przy pomocy gorsetu. W przypadkach *insufficienciae vertebrarum*, choroby Scherermanna, czy u dzieci o typie Stillera należy baczyć, by dzieci nie przemęczać. W tych przypadkach używam elastometru Schadego, dającego mi dokładny obraz elastyczności tkanek i możliwość uchwycenia momentu zmęczenia, przy którym przerywam ćwiczenia. Szczególnie gimnastyka Klappa oddaje doskonałe usługi przez to, że możemy w pozycji łożenia na czworakach dokładnie uwzględnić wysokość i rozmiar skrzywienia i odpowiednio je korygować. Jeszcze w roku 1910 podał Fraenkel, jako asystent Biera, wyniki leczenia tą metodą, a w ostatnich latach, już jako profesor, stanął znowu w obronie tego rodzaju gimnastyki. Brugsch badał serca wszystkich chorých Fraenkla i wykazał lecznicze działanie gimnastyki łożącej u dzieci z funkcjonalnymi, a nawet lekkimi organicznymi zmianami serca.

Gorset potrafi tylko mechanicznie utrzymać efekt, uzyskany przy pomocy leczenia czynnego, ewentualnie może nieco wstrzymać rozwój wady w przypadkach, gdzie nie można przeprowadzić leczenia czynnego. W przypadkach cięższych stosujemy często gorset gipsowy. Hass np. zakłada gorset gipsowy, wycina odpowiednie okna w miejscach wklęsłych, a na wypukłych kładzie pod gipsem pelotki gumowe, do których wpompowuje powietrze. Równomierny ucisk powietrza ma korygować skrzywienie. Majnoni d'Intignano aparat ten odpowiednio zmodyfikował. Michel z kliniki Nove-Joseranda nakłada dwudzielny gips, do którego wmontowuje dwa żelazne ramiona, dające się rozciągać metodą Mommseńską. Wycho- dząc z rozmaitego założenia i obierając rozmaite punkty zaczeplenia, zakładali Haglund, Schede, Galeazzi, Steindler i Abbot rozmaitego rodzaju gorsety gipsowe, podają przy tym dobre wyniki, uzyskane przy pomocy swoich metod.

Dla uzupełnienia metod leczniczych zaznaczę, że istnieje też cały szereg rozmaitych metod operacyjnych, dążących do skorygowania skrzywień kręgosłupa drogą krwawych zabiegów. Jedni przecinali mięśnie po stronie wklęsłej, inni, jak Chlumsky, wytwarzali sztuczne blizny na skórze i w mięśniach na stronie wypukłej. Albee i Hibbs zastosowali i tu swoje metody operacyjne. Sauerbruch, a za nim chirurdzy rosyjscy wykonywali torakoplastykę lub wycinali żebra na wysokości garbu. Wittek wyłycezkowywał trzon kręgu, a niektórzy chirurdzy amerykańscy, na dwóch czy trzech posiedzeniach, wycinali kręgi na szczycie skrzywienia. Innych, mniej, czy więcej skomplikowanych metod operacyjnych nie będę wymieniał.

Chciałbym jeszcze Państwu przedstawić statystykę przypadków, leczonych w oddziale ortopedycznym naszego szpitala.

Zestawienie przypadków lecz. w szpit. Anny Marii dla dzieci od r. 1930 — do r. 1937.

|          |         |         |            |           | R O K |     |     |     |      |       |              | Leczenie     |     |
|----------|---------|---------|------------|-----------|-------|-----|-----|-----|------|-------|--------------|--------------|-----|
| Skoliozy |         | Ki-fozy | Dors-curv. | Ra-chitis | 1-2   | 2-4 | 4-6 | 6-8 | 8-10 | 10-14 | Łóż-ko Gips. | Masaż i Gimn |     |
| I.       | Stopnie | 431     | 135        | 11        | 7     | 8   | 11  | 40  | 85   | 45    | 270          | 12           | 551 |
| II.      | Stopnie | 100     | 8          |           |       |     | 4   | 12  | 11   | 24    | 62           | 17           | 95  |
| III.     | Stopnie | 92      | 8          |           |       | 2   | 1   | 3   | 9    | 28    | 77           | 57           | 87  |
| Razem    |         | 623     | 151        |           |       | 10  | 16  | 55  | 105  | 197   | 409          | 86           | 733 |

Z zestawienia powyższego widać, że liczba przypadków, leczonych w okresie od r. 1930 do 1937, jest dosyć duża. Na okres pierwszego dzieciństwa przypada w naszym zestawieniu mała liczba, z czego wynika, jak rzekłem powyżej, że na ten okres mało się zwraca uwagi. Fakt, że w skrzywieniach pierwszego stopnia stosowano rzadko leczenie łożeczkiem, też potwierdza niechęć rodziców do tego sposobu leczenia. Nadmienić należy, że pacjenci nasi przeprowadzali swoje leczenie niekonsekwentnie, czyniąc duże przerwy w leczeniu masażem, czy gimnastyką.

#### PIŚMIENNICTWO.

Deutschländer: M. m. W. 928. — Erlacher: Z. f. o. Ch. T. 59. H4. Fraenkel: M. m. W. 925. M. m. W. 910. Brugsch: M. m. W. 910.

Falk: Med. Klinik 925. Galeazzi: Arch. di Ort. 1924. Cjangele: Z. f. o. Ch. 57. H3. Haglund: Z. ort. chir. 1916. Harrenstein: Revue ort. 1934. Hahn: Kl. Woch. 922. Hanaussek: Revue ort. 934. Hass: Prakt. ortop. Springer 934. Le Roy; F. Smith: Surgery, Obstr. and Gyn. 939. Lavernicon: Arch. di Ort. 929. Majnoni D'Intignano: Revue ort. 934 i 935. Mann i Kochs: M. W. 923. Michel: Revue ort. 934. Murk Jansen: Revue ort. 934. Pusch Z. f. ort. Ch. 59. H4. Schade: M. m. W. 912. Schade: Z. f. ort. chir. 49 i 57. M. m. W. 933. i Reumaprobleme Thieme 929. Schanz: Prakt. ortop. Springer 928. Schulthes: Habuch für. ort. chir. Joachimsthal. Fischer 1907. Schepelman: Arch. f. ort. chir. B 23. H 3—4. Richter: M. m. W. 926. Tavernier: Arch. f. Belgique. de chir. 934. Walter: W. m. W. 923. Vulpins: D. m. W. 933. Wunderlich: Med. Ges. z. Leipzig 1935.

## Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Oddziału III Chorób Wewnętrznych Szpitala na Czystem w Warszawie.

(Ordynator: Dr. B. Jochweds).

### Badania kliniczne nad szybkością krwioobiegu metodą sacharynową Liana i Facqueta.

Doniesienie tymczasowe.

Podali

B. JOCHWEDS i A. WAJNGOT (Warszawa).

W poszukiwaniu pewnych i obiektywnych metod badania sprawności krążenia zatrzymaliśmy się nad próbą sacharynową, podaną przez autorów francuskich w 1935 r. Zachęciły nas do niej łatwość i bezpieczeństwo stosowania, obiektywność wyników i wreszcie taniść. Stosowaliśmy dożylnie 2 cm<sup>3</sup>. 33% roztworu sacharynianu sodu, przy czym czas zabiegu nie trwał dłużej, niż 2 sek. Wartość próby sprawdziliśmy na materiale ok. 200 dorosłych chorych, dotkniętych przeważnie niedomogą krążenia; w szeregu przypadków próbę powtarzaliśmy wielokrotnie, otrzymując w ten sposób krzywe zachowania się szybkości krążenia krwi.

Badania nasze pozwalają na wyprowadzenie nast. wniosków:

1. U osobników zdrowych oraz u chorych, nie obarczonych niewydolnością krążenia, szybkość krążenia wynosiła 12 do 16 sek. (w/g. Liana 10—16"). Jest to czas, w którym składnik smakowy przebywa drogę od żyły łokciowej poprzez prawe serce, krążenie małe i lewe serce do pętli naczyniowych dochodzących do zakończeń smakowych w języku.

2. Czas ten przedłuża się znacznie w niedomodze krążenia pochodzenia sercowego; w miarę poprawy skracca się, ale nawet w okresie względnej niedomogi jest dłuższy, niż u osobników zdrowych.

3. Niedomoga krążenia pochodzenia obwodowego (zapaść obwodowa, choroba B ü r g e r a, acrocyanosis) bez równoczesnego schorzenia mięśnia sercowego nie przedłuża „sacharynowego” czasu krążenia.

4. W niektórych przypadkach o niejasnej symptomatologii klinicznej próba sacharynowa posiadała wartość rozstrzygającą (wątpliwości co do pochodzenia obręzków lub duszności; bezbolesny zawał serca i t. d.) i poprzedzała wystąpienie pozostałych objawów niedomogi serca.

5. Ograniczenie powierzchni oddechowej płuc (odma, płyny w jamie opłucnej, rozległa gruźlica płuc) nie wpływa na szybkość krążenia.

6. W nadtarczyczności szybkość krążenia w przypadkach z wydolnym mięśniem sercowym wynosiła 8—9", z niewydolnym 15—18". Po operacji szybkość krążenia wracała do normy (np. z 9" do 15"). Również w przypadku „parabazedowa” „czas sacharynowy” wynosił 9".

7. Wysiłek u chorych z niedomogą serca zwalnia szybkość krążenia, obliczoną za pomocą próby sacharynowej, bardzo znacznie, u zdrowych natomiast, wzgl. u osobników niezdolnych do wysiłków z innych przyczyn, wartości powysiłkowe nie różnią się wiele od wartości spoczynkowych, ewent. wykazują nieznaczne wahania w jedną lub drugą stronę.

8. Badanie szybkości krążenia bezpośrednio po porodzie wykazało jedynie nieznaczne przyspieszenie w stosunku do wartości z okresu, poprzedzającego poród.

9. Narkoza eterowa przy prawidłowym uśpieniu i braku bezpośrednich powikłań sercowych nie wpływa na wynik próby sacharynowej.

10. W przebiegu leczenia naparstnicą lub strofantyną zachowanie się szybkości krążenia posiada duże znaczenie rokownicze oraz ułatwia ocenę stosowanej metody leczenia, poprzedzając nieraz inne kryteria kliniczne.

Z Oddziału chorób wewnętrznych szpitala św. Antoniego we Włocławku.

(Ordynator: Dr. W. Piasecki).

### Z kazuistyki chorób płuc.

Podał

Dr. M. LEŃSKI (Włocławek)

I.

#### Przypadek Pleuritis biexsudativa.

Chory K. D. lat 16, przybył do szpitala 14.X.1935 r. na operację wycięcia żebra. Chory podaje, że 5.X. zachorował wśród objawów gorączki i kłucia w prawym boku.

10.X. zawezwał lekarza rejonowego Ubezpieczalni Społecznej, który po zbadaniu stwierdził wysięk w prawej opłucnej.

14.X. lekarz, zawezwany powtórnie, dokonał nakłucia prawej opłucnej i wydobył kilka cent. sz. ropy. Wobec tego chory został skierowany na operację wycięcia żebra. Przed zabiegiem chirurg celem sprawdzenia rodzaju wysięku w jamie opłucnej dokonał nakłucia i zamiast ropy wydobył płyn surowiczy, który wypuszczono w ilości 700 cent. sz. 15.X. chory był przekazany



ny do oddziału wewnętrznego Dra Piaseckiego dla dalszego leczenia.

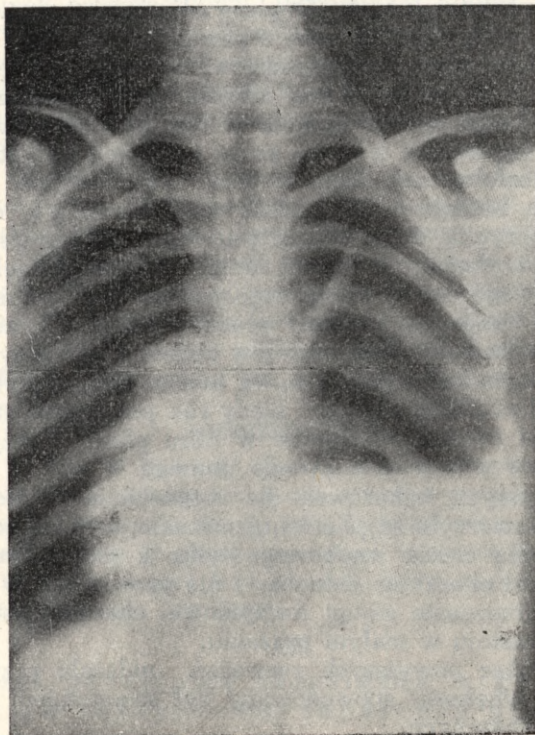
**Stan obecny.** Chory budowy prawidłowej, odżywiania upośledzonego. Skóra i widoczne błony śluzowe blade. Gruzdzy chłonne szyjne, pachowe i pachwinowe nie powiększone. Gardziel bez zmian. Temperatura 37,4. Tętno 96, miarowe, średnio wypełnione. Liczba oddechów na minutę — 30. Płuca. Nać prawym szczytem szorstki wdech, wydech nieco wydłużony. Pod kątem prawej łopatki przytłumienie, oddech i drżenie głosowe osłabione. W lewym płucu brak zmian szczególnych. Serce w granicach normy. Pierwszy ton nad koniuszkiem wzmocniony. Drugi ton nad tętnicą płucną z akcentem. Szmerów nie stwierdza się. Wątroba i śledziona niemacalne.

Mocz bez składników patologicznych. Krew: Hemoglobiny 62% (Sahli) C. czerwonych 3.350.000. C. białych 12.000 Indeks 0,9. Wzór Schillinga: B 0, E 0, Pał. 18, Segm. 49, Limf. 30, Mon. 3.

18.X. i 19.X. ciepłota rano 36,8; wiecz. — 38,5.

21.X. Nakłuciem od tyłu w 8 międzyżebżu wydobyto kilka cent. sz. ropy. W ciągu następnych dni gorączka podnosiła się i dochodziła wieczorem do 39,8°, rano spadała do 36,8°. Nakłuwanie prawej opłucnej było powtarzane wielokrotnie od tyłu i pod pachą. Zawsze udawało się wydobyć 2—5 cent. sz. ropy.

Prześwietlenie rentgenowskie. (Dr. W. Gołębiowski) wykazało, co następuje: Płuco prawe. Szczyt wolny, pole podobojczykowe nieco zamglone. Od 3 żebra od tyłu widoczne pasmo w postaci linii łamanej, przebiegającej ukośnie ku dołowi do 7-go żebra i tworzącej jakby komorę. Od wnętrza biegnie zrost ku górze. Na poziomie 7-go żebra od tyłu widoczna cienka warstwa powietrza. (Prawdopodobnie powietrze przedostało się do opłucnej po wypuszczeniu płynu surowiczego). Poniżej warstwa płynu z górną granicą w postaci linii poziomej. Płuco lewe bez zmian. Chory był przekazany do oddziału chirurgicznego, gdzie 2.XI. wykonano operację wycięcia odcinka 9 żebra, ropę z opłucnej wypuszczono i założono dren. Po operacji stan chorego zaczął się poprawiać, gorączka spadła. Ropa



Przypadek Pleuritis biexsudativa.

z opłucnej wydzielala się przez czas dłuższy. Chory wypisał się ze szpitala 17.XII. i leczył się ambulatoryjnie.

11.IV.1936 r. chory ponownie zgłosił się do szpitala z powodu ropnia poniżej rany operacyjnej. Ropień przecięto. Z prawej opłucnej ropa wydziela się w dalszym ciągu. Chory ma normalną ciepłotę, dobry apetyt i czuje się dobrze. Chory leczył się w szpitalu do 30.V.1936 r. Ropa z prawej opłucnej wydzielala się nadal, aczkolwiek w mniejszej ilości.

13.II.1937. chory zgłosił się do kontrolnego badania. Rana wciąż jeszcze nie zagojona, ropa wydziela się kroplami. Badanie płuc wykazało nieznaczne przytłumienie poniżej kąta łopatki, w miejscu przytłumienia oddech i drżenie głosowe nieco osłabione.

Zdjęcie rentgenowskie wykazało delikatny zrost biegnący od tyłu od 3-go żebra prostopadle w dół i sięgający do przepony. Chory czuje się dobrze, nie gorączkuje i wykonywa lekką pracę fizyczną. W początkach marca ponownie zgłosił się do badania kontrolnego. Wydzielanie ropy ustało, i rana zagoiła się zupełnie.

Jak widzimy, u naszego chorego w prawej opłucnej był wysięk dwu rodzajów: surowiczy i ropny. Płyn mogły się znajdować w oddzielnych komorach albo w dwóch warstwach, nie oddzielone żadną przegrodą.

Oba schorzenia są rzadkie. Druga postać spotyka się w ropnych wysiękach, wywołanych przez paciorkowce, i jest wielką rzadkością. West twierdzi, że ani razu nie widział tej postaci. (S. West. Diseases of the organs of respiration. Tłum. ros. str. 863). W 1931 r. Chawkin pod nazwą *Pleuritis biexsudativa* opisał dwa przypadki, należące do pierwszego typu. A. Chawkin *Pleuritis biexsudativa*. Klinическая Медицина 1931. Tom XIII. Nr. 5) W obu przypadkach stwierdzono dwa wysięki, surowiczy i ropny, które znajdowały się w dwóch różnych komorach.

Długi okres rozwoju choroby i wybitnie łagodny przebieg każą przypuszczać, że w obu przypadkach Chawkina wysięki były pochodzenia gruźliczego.

Co się tyczy naszego chorego, to, opierając się na badaniu rentgenowskim, możemy przyjąć, że różnorodne wysięki znajdowały się w dwóch komorach. Tło schorzenia, jak sądzić należy, nie jest gruźlicze. Wysięki ropne pochodzenia gruźliczego rozwijają się bardzo powoli, w ciągu miesięcy, a niekiedy i lat. Chorzy nie mają znacznych wzniesień ciepłoty i nie odczuwają wybitnej duszności. Niektórzy mogą nawet wykonywać lekką pracę fizyczną. A. Sokołowski przytacza przypadek Chełchowskiego, gdzie sprawa trwała dwa lata. Operację wycięcia żebra chorego znoszą źle.

U naszego chorego sprawa rozwinęła się ostro, i po upływie kilku dni przy próbnym nakłuciu stwierdzono ropę. Choroba przebiegała z wysoką gorączką. Operację chory zniósł dobrze. Z przytoczonego opisu widać, że cały przebieg choroby przemawia przeciw pochodzeniu gruźliczemu wysięku. Możemy również wykluczyć związek z zapaleniem płuca ponieważ przez cały czas choroby przy badaniu zarówno fizykalnym, jak i rentgenowskim nie stwierdzono ogniska zapalenia płuc.

W porównaniu z przypadkami Chawkina, gdzie choroba zaczęła się jako surowicze zapalenie opłucnej, i dopiero po kilku miesiącach stwierdzono obok surowiczego wysięku otorbiony wysięk ropny, wyróżnia się nasz przypadek tym, że obecność dwóch różnorodnych wysięków udało się stwierdzić w 10 dni po zachorowaniu. Przyczyna tkwi w odmiennej patogeniezie. W przypadkach Chawkina choroba rozwinęła się na tle gruźliczym, natomiast w naszym przy-



padku należy przyjąć, że choroba była wywołana przez drobnoustroje ropotwórcze.

A. Sokołowski (Wykłady kliniczne str. 69) i West (l. c. str. 864) opisują analogiczne przypadki pod nazwą zapalenia opłucnej wielokomorowego, co, według tych autorów, jest zdarzeniem bardzo rzadkim. W podręczniku chorób wewnętrznych Meringa nie ma wzmianki o tej postaci chorobowej. Również Bruns autor rozdziału „Pleuraerkrankungen“ w „Neue deutsche Klinik“ prawie zupełnie pomija całą sprawę milczeniem, wspominając jedynie, że zdarza się przypadki „*Pleuritis mixta*“ (Tom IX. str. 33).

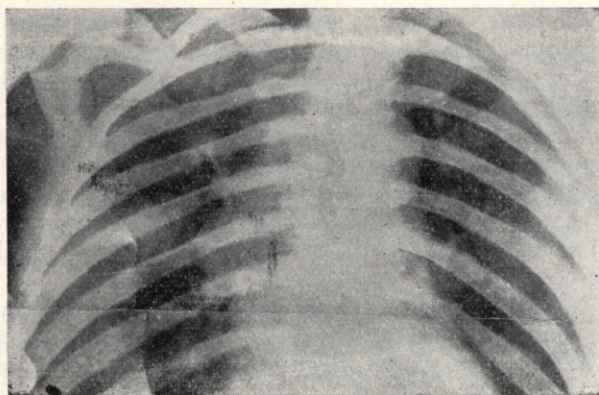
Nazwa „*Pleuritis biexsudativa*“, proponowana przez Chawkina, jest, jak sądzę, słuszna, ponieważ podkreśla najwybitniejszą cechę tego schorzenia, mianowicie obecność dwóch różnorodnych wysięków w jednej opłucnej. Natomiast dawniejsza nazwa „zapalenie opłucnej wielokomorowe“ nie określa własności płynów, zawartych w poszczególnych komorach. Z tego powodu użyłem nazwy „*Pleuritis biexsudativa*“ w opisie niniejszego przypadku.

## II.

### Przypadek pierwotnego raka płuc.

Wzrastająca w ostatnich latach liczba zachorowań na pierwotnego raka płuc zmusza do uwzględniania możliwości tego cierpienia w niejasnym przypadku. Jednakże przyżyciowe rozpoznanie pierwotnego raka płuc w praktyce napotyka często trudności... Zarówno skargi chorego, jak i objawy fizykalne ze strony płuc nie posiadają jakichś cech swoistych dla raka i cały zespół objawów może być tłumaczony, jako zależny od innej choroby płucnej. Niekiedy zmiany w płucach są nikłe, co jeszcze bardziej utrudnia rozpoznanie. Dopomaga nam czasem znalezienie przerzutów w innych narządach. Na ogół trafne rozpoznanie raka wymaga logicznego powiązania objawów w jedną całość. Niżej przytoczony przypadek jest dość charakterystyczny pod tym względem.

Chora G. lat 50, robotnica przybyła do oddziału 13.II.1936 r. z powodu ogólnego osłabienia i duszności. Zachorowała przed dwoma miesiącami. Zjawiała się duszność, która zmusiła chorą do porzucenia pracy. Z powodu ogólnego osłabienia, które nasilało się z dnia na dzień, chora zmuszona była położyć się do łóżka. Wkrótce dołączyła się chrypka, która utrzymuje się do dnia dzisiejszego.



Pierwotny rak płuc.

Stan obecny. Chora budowy prawidłowej, odżywiania podupadłego, o cerze ziemistej. Ciężota normalna, obręzków nie ma. Gruzoły chłonne, dostępne obmacywaniu, nie są

powiększone. Płuca. Odgłos opukowy nad prawym szczytem przytłumiony, poza tym wypuk jawny na całej przestrzeni obu płuc. Osluchowo w obu płucach wydech wydłużony. Serce. Granice normalne. Tętno głucho. Tętno 92, niemiernie, słabo wypełnione. Wątroba duża, twarda, sięgająca poziomu pępka, tkliwa na ucisk, o powierzchni gładkiej i brzoju ostrym. Śledziona niemała. Mocz C. g. 1018, odczyn kwaśny. Białka — ślad minimalny, poza tym norma. Krew: C. czerwonych — 3.150.000, C. białych — 5.800, Hemoglobina — 60%, Wskaźnik — 1, Wzór. Neutrofilów — 69%. Segmentowanych — 61%. Pałeczkowatych — 8%. Limfocytów — 29%. Przejściowych — 2%.

Odczyn Wassermanna we krwi ujemny.

Zdjęcie rentgenowskie wykryło powiększenie cienia węzkowego prawego płuca. Ze strony układu nerwowego brak odchyień od normy.

Stan chorej pogarszał się z dnia na dzień i po pięciu dniach pobytu w szpitalu chora zmarła.

W rozpoznaniu różniczkowym braliśmy pod uwagę cały szereg chorób.

Duszność, słabo wypełnione i niemiernie tętno, powiększenie wątroby, głucho tony serca przemawiały za zwyrodnieniem mięśnia sercowego. Jednakże szereg innych objawów, występujących u naszej chorej, jak chrypka, charłactwo, cera ziemista i powiększenie cienia prawej wnęki, nie dały się ułożyć w ramy zwyrodnienia mięśnia sercowego i wysunęły myśl, że niedomoga sercowa jest tylko schorzeniem drugorzędym na tle choroby zasadniczej.

Duszność i chrypka mogły budzić podejrzenie istnienia tętniaka tętnicy głównej. Co prawda, dane przedmiotowe badania fizykalnego nie przemawiały za takim rozpoznaniem gdyż brak było charakterystycznych objawów (tętnienie w dołku jarzmowym, szmer skurczowy nad zastawkami aorty, objaw Oliver - Cardarelli). Nie jest to jednak bezwzględnie konieczne. Skłodowski ogłosił np. w 1936 r. przypadek tętniaka aorty u młodego człowieka, u którego dokładne badanie fizykalne nie mogło stwierdzić zmian, cechujących tętniak aorty. Dopiero zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej, dokonane z powodu podejrzenia gruźlicy płuc, wykryło niespodziewanie obecność tętniaka aorty. U naszej chorej zdjęcie rentgenowskie nie dało żadnego punktu oparcia w tym kierunku, wobec czego rozpoznanie tętniaka aorty mogliśmy odrzucić.

Morfologiczne badanie krwi dało możliwość wyłączenia niedokrewności złośliwej. Charłactwo, duszność i chrypka, duża, twarda wątroba, a przede wszystkim stwierdzenie na zdjęciu rentgenowskim powiększenia prawego cienia węzkowego przemawiały za nowotworem (zapewne rakiem) płuca prawego z przerzutami do wątroby. Duszność jest objawem wczesnym w pierwotnym raku płuc i bywa nieraz bardzo wybitna już w początkach choroby, kiedy rak jest jeszcze mały. Chrypka również występuje w raku płuc i zależy od porażenia nerwu krtaniowego dolnego.

Cennych wskazówek dla rozpoznania różniczkowego dostarczyło zdjęcie rentgenowskie, wykazując powiększenia cienia węzkowego tylko z jednej strony. Cięż miał charakter jednolity i nie przechodził w szerokie, drzewiaste smugi naczyniowe, charakterystyczne dla zastojów w małym krążeniu.

Wobec powyższych rozważań należało przyjąć, że cięż węzkowy spowodowany był schorzeniem gruczolów chłonnych.

Gruźlicę, białaczkę i ziarnicę złośliwą można było wyłączyć wobec braku charakterystycznego zespołu



objawów w obrazie klinicznym. Należało tedy sądzić, że powiększony cień wętki mógł być wywołany jedynie przez nowotworowo zmienione gruczoły chłonne.

Rozumowanie powyższe wiązało się logicznie z objawami klinicznymi, a zwłaszcza z dużą, twardą wątroba, która sama przez się budziła podejrzenie, że jest siedliskiem przerzutów rakowych. Wiadomo bowiem, że pierwotny rak płuc daje bardzo często przerzuty do wątroby. Według Prof. Orłowskiego odsetek wynosi 35—45%.

Badanie zwłok potwierdziło rozpoznanie. Gruczoły wętkowe były znacznie powiększone. Duża, twarda wątroba o powierzchni gładkiej na przekroju cała była usiana przerzutami nowotworowymi rozmaitej wielkości. W innych narządach zmian nowotworowych nie stwierdzono.

Badanie histologiczne wycinków z wątroby i gruczołów wętkowych wykazało „utkanie raka drobnowalcowatokomórkowego (*carcinoma microcytindrocellulare*), pochodzącego najprawdopodobniej z oskrzela (Zakład Anat. Patol. U. J. P. L. p. 15232).

W naszym przypadku rak widocznie usadowił się w oskrzeli mniejszego kalibru, nie wywołując większych zmian w płucu, natomiast dał odrazu przerzuty do gruczołów wętkowych i wątroby. Fakt ten tłumaczy nam stwierdzenie nikłych objawów przedmiotowych ze strony płuc.

Na zakończenie chciałbym zwrócić uwagę na niektóre osobliwości opisanego przypadku. Przede wszystkim uderza szybki rozwój choroby. Zejście śmiertelne nastąpiło w dwa miesiące po wystąpieniu pierwszych objawów podmiotowych. W opisanych przeze mnie w 1936 r. dwóch przypadkach pierwotnego raka płuc choroba trwała 5—14 miesięcy. Szybkie zejście śmiertelne należy chyba kłaść na karb wczesnego zajęcia wątroby przez przerzuty nowotworowe, które zniszczyły prawie cały miąższ tego narządu. Zasługuje na podkreślenie brak gorączki u naszej chorej. W poprzednich dwóch przypadkach raka płuc choroba również miała przebieg bezgorączkowy. Wspominam o tym, bowiem niektórzy autorzy podkreślają występowanie u tego rodzaju chorych podniesień ciepłoty. Profesor W. Orłowski stwierdził gorączkę u swoich chorych w 75%. To samo dało się zauważyć w materiale Kliniki Wileńskiej.

W obrazie krwi często występuje mierna hiperleukocytoza. U poprzednich dwóch naszych chorych stwierdziliśmy wzrost liczby leukocytów, mianowicie 9000 i 13.000, aczkolwiek temperatura była normalna. Przy braku gorączki objaw ten może się okazać bardzo cenny dla rozpoznania różniczkowego. Hiperleukocytoza nie jest jednakże objawem stałym. U naszej chorej liczba leukocytów nie przekroczyła poziomu normalnego.

#### PIŚMIENICTWO.

1) Prof. W. Orłowski: Choroby narządu oddechowego. Str. 189—209. 2) M. Werkenthin: Cienie wętkowe prawidłowe i patologiczne. Medycyna Nr. 1. 1933. 3) Skłodowski: Przypadek tętniaka aorty u 20 letniego mężczyzny. Medycyna Nr. 1. 1936. Str. 29. 4) Dr. Leński: Dwa przypadki pierwotnego raka płuc. Nowiny Lekarskie 1936. Zeszyt 7.

#### III.

**Odma piersiowa samoistna w przebiegu septycznego zapalenia płuc.**

Samoistna odma piersiowa może powstać w wyniku urazu klatki piersiowej, schorzenia płuc albo

wreszcie na skutek przedziurawienia opłucnej przez sprawę nowotworową, toczącą się w przełyku albo żołądku.

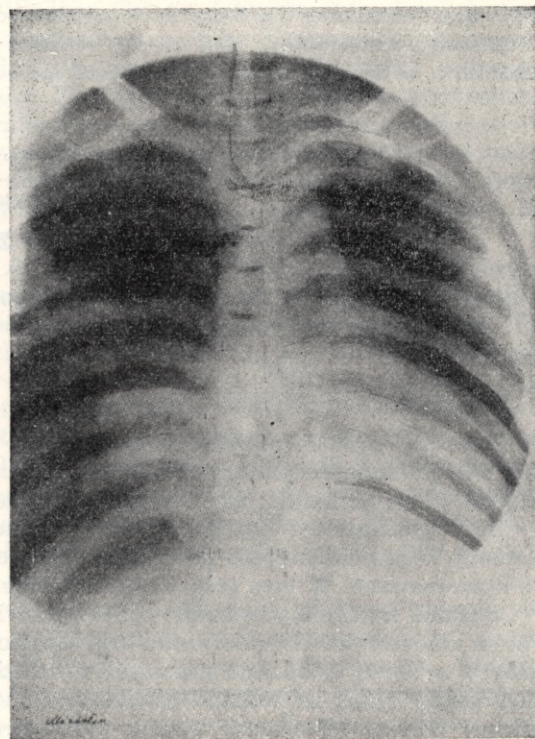
Z chorób płuc pierwsze miejsce zajmuje gruźlica. Jak wykazuje statystyka, 80—90% przypadków odmy piersiowej samoistnej nieurazowej jest pochodzenia gruźliczego. Przyczynami wywołującymi mogą być również zgorzel i ropień płuc, jako też ropniak opłucnej, przebijający się do płuca. Co do zapalenia płuc płatowego i odoskrzelowego, to mogą one spowodować odmę piersiową w razie septycznego charakteru tych schorzeń. Na ogół jest to zjawisko rzadkie, co zgodnie podkreślają Sokołowski i West.

Francuscy autorzy Aubertin, Lereboullet i Pergola (Paris med. 1936 Nr. 7 ref. Medycyna 1936, Nr. 18), opisali dwa przypadki odmy piersiowej w przebiegu zapalenia płuc.

W polskim piśmiennictwie Uryson (Medycyna 1935. Str. 174) opisał analogiczny przypadek, który dotyczył chorego na ciężką cukrzycę.

W niżej opisanym przypadku odma samoistna wiłąła płatowe septyczne zapalenie płuc.

Chory J. M. lat 17 przybył do oddziału wewnętrznego 3.IV.1936 r. Zachorował nagle przed dwoma tygodniami wśród objawów gorączki i bólu w stawach.



#### Odma piersiowa samoistna.

Stan obecny. Budowy prawidłowej, odżywiania średniego. Język podsychający, obłożony szarym nalotem. Temperatura 38,6—39,8. Tętno 112 na minutę, miarowe, średnio wypełnione. Liczba oddechów na minutę 36. Płuca. W prawym płucu poniżej kąta łopatki stwierdza się wypukiem lekko przytłumienie. Osluchowo w obrębie 4—6 żebra od przodu tarcie opłucnowe. Lewe płuco, bez zmian. Serce w granicach prawidłowych. Akcja serca miarowa. Nad koniuszkiem podmuch skurczowy. Wątroba powiększona, wystaje z pod łuku żebrowego na 2 palce, nieco tkliwa na ucisk. Powierzchnia gładka, brzeg zaokrąglony. Śledziona niemacalna. Stawy. Przy badaniu stwierdza się obrzmienie i bolesność następujących stawów:



1) prawego barkowego, 2) prawego łokciowego, 3) lewego biodrowego, 4) lewego kolanowego. Udo i podudzie lewe obrzękłe i bolesne na ucisk.

W ciągu dni następnych od 4.IV.—6.IV. temperatura wahała się w granicach 38—39,5°.

7.IV. Chory narzeka na kłucie w prawym boku. Przy badaniu stwierdza się wypukie stłumienie poniżej kąta prawej łopatki. Osluchowo w obrębie stłumienia oddech oskrzelowy i wzmożenie szeptu.

Plwocina śluzowo ropna, rdzawa. W rozmazie liczne pneumokoki i gronkowce. Prątków Kocha nie znaleziono. We krwi stwierdzono leukocytozę, 10.200.

13.IV. W dolnej części uda lewego stwierdza się chęłbotańie: W dolnym płacie prawego płuca oddech oskrzelowy znikł, zjawily się trzeszczenia.

14.IV. Wobec zebrania się ropy w dolnej części uda chory przeniesiony został do oddziału chirurgicznego, gdzie dokonano operacji w uśpieniu balsoformowym. Stwierdzono obecność ropy głęboko przy kości. Ropę wypuszczono i ranę zatamponowano.

17.IV. Chory dostał nagle gwałtownego bólu w prawej połowie klatki piersiowej. Tętno 112 na minutę, słabo wypełnione. Liczba oddechów na minutę 42. Temperatura 39°. Przy badaniu prawego płuca stwierdzono, co następuje: Od przodu: Do 4-go żebra wypuk jawny z odcieniem bębennowym. Od 5 do 9 żebra wypuk wybitnie bębennowy. Oddech od 4 żebra posiada wyraźny odcień metaliczny. Od 5-ego do 9-go żebra oddech wybitnie dzbanowy (amforyczny). Od tyłu. Poniżej kąta łopatki stłumienie, w części przylegającej do kręgosłupa oddech

oskrzelowy z wielkimi trzeszczeniami. Między linią łopatkową a pachową tylną oddech miejscami osłabiony, miejscami z odcieniem amforycznym. Lewe płuco bez zmian szczególnych. Uderzenie koniuszkowe serca w V-iej przestrzeni międzyżebrowej o 1 palec w lewo od linii środkowo - obojczykowej. Prześwietlenie rentgenowskie płuc wykazało następujące zmiany. (Dr. W. Gołębiowski). Płuco prawe: Szczyt wolny. Pomiędzy 1-szym a 3-cim żebrem od przodu bania powietrzna. Od 3-go żebra ku dołowi pole zamglone. W części, przylegającej do kręgosłupa, jednolite zacinienie o znacznym nasyceniu. Od 4-ego żebra od tyłu kilka zrostów, biegnących w dół.

22.IV. Chory nadal gorączkuje, czuje się bardzo osłabiony. Pod prawą łopatką wybitne stłumienie z osłabieniem oddechu i drżenia głosowego. 27.IV. dokonano nakłucia w 8-ym międzyżebżu od tyłu, które stwierdziło obecność ropy w opłucnej. W stanie bardzo ciężkim rodzice zabrali chorego do domu.

Jak widzimy z opisu przypadku, odma piersiowa samoistna powstała na tle septycznego płatowego zapalenia płuc. Główną rolę odgrywała zapewne kruchość tkanki płucnej, dotkniętej zapaleniem o charakterze septycznym.

Drugim momentem sprzyjającym były zrosty, które uwidocznione są na zdjęciu rentgenowskim.

Napinając się przy kaszlu, mogły ułatwić pęknięcie schorzałego odcinka płuc.

Wysięk ropny dołączył się dopiero po kilku dniach, przeistaczając odnę piersiową w odnę ropno — powietrzną (*pyopneumothorax*).

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Pod kierunkiem M. GANTZA.

### Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

#### O nowotworach, dających się przenosić za pomocą przesączów bezkomórkowych \*).

Podał

Dr. Leontyn DMOCHOWSKI (Warszawa).

We wrześniu 1936 r. odbył się w Brukseli II-gi międzynarodowy Kongres przeciwrakowy. Organizacja tego kongresu była odmienna, niż zwykłych kongresów naukowych. Organizatorzy Zjazdu postawili sobie za zadanie, ażeby Zjazd dał niejako przekrój współczesnej wiedzy o nowotworach. W tym celu wszystkie przedpołudnia — a Zjazd trwał cały tydzień — były poświęcone referatom zbiorowym. Na referentów zaproszono badaczy, którzy w danej dziedzinie pracowali od dłuższego czasu i którzy mieli za zadanie oświetlenie choćby subiektywne danego kierunku. Ażeby zaś zapewnić obiektywne i wszechstronne oświetlenie, większość tematów została powierzona 2—3 referentom. Tak, na przykład, zagadnienie serodiagnostyki nowotworów zostało oświetlone przez L. Hirszfelda z Warszawy, Rondonię z Mediolanu i Rio Hortege z Madrytu; Cook ze swoimi współpracownikami omawiali swoje klasyczne już badania nad chemią ciał rakotwórczych, Bors i Murphy mówili o ciałach, wytwarzających i hamujących wzrost, Kreyberg i Lynch — o czynnikach dziedziczności, Fischer-Wassers i Reding o dyspozycji do

nowotworów i t. p. W ten sposób powstał tom prac nad nowotworami, a który, można bez przesady powiedzieć, jest skarbnicą, z której czerpać można obecnie nie tylko fakty, ale idee i kierunki. Niestety, tom ten — być może ze względu na jego wysoką cenę — jest prawie że nieznanym. Referaty o zjeździe w takim skrócie omawiają obrady, że nie oddają całego bogactwa wygłoszonych myśli. I dlatego wydaje się wskazanim, ażeby poszczególne referaty, które są niejako oddzielnymi rozdziałami współczesnej rakologii, zostały omówione szczegółowo.

Dzisiaj pragnąłbym omówić referaty Gyea z Londynu i Pentimalli z Florencji „O przenośnych czynnikach rakotwórczych“.

W 1911 roku Peyton Rous stwierdził, że mięsak wrzcionowato-komórkowy kury domowej daje się ze zwierzęcia na zwierzę przenosić przy pomocy przesączów wolnych od komórek nowotworowych. Nowotwór ten znany jest w literaturze jako *sarcoma Rousa* lub też jako nowotwór *Rockefellera* Nr. 1. Rous i jego współpracownicy zajęli się z kolei zbadaniem własności innych nowotworów u kur, jak również zagadnieniem, czy nowotwory, otrzymane przez zastrzykiwanie przesączów bezkomórkowych, są identyczne z nowotworami macierzystymi oraz charakterem czynnika, działającego w przesączach bezkomórkowych.

W przeciągu 6 lat autorzy ci zbadali około 40 nowotworów u kur domowych. Z tych nowotworów tylko 5 udało się przenosić na inne kury przy pomocy zawieszin komórkowych lub komórek wysuszonych, glicery-

\*) Według referatów Gyea i Pentimalliego, wygłoszonych na Międzynarodowym Zjeździe Przeciwrakowym w Brukseli w r. 1936.



nowanych, jako też przy pomocy przesączów bezkomórkowych. Wszystkie te nowotwory były mięsakami. Histologicznie zaś przedstawiały się jako typ wrzecionowatokomórkowy, *osteochondrosarcoma* oraz jako *sarcoma* o charakterze wewnątrzkanalikowym. Różniły się zaś między sobą stopniem wzrostu oraz miejscami, do których dają przerzuty. Rous i Murphy stwierdzili, że nie ma żadnych różnic klinicznych, biologicznych oraz patologicznych między macierzystymi nowotworami a nowotworami, wywołanymi przez ich przesącze bezkomórkowe. Co do charakteru czynnika, działającego w przesączach, Rous i jego współpracownicy stwierdzili, że ma on charakter ultramikroskopowy, hodowle tego czynnika *in vitro* nie udawały się. Czynnik ten działa tylko w miejscu zastrzyknięcia. Ogrzewanie w temperaturze 55°C. przez 15 minut niszczy go podobnie, jak środki dezynfekcyjne. Niektóre kury oraz kurczęta okazały się odporne na zastrzykiwanie przesączów, jednak niektóre kury, odporne na zastrzykiwanie przesączów, nie były odporne na przeszczepianie zawieszin komórkowych. Rous wykazał, że przesączalne nowotwory nie są zaraźliwe, hodując kury nowotworowe ze zdrowymi. John Hosford w pracowni Gye'a wykazał, że po usunięciu wczesnym guzków, powstających po zastrzyknięciu przesączu mięsaka Rousa, można ochronić kury przed przyjęciem się u nich mięsaka do czasu, gdy komórki nowotworowe nie dostały się do układu limfatycznego.

W ciągu ostatnich 10 lat zajmowano się szczegółowo sprawą nowotworów przesączalnych w szeregu krajów, szczególnie w Ameryce, Anglii i Japonii. Opisano cały szereg nowotworów u kur o charakterze przesączalnym. Wszystkie te nowotwory są mięsakami. Naprzykład: Mill Hill Nr. 1 — jest mięsako-włóknikiem. Drugi Rhodes Farm Nr. 4 — jest mięsakiem wielopostaciowym. Oberling i Guerin, Furth badali nowotwory, związane z białaczką. Fujinami (1930) przeszczepiali nowotwory, jak: *chondroma*, *chondrosarcoma*, *osteosarcoma*, *fibrosarcoma*. Gye'owi i współpracownikom udało się odwirować ten czynnik z przesączu przy 15.000 obrotów w przeciągu 30 minut. Elford i Andrewes przy pomocy przesączania przez odpowiednie błony wykazali, że wielkość czynnika działającego wynosi 0,1 mikrona. Również udało się oddzielić czynnik działający od białka przy pomocy absorpcji glinem, tak, że przy pomocy najczulszych metod nie można wykazać obecności białka. (Podobne metody zostały użyte w zarazie racie i pyska. Zarazek choroby racie i pyska jest mniejszy od czynnika działającego w przesączach bezkomórkowych u nowotworów, który znów jest mniejszy od wirusa ospy). Ostatnio McIntosh uzyskał przy pomocy wirowania na 50.000 obrotów zupełne oddzielenie czynnika działającego z przesączów. Tak, że płyn ponad osadem był zupełnie nieczynny. W 1917 r. Rous, uodporniając gęsi przesączami z mięsaka Rousa, otrzymał przeciwciała, zobojętniające przesącz. Powstało pytanie, czy przeciwciała te są odpowiedzią na *agens* czynny w przesączu, czy też na białko kury, t. zn. czy czynnik ten jest pochodzenia wewnętrznego, czy też zewnętrznego. Jeśli jest pochodzenia białkowego, to przeciwciała te nie mają większego znaczenia, jak sądzi większość badaczy.

Gye uodporniał kaczki, króliki, kozy i konie wyciągami z tkanek dojrziałych kur, krwią i tkankami embrionalnymi oraz badał moc zobojętniającą surowic w porównaniu z normalnymi surowicami kontrolnymi.

Jeśli surowice te odpornościowo zinaktywować, to nie wywierają one żadnego działania zobojętniającego na przesącze mięsaka Rousa, aczkolwiek precypitacja występuje. Gdy jednak dodamy komplement świnki morskiej — to po 1 godzinie w temperaturze 37°C. mieszanina traci zdolność wywoływania nowotworów. Surowice te przez absorpcję przy pomocy tkanek embrionalnych tracą swe przeciwciała zobojętniające. Wstrzykując przesącze mięsaka, otrzymywał w surowicy przeciwciała, działające w nieobecności komplementu. Surowic tych nie można było wyabsorbować przy pomocy zwykłych tkanek kury. Wskazywałoby to, według Gye'a, na zewnętrzne pochodzenie działającego czynnika przesączu.

Fujinami przenosił *myxosarcoma* w postaci przesączów zarówno na kurczęta, jak i kaczęta. Surowice odpornościowe gęsi, otrzymane przez uodpornianie przesączami *myxosarcoma*, zobojętniają zarówno przesącze z nowotworów kurczęcia, jak i kaczęcia w nieobecności komplementu. Surowice zaś, otrzymane przez uodpornianie przesączami z normalnych tkanek kurczęcia, zobojętniają tylko przesącze mięsaka kurczęcia w obecności komplementu, nie działają zaś zupełnie na mięsaka kaczęcia. Podobne działanie wykazują surowice, otrzymane przez uodpornianie przesączami z normalnych tkanek kaczęcia.

Według Gye'a fakt, że surowica zobojętnia zarówno przesącze mięsaka kurczęcia, jak i kaczęcia, ma świadczyć o zewnętrznym pochodzeniu czynnika działającego. Zresztą, przy rozpatrywaniu pochodzenia tego czynnika Gye stoi na mylnym stanowisku, że nie można wywołać przeciwciał, skierowanych przeciwko tkankom własnego ciała, z wyjątkiem soczewki (patrz Ref. L. Hirschfelda na Międzynarodowym Zjeździe Przeciwrakowym w Brukseli 1936 r.).

Andrewes stwierdził obecność przeciwciał u kur z mięsakiem Rousa. Przeciwciała te wywierają działanie, zobojętniające przesącze mięsaka. Podobne przeciwciała stwierdził on u kur z mięsako-włóknikiem Mill-Hill Nr. 1. Ledingham i Gye badali aglutyniny u kur z mięsakami. Przesącze z mięsaka Rousa odwirowywali na wysokich obrotach, pozostałość przemylali i zawieszali w małej ilości w soli. Do tego dodawali kropelki surowicy w różnych rozcieńczeniach i badali na szkiełku po 24 godzinach. W ten sposób stwierdzili obecność swoistych aglutynin we krwi kur.

Co się tyczy roli, jaką odgrywa czynnik działający w przesączach w etiologii nowotworów, to należałoby zacytować Ewinga i Cramera, którzy twierdzą, iż w etiologii nowotworów odgrywają rolę 2 czynniki: *remote* i *proximate*. *Remote* miałyby być czynniki, powodujące przemianę komórki normalnej w nowotworową, zaś *proximate* czynniki, powodujące utrzymanie cech złośliwości komórki. Według Gye'a, do czynników pierwszej grupy należy smoła oraz jej pochodne, do czynników drugiej grupy — czynniki, działające w przesączach komórkowych, t. zn. wirusy.

Próbowano więc nowotwory smołowe u kur, otrzymane przez zastrzyknięcie podskórne lub domięśniowe preparatów smołowcowych, przenosić przy pomocy przesączów bezkomórkowych. Z próbami tymi związane są nazwiska autorów, jak Russel, Murphy, Peacock, McIntosh, Gye, Purdy, Mellanby oraz szereg innych. Dotychczas udało się to jedynie McIntoshowi.

Nowotwory, wywołane przy pomocy smoły lub



dibenzantracenu u kur, nie różnią się niczym od nowotworów, występujących samoistnie u kur, natomiast przenosić je można, z wyjątkiem przypadku *Mc Intosha*, jedynie przy pomocy zawiesiny komórkowej. Być może, *Mc Intosh* zawdzięcza swój sukces obecności białaczki u kur. Mianowicie *Oberling* i *Guerin* wykazali, co zostało potwierdzone w badaniach, przeprowadzonych przez *Furtha*, *Meyera* i *Holma*, że czasami przy pomocy tkanki białaczkowej wywołać można drogą podskórnego zastrzyknięcia mięsaki u kur, dające się przenosić przy pomocy przesączów, pozbawionych komórek. Czy w sposób podobny możnaby tłumaczyć przypadek *Mc Intosha*, nie jest rzeczą pewną.

Royal Cancer Hospital w Londynie ogłosił podobny przypadek z nowotworem, wywołanym u myszy przez 1—2—5—6 dibenzantracen, mianowicie, gdy po 200—250 dniach nowotwór przyjmuje się u myszy po zastrzyknięciu podskórnym, następuje zwiększenie liczby białych ciałek krwi, zwiększenie liczby limfocytów, jak również zwiększenie liczby komórek szpikowych oraz przerost śledziony. Ciekawą jest rzeczą, że przy pomocy przesączów tego mięsaka udało się pięciokrotnie wywołać identyczne nowotwory, przebiegające z białaczką.

Dlaczego reszty nowotworów, wywołanych przez smołę oraz czynniki podobne, nie można przenieść w sposób podobny?

Sprawą tą zajęli się *Andrewes*, *Foulds* i *Gye*. *Andrewes* znalazł, że nowotwór smołowy *Mellanbyego* u kur przenieść można na bażanty, we krwi zaś tych bażantów wykazał on przeciwciała, zobojętniające przesącze mięsaka *Roussa* u kur.

*Foulds* uodparniał króliki przesączami przez świecę *Berkefelda* nowotworu dibenzantraceno-owego i stwierdził, że surowice odpornościowe króli zobojętniają przesącze mięsaka *Roussa*, i to w nieobecności komplementu. Własności te nie znikają po absorpcji normalnymi tkankami.

Jak wytłumaczyć sobie, że nieczynne przesącze nowotworów smołowych wywołują przeciwciała, zobojętniające czynne przesącze mięsaków u kur? *Gye* uważa, że czynnik działający zawarty jest w tych przesączach w postaci nieczynnej. Wracając do prac *Oberlinga* i *Guerina*, wynik ich tłumaczy *Furth* obecnością dwu szczepów wirusów. Mianowicie odróżnia on szczep czysty *Rous sarcoma* Nr. 1 i czysty szczep wirusa *erytroleucosis* of *Járma*. Szczepy te mogą występować oddzielnie lub wspólnie, tak, że w przypadku *Oberlinga* i *Guerina* mielibyśmy do czynienia ze szczepem mieszanym.

Należałoby obecnie wspomnieć o brodawczaku *Shopea*, występującym u dzikich królików, który również udaje się przenosić przy pomocy przesączów. Zaznaczyć trzeba, że schorzenie to jest schorzeniem infekcyjnym, rzecz niespotykana w nowotworach.

*Rous* i *Beard* zauważyli, że brodawczak ten przechodzić może u królików domowych w raka skór- nego po 1—2 lat (z 6-ciu króli zauważyli podobno zmiany w 5-ciu przypadkach). Rak ten daje przerzuty do sąsiednich gruczołów chłonnych, następnie zaś do płuc.

We krwi tych zwierząt odkrył *Rous* przeciwciała, zobojętniające przesącze czynne brodawczaka *Shopea*.

Dotychczas nie udało się przenieść przy pomocy przesączów bezkomórkowych guzów smołowcowych na uszach królików, oraz nie udało się wykazać związku immunologicznego między nimi a brodawczakiem *Shopea*. *Rous* zastrzykiwał do żyły nogi królikom z guzami smołowymi na uszach przesącze brodawczaka *Shopea* i zauważył, że po 2 tygodniach brodawki stawały się mięsiste, nacieczone oraz rozsiewały się na większej przestrzeni. Powstawały raki, zwierzęta zaś padały na *carcinosis fulminans*.

*Gye* wyraża się o tym fakcie w sposób obrazowy, mówiąc, że smoła przygotowuje niejako glebę dla ziarna wirusów.

Na końcu wspomnieć należy o *adenocarcinoma* nerki żaby (leopard frog) *Luckego*, który daje przenosić się przy pomocy przesączów bezkomórkowych, i, co ciekawsze, po zastrzyknięciu podskórnym przesącza nowotworu, nowotwór ten powstaje nie w miejscu zastrzyknięcia, lecz w nerce.

Badania nad czynnikami rakotwórczymi przenośnymi rozwinęły się w 2 kierunkach. Jeden kierunek byłby to kierunek wyżej przedstawiony. Nie jest naszym zamiarem przedstawiać poglądy wszystkich zwolenników oraz przeciwników teorii wirusów w nowotworach, gdyż przekroczyłoby to znacznie ramy dzisiejszego referatu. Chodziło nam tylko o przedstawienie wszystkich nowotworów, dających się przenosić przy pomocy przesączów bezkomórkowych na podstawie referatu *Gyea* na międzynarodowym zjeździe rakowym w Brukseli.

Dlatego chcę tylko wspomnieć o poglądach *F. Pentimalliego*, wygłoszonych w Brukseli w jego referacie „O czynnikach rakotwórczych przenośnych”. Uważa on, że nie mamy dziś jeszcze dostatecznych dowodów istnienia wirusa, jego rozmnażania się poza komórką, wzgl. istnienia w samej komórce. Przenoszenie ze zwierzęcia na zwierzę odrębnych gatunków nie daje nam, według *Pentimalli*, dostatecznych dowodów istnienia wirusa; zaś dowody serologiczne należałoby uważać za odczyny odpornościowe przeciw białku nowotworowemu. Miałby to być, według *Doerra*, którego cytuje *Pentimalli* — nowy dowód, że czynnik rakotwórczy nie jest istotą żyjącą.

Według drugiego kierunku, czynnikiem rakotwórczym jest ciało chemiczne, powstające w komórkach, przenoszące się z komórki na komórkę i dziedziczące się. Charakterystyczne jest, że nowotwory, wywołane przez czynniki działające w przesączach nowotworów, nie wykazują żadnych głębszych różnic. *Pentimalli* uważa je za nowotwory, powstałe na skutek bodźców drażniących, oraz przychyła się do stanowiska, że czynniki te są natury chemicznej. Jednak dalej jeszcze jesteśmy od poznania ich własności chemicznych. W każdym razie, według *Pentimalliego*, wszystko wskazywałoby na charakter koloidalny tych czynników, względnie, być może, chodzi tu o ciała złożone z grupy czynnej i koloidalnego przenośnika.

## Oceny książek.

Prof. Dr. Kurt GUTZEIT und Doc. Dr. Heinrich TEITGE. **Die Gastroskopie.** Podręcznik i atlas. Str. VIII + 342. Rysunków 207, w tym 155 wielobarwnych. Nakładem Urbana i Schwarzenberga. Berlin i Wiedeń 1937. Cena dla zagranicy R. M. 42

O wielkim rozkwicie gastroskopii, najmłodszej metody badanie żołądka, świadczą rozmiary dzieła, a przede wszystkim jego treść. Po omówieniu historii rozwoju gastroskopii, znaczenia jej dla badania klinicznego i współczesnych wznienników gastroskopowych autorzy podają dokładny opis techniki wzniennikowania żołądka, oparty na długoletnim i bogatym doświadczeniu. Jakkolwiek współczesne wznienniki znacznie złagodziły niebezpieczeństwa gastroskopii, to jednak daleko posunięta ostrożność jest nader wskazana. Nawet tak wytrawni badacze, jak autorzy, przeprowadzają wzniennikowanie tylko w warunkach klinicznych i wypisują chorych najwcześniej nazajutrz po badaniu, o ile nie ma żadnych niepokojących objawów. Pomijając trudności techniczne przy zakładaniu wzniennika, bodaj jeszcze trudniejsze jest wytlumaczenie spostrzeganych obrazów. Kto nie ma sposobności do częstego wzniennikowania, ten w ogóle powinien powstrzymać się od gastroskopii, gdyż w braku doświadczenia wyniki rozpoznawcze są mizerne, a zabieg dla chorego uciążliwy. Ten pogląd autorów dowodzi, że wzniennikowanie żołądka nie może i nie powinno być metodą dostępną dla ogółu lekarzy, lecz winno być zespolone w rękach nielicznych, odpowiednio wyszkolonych i doświadczonych specjalistów, ściśle przestrzegających wskazań i przeciwwskazań i dokładnie orientujących się w obrazach gastroskopowych. Z tymi zastrzeżeniami gastroskopia staje przed nami jako metoda, która może nam dać dużo nowego, rozstrzygnąć wątpliwości, jakich żadna nasza dotychczasowa metoda nie jest w stanie rozwikłać. Świadczą o tym najlepiej przepiękne obrazy gastroskopowe, w liczbie 155, podane przeważnie równoległe z kliszami rentgenowskimi. Obejrzenie tych obrazów zmusza najgorętszego przeciwnika gastroskopii do zmiany stanowiska; wzbudza ono gorące pragnienie, aby dalsze ulepszenia techniczne umożliwiły zastosowanie tej metody w gabinecie lekarskim bez obaw o losy chorego. Na szczególne podkreślenie zasługuje wzorowy druk, papier i ilustracje barwne. Jeżeli, jak spodziewać się należy, książka ta zdobędzie dla gastroskopii wielu zwolenników, to obok autorów wielką będzie zasługa firmy, która wydała książkę w tak imponującej szacie zewnętrznej. Dr. Ludwik Justman.

P. I. MOEBIUS, Katinka v. ROSEN. **O umysłowym i moralnym niedorozwoju kobiety.** (Przekład Adama Drowicza, Wyd. Gebethner i Wolff. Kraków 1937).

Temat ciekawy, rewelacyjny, acz nie nowy. — Czytelnik, nie znający bliżej nazwisk, w tytule wymienionych, nie łatwo się zorientuje w genezie i autorstwie tej książki. Właściwie ojcem tej książki jest w głównej mierze Möbius, który na początku bieżącego stulecia puścił kilka ciekawych broszur na rynek (*Geschlecht und Entartung, Lehre von Geschlechtsunterschieden, Physiologischer Schwachsinn des Weibes*). Ostatnia broszura do czekała się już przed trzydziestu laty 9-go wydania. — Tłumacz polski A. Drowicz przełożył właśnie 9 wydanie w r. 1937, tłumacząc się w przedmowie, że praca, wydobyta z niezasłużonego zapomnienia i otarta z pyłu, nie traci nic ze swej wartości, ani aktualności. — Ponieważ Moebius pisał wyłącznie o „umysłowym” niedorozwoju kobiety, to dla zaokrąglenia sylwetki kobiecej (*das ewig Weibliche*) tłumacz uważał za stosowne uzupełnić ją i poruszyć ten temat niedorozwoju „moralnego” kobiety. Dodał przeto przekład znacznie młodszej wiekiem broszury K. Rosenowej, autorki: *Moralischer Schwachsinn des Weibes*, stąd powstał przypadkowy stop, amalgamat Moebius (str. 1—130), Rosen (131—165). — Nie wiem, czy zmarły przed

30-tu laty Moebius zgodziłby się chętnie na to morganatyczne małżeństwo, na to łączenie symboliczne w jednym łożu Prokrusta nawet z młodszą znacznie fanatyczną antyfeministką. — Poglądy Moebiusa, znakomitego neurologa i psychiatry, psychologa i filozofa, sympatyka — w sprawie niższości kobiet — Kanta, Hartmanna, Schopenhauera, Nietzschego, Weininger — warto poznać i obecnie, gdyż on usiłuje pracy swojej nadać charakter obiektywny, naukowy, dowieść tła i podłoża organicznego różnic obu płci, podkreślić konstytucjonalność i wrodzoność tego niedorozwoju, tej niewydolności mózgu kobiecego. — Nieco inaczej postępuje K. v. Rosen, wróg feministki-emancypantki. Ona jest przeciwniczką wywyższającej się świadomości swoich „lepszych cnót” nowoczesnej kobiety, ona jest zwolenniczką dawnych dobrych czasów ze względów religijnych, obyczajowych i narodowych. — Osobiście rozumiem jeszcze, jeśli według Katinki von Rosen od nowoczesnej romantycznej literatury kobiecej, demokratyzmem przesiąkniętej „wieje zapach trupi, który jest właściwy wszystkim kobietom fizycznie i moralnie obciążonym”. Osobiście ja aprobuję nawet zbyt ryzykowne i ultraradykalne twierdzenie, że „tylko chora kobieta może podobne książki pisać, ale zdrowe nie powinny ich czytać”. Ale pojąć w żaden sposób nie jestem w stanie, skąd się to wzięło, że „feministki idą ręką w rękę z socjalizmem i z międzynarodowym żydostwem... i że naród niemiecki musi się bronić przed obcym szkodliwym wpływem”. Agresywna arystokratka uważa serio, że „najwyższy czas, by poznać wroga we własnym kraju i odważnie wydać mu wojnę”. — Jak — pytam — poznać wroga, jak go zwać, czy wystarcza nazwa: wszechświatowa i międzynarodowa żydowska mafia socjalistyczna? Czy walka wszechniemiecka sprowadzi sanację „wrodzonego” niedorozwoju moralnego kobiety? Czy emancypantki całego świata są zażydzone? Czy kobiety żydowskie całego świata są feministkami?

H. Higier.

Prof. Dr. Karl ZIELER. — **Lehrbuch und Atlas der Haut und Geschlechtskrankheiten** — 2 tomy, wydanie (IV) Urbana i Schwarzenberga.

Chlubnie znany, od kilkunastu lat wydawany atlas Zieler, biorący swój początek od atlasu Jacobiego, jest jedynym podręcznikiem w swoim rodzaju, jeżeli chodzi o połączenie w jednej książce mnóstwa zdjęć mularzy w samym atlasie oraz wielkiej liczby rycin mikroskopowych w tekście (II tom). Kilkanaście lat temu, gdy Zielerowi powierzono redagowanie dalszych wydań atlasu Jacobiego, zasła w nim reformę, mianowicie Zieler napisał — jako wytrawny, długoletni pedagog — równoległy do atlasu podręcznik o nowoczesnym ujęciu tak trudnego przedmiotu, jakim jest Dermatologia. Atlas znacznie na tym zyskał, gdyż zarówno studiujący, jak i lekarz (nie tylko dermatolog, ale i lekarz praktyk) otrzymał możliwość pogłębienia swej wiedzy, oglądając piękne obrazy mularzy nie tylko schorzeń rzadkich, ale i codziennie zdarzających się w praktyce. Aczkolwiek jedynie żywa dermatologia, t. j. oglądanie chorych skórnych jest niezbędna dla kształcenia dermatologicznego, jednak tak znakomity Atlas Zieler oddaje wielkie usługi, jeżeli chodzi o przypomnienie dawniej widzianych obrazów, względnie o porównanie z obecnie oglądanymi, jednym słowem, dla dokonania diagnozy. Zwłaszcza lekarz-praktyk, zaglądając niekiedy do tego atlasu, zaoszczędzi sobie niejedno mylne rozpoznanie, dotyczące nawet prostych i częstych chorób skórnych, wzgl. wenerycznych. Na całość składają się 2 tomy. Jeden zawiera część wyłącznie ilustracyjną: 378 barwnych zdjęć (mularzy) na 196 tablicach; jak wynika z przedmowy, wydanie obecne zawiera 38 nowych barwnych obrazów, a 39 dawniejszych zostało zamienionych na lepsze. Drugi tom — na 658 stronach — zawiera nowocześnie ujęty podręcznik chorób skór-



no-wenerycznych, uzupełniony w ostatnim wydaniu najnowszymi zdobyczami wiedzy dermato-wenerologicznej.

Merenlender.

Friedrich MAUZ. *Die Veranlagung zu Krampfanfällen.* (Georg Thieme Verlag, Leipzig 1937).

Sprawa padaczki pozostaje stale aktualna i budzi zawsze duże zainteresowanie w świecie lekarskim. Pomimo licznych prac, poświęconych tej tak ciężkiej i, niestety, tak rozpowszechnionej chorobie, prac, które mnożą się z roku na rok, różne kwestie, dotyczące podłoża padaczki, jej istoty, towarzyszących jej przemian w ustroju, patogenezy, sposobu powstawania pojedynczych napadów, rokowania i leczenia, nie są jeszcze całkowicie wyjaśnione i dalekie są od rozstrzygnięcia. Nawet w tak zasadniczej kwestii, czy, mianowicie, rola przeważająca przypada w padaczce wrodzonej, wzgl. odziedziczonej konstytucji, czy też czynnikom zewnętrznym, poglądy autorów są jeszcze b. rozbieżne (por. sprawozdanie ze Zjazdu Międzynarodowego Neurologów w Paryżu. *Revue Neurologique* 1932 t. I z. 6). W krótkiej monografii, której tytuł powyżej podaliśmy, F. Mauz, Profesor Neurologii i Psychiatrii w Marburgu, postawił sobie za cel sprecyzowanie właściwości cielesnych i umysłowych, które cechują chorych, podlegających napadom padaczkowym, oraz obraz rodzinny tych chorych. Badania autora, przeprowadzone na 500 chorych, wykazały, że niektóre postacie i typy konstytucyjne u chorych tych powtarzają się b. często, innych zaś nie spostrzega się wcale. Pierwsze stanowią prawdopodobnie podstawę tej właściwości, którą ostatnio zwykliśmy określać jako gotowość do drgawek (*Krampfbereitschaft*). Autor obejmuje je wszystkie nazwą ogólną „iktaffine Konstitutionen“. W grupie tej postacią główną jest konstytucja „enechetyczna“, nacechowana w pierwszej linii objawem zatrzymywania się („Haften“). Dalsze postacie są skombinowane konstytucje defektowe (*Kombinierte Defektkonstitutionen*), polegające na niedorozwoju i nieudolności wielorakich narządów i układów (ośrodków nerwowych, układu naczyniowego i nerwowo-roślinnego, aparatu odruchowego) w rozmaitym ugrupowaniu i różnym stopniu niedorozwoju; do tej grupy zalicza autor konstytucję wybuchową, konstytucję odruchowo-histeryczną ze wzmocnionym i przyspieszonym przełączeniem psycho-fizycznym oraz postaci pośrednie, łączące w sobie cechy charakterystyczne poszczególnych postaci. W dalszym ciągu swej pracy autor wykazuje, że w związku z danym podłożem konstytucyjnym powstają różnorodne typy chorobowe. Od kon-

stytucji „iktaffinnych“ autor odróżnia iktaffinne diatezy, w których napady drgawkowe nie powstają nigdy wskutek przyczyn endogennych, atoli do wywołania napadu wystarczają takie bodźce i warunki zewnętrzne, które u ludzi normalnych nie skutkują. Napady w tych razach są nieliczne lub nawet zgoła pojedyncze (*oligoepilepsia Langego*). W następstwie niepomyślnych skojarzeń powstać może z diatezy iktaffinnej u potomstwa konstytucja iktaffinna, i, odwrotnie, w wyjątkowo pomyślnych warunkach dziedzicznych konstytucja cofa się ku diatezie iktaffinnej. W końcu autor wyciąga ze swych spostrzeżeń pewne wnioski rozpoznawcze i rozpatruje w krótkości stosunek typów konstytucyjnych do padaczki objawowej. Z konieczności ograniczyć się musiałem prawie tylko do wyliczenia poszczególnych rozdziałów interesującej pracy, gdyż, wdając się w szczegóły opisanych typów, nienadające się do krótkiego streszczenia, przekroczyłbym ramy niniejszej oceny. Sądę, że ktokolwiek zechce pogłębić swój pogląd na istotę charakteru padaczkowego, na dziedziczność padaczki, na znaczenie i powstawanie gotowości drgawkowej, znajdzie w monografii Mauza bogaty materiał, fachowo opracowany, a oparty w pierwszej linii na klasycznych pracach Kretschmera o typach konstytucyjnych.

Bregman.

Dr. W. DRESSLER. *Klinische Elektrokardiographie.* Urban i Schwarzenberg, Berlin—Wiedeń, IV wydanie, 1937, stronic 180.

Elektrokardiografia kliniczna czyni stałe postępy i znajduje coraz większe zastosowanie w nowoczesnej kardiologii. Nowe 4 wydanie powszechnie znanego znakomitego zarysu elektrokardiografii klinicznej Dresslera stoi całkowicie na wysokości zadania i umożliwia ogółowi lekarzy w dostępny i treściwy sposób zapoznanie się z całokształtem elektrokardiografii. Pomimo zasadniczej trudności tematu książkę czyta się łatwo i z zainteresowaniem, gdyż łączy ona umiejętnie zagadnienia czysto elektrokardiograficzne z opisami klinicznymi obrazów chorobowych. Dużo miejsca poświęcił autor diagnostyce elektrokardiograficznej schorzeń mięśnia sercowego, które stanowią obecnie przedmiot największego zainteresowania większości badaczy. Nowe spostrzeżenia z tej dziedziny, przedstawiające ważne postępy ostatnich lat, znalazły tu szczegółowe uwzględnienie. Dla lekarzy-praktyków książka Dresslera stanowi niewątpliwie najlepszy spośród istniejących krótkich podręczników elektrokardiografii klinicznej.

J. Typograf.

## Wskazówki praktyczne.

W przypadkach obrzęków pochodzenia sercowego, opornych na działanie wszelkich środków moczopędnych, stosuje H. Rasolt *Scillaren Sandoz* (0,0005) wraz z *Novuritem Chinoin* (1 cm<sup>3</sup>) *dożylnie*. Sposób ten jest od r. 1933 stosowany w Oddziale chorób wewnętrznych Prof. M. Semerau-Siemianowskiego z doskonałym wynikiem tam, gdzie nie uzyskano dostatecznej diurezy po osobno podawanych przetworach purynowych, cebuli morskiej lub środkach rterciowych nawet po zakwaszeniu chlorkiem amonu. Podawanie równoczesne w jednej strzykawce *Scillarenu* i *Novuritu* wywoływało zawsze potężne działanie moczopędne, zależne prawdopodobnie od synergizmu w działaniu 2 leków o różnych punktach uchwytu. (Z maszynopisu, nadesłanego do redakcji). —o—

L. G. Tirala uważa *głębokie oddychanie za najważniejszy środek leczniczy w nadciśnieniu*: głęboki oddech sprzyja zmniejszaniu się rozszerzonego, wiotkiego serca, rozszerzeniu tętnic wieńcowych, lepszemu ukrwieniu i wzmocnieniu mięśnia sercowego. Głęboki oddech może przerwać napady dławicy piersiowej. (*Med. Welt*. 1936, str. 1687).

—o—

Wildegans podaje *wskazania do przetaczania krwi*. Najważniejsze wskazanie stanowi obfita utrata krwi, szczególnie rzucający się w oczy jest wynik pomyślny transfuzji po krwotoku w przypadkach wrzodu żołądka i dwunastnicy. Przetaczanie krwi wskazane jest jako wstęp do rozległych operacji u dotkniętych niedokrewnością, ewentualnie po wykonanej u nich operacji. Ważnym wskazaniem do transfuzji jest zatamowanie krwawień włósniczkowych i z niedostępnych naczyń. Czasem niezbędne tu są małe, ale wielokrotne przetaczania. To samo dotyczy krwawiczk. Dalsze wskazanie stanowią skazy krwotoczne. W niedokrewnościach z powodu zatrucia jadami krwi i w przypadkach zatrucia tlenkiem węgla, morfiną, hodonalem i t. d. należy przed transfuzją wykonać upust krwi. Przetaczanie krwi jest przeciwwskazane w organicznych niewyrównanych chorobach serca. W razie wystąpienia niepokojących objawów hemolizy — upust krwi, wlewanie cukru gronowego, środki nasercowe i moczopędne, ewentualnie transfuzja odpowiedniej krwi innego dawcy. (*Ther. Gegenw.* 1937. Z. 5).

—o—

## Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

## Warszawskie Towarzystwo Neurologiczne.

168 posiedzenie z d. 28.I.1937 r.

E. Herman i Z. Finkelstein. *Guz mózgu, przebiegający pod postacią ostrego śpiączkowego zapalenia mózgu.* (Z II oddziału neurologicznego Szpitala na Czystem w Warszawie. Ordynator: E. Herman).

36 l. chory przybył 23.XII.1936 r. Zachorował przed 5 tyg. Wystąpiły bóle głowy, wybitna senność, zaburzenia psychiczne; po 2 tyg. niemożność chodzenia. Przedmiotowo stwierdzono: gorączka do 38,6, tętno 100, amimia, naoliwienie twarzy, katalepsja pod postacią wybitnej giętkości woskowej, wzmożone napięcie w kończynach o charakterze plastycznym. Brak zupełny oddziaływania zrenic na światło, prawidłowe dno oczu, zachowane ruchy gałek ocznych, niepewny niedowład dolnej gałki pr. n. VII, nieznaczny niedowład pr. k. g., zwł. odcinka ośdiebnego, brak porażen w kk. d., żywe odruchy okostnowe i ścięgnowe na kk. g., brak brzusznych, słabe kolanowe i Achillesa, obustr. Babiński, zwł. pr., bez Rossolimo. Chód początkowo wyraźnie mózdkowy z padaniem ku tyłowi, potem niemożność siedzenia, stania i chodzenia. Mowa zatarta, wybitna senność typu encefalitycznego, niedostępność psychiczna, dezorientacja, stereotypie. Rentgenogram czaszki bez zmian. Wassermann we krwi i płynie ujemny, ilość cukru w płynie 78 mgr %.

11.I.37 r. chory wśród objawów pogłębiającej się śpiączki oraz wysokiej ciepłoty zmarł.

Na sekcji stwierdzono u podstawy mózgu w miejscu guza popielatego wypinający się ku dołowi twór wielkości małej wiśni, zniekształcający całą tę okolice; twór ten jest, jak to wykazuje cięcie strzałkowe poprzez pień mózgowy, częścią dużego guza, wielkości orzecha włoskiego, wypełniającego rozdętą komorę III i uciskającego szypuły mózgowe. Na cięciach czołowych widać, iż guz zajmuje część przysrodkową lewego wzgórza wzrokowego, zaś po str. prawej graniczy z wzgórzem wzr.

Drobnowidowo: *spongioblastoma polare*.

Znane są przypadki guzów mózgu, przebiegających bądź pod postacią zespołów parkinsonowskich, bądź też — ostrego śpiączkowego zapalenia mózgu.

Orzechowski i Mitkus wyodrębnili postać parkinsonowską okolicy przysadkowo-lejkowej; potem podobne przypadki opisali van Bogaert, Nyssen i Ley, a w guzach innych okolic Bosroem, Dimitz i Schilder, Schuster, Moersch, Foerster, Brzezicki, Herman i in.

Przypadki guzów mózgu pod postacią ostrego zapalenia mózgowia z autorów polskich sprostowali Roman Bornstein (guz nakrywki śródmózgowia), Kuligowski i Gelbardówna (*spongioblastoma* tylniej części III komory).

W przypadku naszym na podkreślenie zasługują niezmierzenie szybki przebieg kliniczny, brak zastoiny tarcz nn. wzrokowych, gorączka, katalepsja, asynergia, naśladująca guz robaka. Przypadek zostanie ogłoszony *in extenso*.

Sznajderman. *Przypadek mózgowiej choroby Buergera.* (Klinika Neurologiczna U. J. P. Kierownik: Prof. Dr. K. Orzechowski).

Przypadek dotyczy 40-letniego mężczyzny, Żyda, chorego od 6 lat. Wtedy przechodził chromanie przestankowe w prawej kończynie dolnej. Po leczeniu się opaską zastoinową u Prof. Biera, a potem po zabiegu Leriche'a na obu tętnicach udowych poprawa do 1934 r. W tym roku pogorszenie takie, że z powodu bólów także w lewej k. d. wcale nie mógł chodzić. W połowie 1935 r. dołączyły się bóle w ręce lewej niezależnie od ruchu ze sinieniem ręki. W pewien czas potem znieczulenie twarzy, policzka i języka po lewej stronie. Od 1/2 roku postępujące osłabienie lewej kończyny górnej, duszność wysiłkowa. Od 6 tygodni osłabienie także lewej kończyny dolnej. Na 10 dni przed przybyciem do kliniki uporczywe bóle głowy. Na kilka tygodni przedtem miał przez jakiś czas podwójne widzenie. Od czasu do czasu *retentio urinae*. Na cukrzycę nie cierpiał. Kiły nie przechodził. Choroba zakaźna nie poprzedziła obecnego cierpienia. Anamneza rodzinna bez znaczenia. Do 1930 r. wypalał do 40 papierosów dziennie. Od 6 lat nie pali.

Stan przedmiotowy:

Serce lewe znacznie powiększone. Wątroba macalna. Zwraca uwagę wyciekanie śliny przy mówieniu. Skóra stóp sucha, pokryta grubymi warstwami łuszczącego się naskórka. Tętno na lewej tętnicy promieniowej prawie, w tętnicy stopowej prawej zgoła niewyczuwalne, jedynie lewa *arteria dorsalis pedis* słabo tętni. Badanie przyrządem Pachone'a wykazało na tętnicy ramieniowej lewej 1 1/2 osc., na przedramieniu lewym 3/4 osc., po prawej 6 oscyl. na ramieniu, 4 osc. na przedramieniu. Na

udzie prawym 3 oscyl., na podudziu prawym 3/4 osc., po lewej stronie 2 osc. i 1/2 osc.

Pod względem neurologicznym niedowład połowiczny lewej strony z zajęciem dolnej gałki nerwu twarzowego, ze zbaczaniem języka w lewo, ze zniesieniem lewych odruchów brzusznych, lewego nosidłowego, z żywszymi po lewej odruchami ścięgowymi, bez Babińskiego i Rossolimo, z obniżeniem czucia w lewej połowie ciała. Zajęcie części czuciowej i ruchowej nerwu V lewego. Na dnie oka waziutkie naczynia: w płynie wzmożone globuliny i albuminy nieznacznie. Wassermann ujemny we krwi i płynie. Cukru norma we krwi; kapillaroskopia — obraz jak w chorobie Raynaua. Zmiany stwierdzone świadczą łącznie z przelotnym podwójnym widzeniem oraz okresowym zatrzymaniem moczu o zajęciu rozsianym ośrodkowego układu nerwowego, i to szczególnie mózgu. Sądząc z przebiegu oraz z tego, że występują u osobnika z opisanymi zmianami w dostępnych badaniu naczyniach obwodowych, należy przyjąć, że i zmiany ośrodkowego układu nerwowego powstały na tym samym tle naczyniowym. Co się dotyczy charakteru tych zmian naczyniowych, to ponieważ choroba przebiegała ze zwolnieniami i obostrzeniami przy braku kiły, cukrzycy i przebytych chorób zakaźnych, należy przyjąć, że sprawa chorobowa ośrodkowego układu nerwowego odpowiada tej samej sprawie, którą stwierdzamy w obwodowych naczyniach, t. j. chorobie Buergera czyli *thromboangiitis obliterans*.

Przypadek ten demonstrujemy ze względu na to, że przypadki mózgowiej postaci choroby Buergera są w literaturze rzadkością.

Nieliczne opisane przypadki rozpoznano dzięki spółistnieniu zaburzeń naczyniowych i czynnościowych ze strony kończyn dolnych, jamy brzusznej oraz serca.

I wyniki leczenia zasługują u naszego chorego na uwagę. Stosowaliśmy wprowadzane w chorobie Buergera w Ameryce przez Samuelyego wstrzykiwania dożylnie dużych dawek 5% roztworu NaCl przez dłuższy czas. Chory do tej pory otrzymał 540 cm<sup>3</sup>.

Stan jego uległ znacznej poprawie podmiotowej i przedmiotowej.

L. Fiszhaut. *Przypadek dysostosis cranio-facialis (Crouzon).* (Klinika Neurologiczna U. J. P. Kierownik: Dr. K. Orzechowski).

Przypadek sporadyczny choroby, datujący się od urodzenia, na który obecnie u chłopca 13-letniego składają się następujące objawy: 1) czaszka, budowa zbliżona do typu turrispheno-plagiocephalii, 2) czoło prostopadłe wysokie, w linii środkowej uwypuklone, wyrostki brwiowe wysunięte, nasada nosa szeroka, grzbiet płaski, szczeka górna niedorozwinięta, cofnięta znacznie do tyłu (*retrognatio*), szczeka dolna w silnej prognii. Podniebienie wąskie, gotyckie, 3) silny wytrzeszcz obu oczu z lekkim zezem rozbieżnym gałek i ze skłonnością do ich wywichnięcia na zewnątrz, 4) obustronny zanik nn. wzrokowych, po lewej wybitniejszy, z lekkim zatarciem granic i z silnym upośledzeniem wzroku: (po lewej 1/36; po prawej 3/36—3/24), 5) zniesienie węchu, 6) na obu uszach upośledzenie słuchu, przy tym zwężenie praw. przewodu słuchowego zewnętrznego i zniesienie pobudliwości labiryntowej, 7) zdjęcia rentgenowskie czaszki wykazują: przednia jama czaszkowa powiększona w wymiarze poprzeczno-pionowym, cała prawa połowa czaszki mniejsza od lewej. Kości sklepienia wybitnie ścięciaste, wyściśki palczaste bardzo silnie wyrażone. Wszystkie szwy czaszkowe zarośnięte. Szczeka górna bardzo mała i wąska, szczeka dolna prawidłowo rozwinięta. Piramida kości skalistej po prawej znacznie mniejsza. Otwór lewy n. wzrokowego wąski. Zatoki okołoczaszkowe bardzo słabo rozwinięte.

Płyn m.-rdz. prawidł. Ciśn. 190/130 m. Odcz. B.-Wa. w płynie m.-rdz. i we krwi ujemny.

W przypadku tym mimo braku obarczenia dziedzicznego, przy braku danych na kiłę dziedziczną, krzywicę lub jakiegokolwiek tło zakaźne, należy przyjąć zaburzenie rozwojowe kości, ponieważ obraz dyzostozji twarzowo-czaszkowej zaobserwowano od urodzenia.

Objawy ze strony nn. czaszkowych należy tłumaczyć zmianami w kościu oraz przebytem dawniej epizodem wzmożenia ciśnienia śródczaszkowego w związku z przedwczesnym zarośnięciem szwów czaszki.

## Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Algierze z dnia 5 lutego 1937 r. (Presse méd. 29/1937) Ed. Benhamon, Montpellier i G. Cohen-Solal mówili o przypadku



nagłej śmierci z powodu torbieli serca. Przypadek dotyczył 40-letniej kobiety, która przybyła do szpitala z powodu moczo-  
wki cukrowej, powikłanej gorączką i ogromnym wychudzeniem,  
bez objawów ze strony płuc. Badanie rentgenowskie klatki pier-  
siovej pozwoliło wykryć zaokrąglony cień, otaczający drugi za-  
rys koniuszka serca. We krwi nie stwierdzało się eozynofilii.  
Chora nagle zmarła. Badanie pośmiertne potwierdziło fakt ist-  
nienia torbieli uszka lewego, jedynej pierwotnej torbieli wielo-  
komorowej bez widocznego świeżego przedziurawienia. Przypa-  
dek należy dołączyć do 9 przypadków, opisanych dotychczas,  
a zebranych w świeżej statystyce Dévé.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Lille z dnia  
26 lutego 1937 r. (Presse méd. Nr. 29/1937) Delannoy  
i Huricz pokazywali przypadek choroby Lobsteina, leczony  
wycięciem gruczołów przytarczycznych. Na znacznej liczbie  
przypadków, zbadanych dokładnie pod względem klinicznym,  
radiologicznym i biologicznym, udało się prelegentom stwier-  
dzić, że ta dystrofia dziedziczna i rodzinna przechodzi z poko-  
lenia w pokolenie w myśl praw Mendla dla cech dominują-  
cych i poraża wszystkie tkanki pochodzenia mezenchymalnego:  
szkielet, więzadła, tkankę łączną. Prelegenci starają się zwrócić  
uwagę na zasadnicze, ich zdaniem, znaczenie zaburzeń we-  
wnątrzwydzielniczych u osobników z chorobą Lobsteina.  
Kruchość kości, odpapnienie szkieletu i hiperkalcemia nasunęły  
im przypuszczenie istnienia nadczynności gruczołów przytar-  
czycznych w chorobie Lobsteina i naprowadziły na myśl

leczenia tej sprawy wycięciem gruczołów przytarczycznych u  
jednego takiego człowieka. Dalej dowodzą oni, że *osteopsathy-  
rosis* nie należy do chorób wyjątkowych, lecz stanowi jedną z  
licznych manifestacji późnego przymiotu dziedzicznego.

Na posiedzeniu Akademii Lekarskiej w Paryżu z dnia 23  
marca 1937 r. (Presse méd. Nr. 30/1937) Péhu, Noël  
i Brochier pokazywali wyleczone przypadki rodzinnej żół-  
taczki noworodków. Uważają oni, iż podczas ciąży należy sto-  
sować leczenie zapobiegawcze w postaci hepatoterapii, która  
wpływa na zmniejszenie się natężenia żółtaczki, a nawet zapo-  
biega jej powstaniu, a w każdym razie przyspiesza i ułatwia  
działanie wstrzykiwań krwi. Należy ją stosować, począwszy od  
siódmego miesiąca aż do końca ciąży oraz w chwili, gdy u płodu  
rozpoczyna się erytropojeza śledzionowo-wątrobową, t. zn. pod-  
czas czwartego miesiąca. Wątrobę podaje się w dawce codzien-  
nej 100 g w postaci surowej lub gotowanej. Właściwe leczenie  
polega na przetaczaniu krwi lub w razie niemożności wykony-  
wania przetaczania na wstrzykiwaniach śródmięśniowych krwi  
w ilości równej  $\frac{1}{100}$  wagi dziecka na wstrzyknięcie; wstrzyki-  
wania należy rozpoczynać w pierwszym lub drugim dniu, robić  
je przez 4 lub 5 dni z rzędu, później 2—3 z przerwą dwudniową.  
Leczenia można próbować, lecz nie dało ono przekonujących  
wyników. Co się tyczy leczenia przeciwiłkowego przed lub po  
urodzeniu, nie usprawiedliwiało ono pokładanych w nim na-  
dziei i może się okazać szkodliwym.

## Przegląd terapeutyczny.

Z oddziału III chorób wewnętrznych Szpitala na Czystem  
w Warszawie.

(Ordynator: Dr med. B. Jochweds).

### W sprawie stosowania kwasu adenilowego.

Podał

Dr. med. Antoni WAJNGOT (Warszawa).

Kwas adenilowy ma odznaczać się dużą zdolnością  
do przeciwdziałania stanom kurczowym naczyń i z tego  
powodu budzi poważne zainteresowanie klinicystów.  
Wobec dość krótkiego okresu stosowania tego leku ko-  
munikujemy o kilku przypadkach, w których po poda-  
niu kwasu adenilowego wystąpiła tak szybka i wyraźna  
poprawa, że związek przyczynowy z metodą leczniczą  
wydaje się niewątpliwy.

Przypadek I: chora W. R. l. 59, 5646/797. Przybyła do  
oddziału w dniu 16 grudnia 1936 roku. Rozpoznano cukrzycę  
średniego stopnia, nadciśnienie samoistne i zarostowe zapalenie  
tętnicy podkolanowej prawej u osobnika z rozlaną miażdżycą  
naczyń. Po miesięcznym leczeniu przeciwcukrzycowym chora  
czuje się lepiej, ból nogi prawej zmniejszył się, cukromocz usta-  
pił, poziom cukru we krwi na czczo 150 mgr.  $\%$ . W nocy z dnia  
16 na 17 stycznia 1937 roku chora nagle straciła przytomność,  
oddała bezwiednie pod siebie moc i stolec. Następnego dnia  
stwierdzono niedowład połowiczny prawostronny, chora nadal  
nieprzytomna. Pomimo zastosowania pijawek i autohemotera-  
pii stan chorej nie uległ poprawie. Ciśnienie krwi 200/90 (w dniu  
przed napadem 175/70). W dniu 18 stycznia zastrzyknięto do-  
mięśniowo 2 ampułki preparatu kwasu adenilowego pod nazwą  
„Map“ firmy „Laokoon“. Tegoż dnia chora oprzytomniała, nie-  
dowład ustąpił całkowicie. Przez dalsze dwa tygodnie chora  
otrzymuje codziennie po jednej ampułce Mapu domięśniowo.  
Ciśnienie krwi cały czas na poziomie 140/80, ze strony układu  
nerwowego nie stwierdza się odchyień od normy.

Przypadek II. Ta sama chora zgłasza się do oddzia-  
łu ponownie d. 5.V.37 z powodu gwałtownych bólów, ziębnicia  
i zesinienia prawej kończyny dolnej. Przy badaniu stwierdzono,  
iż dolna kończyna prawa jest ciemno sina i lodowato zimna. Czu-  
cie powierzchowne w obrębie podudzia zniesione, bardzo znacz-  
na bolesność samoistna. Odruchy ścięgnowe zachowane, tętnie-  
nie wyczuwa się dopiero w pachwinie, natomiast tętnica podko-  
lanowa i tętnice stóp nie tętnią (już podczas poprzedniego po-  
bytu chorej w szpitalu nie wyczuwało się tętnienia w *a. dorsa-*

*lis pedis* i *a. tibialis postica*). Ciśnienie krwi 140/70. Wygląd cho-  
rej kończyny był taki, iż amputacja wydawała się nieunikniona.  
Chorę natychmiast po przybyciu do oddziału wstrzyknięto  
dożylnie 1 ampułkę Mapu, po kilku godzinach dodano 2  
ampułki domięśniowo. Nazajutrz noga znacznie bledsza, ucie-  
plona do połowy podudzia prawidłowo, a nawet i poniżej, ze sto-  
pą włącznie, cieplejsza, niż dnia poprzedniego. Bóle samoistne  
zmniejszyły się wydatnie. W ciągu 6 następnych dni chora otrzy-  
muje domięśniowo po 3 ampułki Mapu dziennie. Sinica nogi  
ustępuje całkowicie, powraca normalne zabarwienie skóry, po-  
zostaje natomiast mniejsze ucieplenie stopy prawej w porówna-  
niu z lewą. Zjawia się tętno w t. podkolanowej, nie daje się na-  
tomiałt wymacać w tętnicy grzbietu stopy, utrzymują się bóle  
palców. Badanie oscylometrem Pachona wykazuje podob-  
nie, jak i podczas poprzedniego pobytu chorej w szpitalu —  
brak oscylacji do wysokości  $\frac{1}{3}$  dolnej części goleni. W tym  
przypadku ustąpił więc kurcz tętnicy podkolanowej, pozostało  
natomiast od dawna trwające organiczne schorzenie tętnic dolnej  
części podudzia i stopy (*Enderteritis obliterans diabeticorum*).

Przypadek III. Chory K. M. lat 55, l. 1960/68 przy-  
był do szpitala d. 5.V.37 z powodu przewlekłego spastycznego  
nieżytu oskrzeli. Układ krążenia i nerwowy bez odchyień od  
normy, ciśnienie krwi 130/80. Nagle w dniu 14.V. przed połud-  
niem wystąpiło zamroczenie, chory zaczął bełkotać, zjawily się  
oznaki lewostronnego niedowładu połowicznego; zajęcia opon nie  
stwierdzono, lewostronny Babiński dodatni. Zabarwienie  
twarzy nie uległo zmianie. W godzinę po wystąpieniu tych  
objawów wstrzyknięto domięśniowo 2 ampułki Mapu, po czym  
po  $\frac{1}{2}$  godz. chory oprzytomniał, a objawy niedowładu cofnęły  
się całkowicie.

W I-y przypadku towarzyszył kurczowi naczyń  
mózgu skok ciśnienia, w II i III kurcz był wyłącznie  
miejscowy, albowiem ciśnienie tętnicze podczas napa-  
du nie podniosło się. We wszystkich przypadkach po-  
prawa nastąpiła bezpośrednio po zastosowaniu dużych  
dawek kwasu adenilowego\*). Wprawdzie trudno o  
przeprowadzenie bezpośredniego dowodu na to, że po-  
prawa nastąpiła właśnie na skutek podania leku, a nie  
samoistnie, jednakże tak szybkie i całkowite ustąpienie  
ciężkich objawów pozwala wnioskować, iż było ono  
jednak wynikiem zastosowanego leczenia.

\*) 1 amp. Map = 0,01 kwasu adenilowego.

## Medycyna społeczna

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

### Humanizacja wojny w świetle zagadnień higieny psychicznej.

Podał

Jan NELKEN (Warszawa).

(Ciąg dalszy — patrz Nr 29-30).

A teraz należy jeszcze rozpatrzyć zagadnienie śmierci w świetle wojny. Nastawienie nasze względem śmierci jest dwojakie — inne w czasie przeciętnym, w czasie pokoju, inne zaś — w czasie wojny.

Przeciętne nastawienie względem śmierci w czasie pokoju jest kulturalnie konwencjonalne. Śmierć zostaje zupełnie odsunięta na bok. Psychoanaliza wykazuje, że zasadniczo nikt nie wierzy w swoją własną śmierć, albo też inaczej — w podświadomości swojej każdy jest przekonany o własnej nieśmiertelności. Jedynie małe dzieci mówią otwarcie o przyszłej śmierci swych bliskich. Śmierć robi na nas duże wrażenie, odsuwamy ją jak najdalej, umarłych zaś otaczamy specjalnymi względami: „*de mortuis nil nisi bene*“.

Jasnym jest, że wojna przede wszystkim przyczynia się do odrzucenia tego konwencjonalnego traktowania śmierci. Śmierć tu nie daje się odsunąć, trzeba w nią wierzyć. Następuje podział ludzi na dwie grupy: na tych, co sami umierają lub umrzeć mogą i na tych, którzy, pozostając w domu, żyją pod bezustanną grozą śmierci, wiszącej nad ich bliskimi.

Dla zorientowania się w stosunku naszym do śmierci należy przede wszystkim zastanowić się nad stosunkiem do śmierci człowieka pierwotnego i porównać go ze stosunkiem do śmierci człowieka nowoczesnego, ale w głębi jego podświadomości.

Stosunek człowieka pierwotnego do śmierci (Robertson Smith, Atkinson, Darwin, Frazer) jest podwójny: inny do śmierci człowieka obcego, np. nieprzyjaciela, inny zaś do własnej śmierci. Historia jest pełna morderstw. Poczucie winy, które ciąży nad ludzkością od prapoczątków, jest to prawdopodobnie oddźwięk jakiejś odległej w czasie krwawej przewiny. Freud w swoim dziele „Totem i Tabu”<sup>1)</sup> stara się dojść do tej przedwiecznej winy.

Miłość nie jest o wiele młodsza, niż chęć morderstwa. Stąd i ambiwalencja w przypadku śmierci. Przykazanie „nie zabijaj” było reakcją na złe uczucia, kryjące się poza żalem po umiłowanym zmarłym. Przeniesione ono zostało następnie na nie kochanego obcego, wreszcie na wroga. Spływa ono po człowieku kulturalnym. Wystarczy, aby wrócił do domu po wojnie, a zapomina o jej okropnościach, w których brał żywy udział; jednostka nie podlega naszej kulturze, człowiek pierwotny, nie bywa takim zabójcą bez wyrzutu. Kiedy wraca po krwawej rozprawie do domu, nie wolno mu wstąpić w domowe otoczenie i dotknąć się żony, póki nie odbędzie ciężkiej pokuty za dokonane czyny wojenne. Dziki obawia się zemsty duchów ludzi pokonanych. Ale te duchy nie są niczym innym, jak tylko personifikowanymi wyrzutami własnego sumienia z powodu przewiny rozlewu krwi. — Poza tym zabobonem

ukrywa się kawałek subtelного poczucia etycznego, które u człowieka kulturalnego zanikło — mówi Freud.

Zakaz „nie zabijaj” nie koniecznie przemawia za przedwczesnością nakazów etycznych. Silny zakaz musiał być wywołany silnym impulsem: nie ma potrzeby zakazywać tego, czego dusza nasza nie pragnie. To nastawienie na przykazanie „nie zabijaj” raczej upewnia nas, że pochodzimy od nie mających końca generacji zabójców, u których chęć zabijania, może jak i u nas w podświadomości, leżała we krwi. Etyczne dążenia, których moc i znaczenie nie podlegają kwestii, są dopiero dobytkiem historii ludzkości. Przejawiając się w nierównej i zmiennej mierze, dotarły one i do czasów obecnych.

A teraz od tych czasów zamierzchłych przejdźmy do podświadomości człowieka cywilizowanego, człowieka współczesnego. Jaki jest stosunek podświadomości do śmierci? Odpowiedź: prawie taki sam, jak u człowieka pierwotnego. Człowiek z dalekiej przeszłości przedhistorycznej żyje niezmiennie w naszej podświadomości. Podświadomość nasza nie wierzy we własną naszą śmierć, uważa siebie za nieśmiertelną. Pojęciu śmierci nie sprzeciwia się w naszej podświadomości żaden popęd. Może to jest tajemnica bohaterstwa — mówi Freud. Z drugiej strony szafujemy w naszej podświadomości śmiercią dla obcych i wrogów bez żadnej miary, tak samo, jak człowiek pierwotny — z pewną jednak różnicą: podświadomość nasza nie zadaje śmierci, myśli jedynie o niej i życzy jej innym. Różnica polega na psychicznej realizacji zamiast na realizacji faktycznej. Chęć zastępuje w niej czyn. Neurotyk w odróżnieniu od człowieka pierwotnego jest zahamowany w działaniu. Podświadomość nasza jest zatem pełna złych chęci względem otoczenia. Jesteśmy, jeżeli należy sądzić po naszej podświadomości, analogicznie do naszych praojców, rodem zabójców. Jest szczęściem, że wszystkie nasze podświadome życzenia, nie posiadają tej mocy, jaką im przypisywał człowiek pierwotny.

Kilka przykładów wystarczy do uprzytomnienia sobie stosunku do zabójstwa nieprzyjaciela u ludów pierwotnych.

Weźmy np. ceremonie pojednania się z zabitym wrogiem na wyspie Timor po powrocie do domu z obciętych głowami wrogów. Podczas uroczystego powrotu zwycięzców złożone zostają ofiary, aby przebłagać dusze zabitych, gdyż w przeciwnym razie mogłyby one sprowadzić klęskę na zwycięzców. Podczas uroczystego tańca i śpiewu błaga się o przebaczenie zabitego wroga, który się uskarża. Inne ludy starają się zabitych przez siebie wrogów po ich śmierci przerobić na przyjaciół i opiekunów. Wśród niektórych szczepów na Borneo otacza się niezwykłą czułością odrąbane głowy. Plemię Dajaksów, przynosząc z sobą po wyprawie głowy nieprzyjaciół do domu, otacza je całymi miesiącami najbardziej wyszukаныmi grzecznościami i najbardziej czułymi nazwami. Najlepsze kąski — słodycze i cygara — wkłada się im do ust. Błaga się, aby zechcieli oni nie nawidzieć swoich dawnych przyjaciół, a całą miłość ofiarować teraźniejszemu. Podczas opłakiwania własnych umarłych Osagi opłakują i zabitego nieprzyja-

<sup>1)</sup> Prof. Dr. S. Freud. Totem und Tabu. Wien. I. ps. V. 1922.



ciela jakby on należał do ich najserdeczniejszych przyjaciół. Powodem tych ceremonii jest przesadny lęk przed duchami zamordowanych, nie obcy i średniowieczu (zilustrowany np. u Szekspira). — Zwycięzca, który popełnił morderstwo, podlega znacznym ograniczeniom. Na Timorze wódz ekspedycji nie może bez zastrzeżeń wrócić do domu. Podlega on manipulacjom oczyszczającym w osobnej chacie w przeciągu 2 miesięcy. Nie ma on prawa w tym czasie widywać swej żony, ani też sam własnoręcznie się odżywiać — inna osoba musi mu wkładać pokarm do ust. Kwarantanna polega na izolacji, poście — powstrzymaniu się od pewnych pokarmów, niedotykanii jedzenia i swoich kobiet. Żywią się oni pokarmami jarskimi, ponieważ nie wolno im jest wachać krwi zamordowanych — mogliby w takim przypadku ciężko się rozchorować lub umrzeć. Jednym słowem, taki odizolowany osobnik jest nieczysty. Nie wolno mu dotykać żony i dzieci z obawy, aby ciała ich nie pokryły się wrzodami (Monumbo na N. Gwinei). Pokuta kończy się ceremonialnym obmywaniem się.

U plemion północno-amerykańskich młodzież wojownicza, która zdobyła swój pierwszy skalp, zmuszana bywa do pewnych wyrzeczeń w przeciągu 6 miesięcy. Zakazane im są żony i mięso. U Choktawów nie wolno się czesać w przeciągu miesiąca. Jeżeli głowa swędzi, nie wolno się drapać ręką, tylko specjalnym instrumentem. U innych plemion (Pima) obok mięsa zakazana jest i sól, zakazane jest patrzeć się na ogień oraz wszelka rozmowa. Na głowie na znak żałoby nosi się kawał gliny.

Nie wdając się w badanie podświadomości ludzkiej jest ogromnie trudno pogodzić się z tymi wynikami psychoanalizy. Toteż badania te zwykle niesłusznie bywają odrzucane przez ogół nieświadomy, jako potwarz i szkalowanie szlachetnej natury ludzkiej, zupełnie nie do pogodzenia z naszym świadomym myśleniem.

W streszczeniu zatem: nasza podświadomość jest dla wyobrażenia własnej śmierci tak samo niedostępna, dla obcych — tak samo mordercza, dla osób bliskich — tak samo ambiwalentna — jak psychika człowieka pierwotnego.

Wojna odrzuca tę cienką warstwę świadomej kultury z każdego z nas i pozwala na nowo uwidocznienie się w głębi człowiekowi pierwotnemu. W szczególności — zmusza nas ona do bohaterstwa, nie wierzącego we własną śmierć; wrogów traktuje jako obcych, do których śmierci należy dążyć; radzi — nie przejmować się śmiercią osób nam bliskich.

Czy nie powinniśmy zatem — powiada Freud — nasz własny stosunek do śmierci mniej tłumić, a więcej starać się z niego zdawać sobie sprawę? Stare przysłowie: „*Si vis pacem — para bellum*” parafrazuje on „*si vis vitam — para mortem*” — „jeżeli chcesz wytrzymać życie, gotuj się na śmierć”.

A teraz wróćmy do humanizacji wojny.

Określenie więc zadania moralnego humanizacji wojny, jako działalności czynnego pierwiastka sumienia ludzkiego, prowadzącego do uwolnienia psychiki człowieka poszczególnego od wszelkiej ukrytej, czy też stłumionej siły potencjalnej wojny i do zniszczenia w sobie uczucia nienawiści, jest bezwzględnie słuszne, ale trudne do wykonania wskutek odwiecznych

tendencji pierwotnych, tkwiących w ukryciu w duszy człowieka.

Na przykładzie wojny najlepiej się uwidacznia, jakiej ogromnej pracy kulturalnej podlega duch ludzki zarówno w ciągu pokoleń, jak i w ciągu swego jednostkowego życia, i jaką cienką warstwę tworzy ta kultura na jego odziedziczonej pierwotnej naturze.

Toteż i humanizacja wojny nie przestaje być w ciągu całych pokoleń rzeczą chwiejną.

Jeżeli teraz przejść do strony politycznej unicestwienia przyczyn wojny, wydaje się to niemożliwym, dopóki strony przeciwne nie zrozumieją, że w ich własnym interesie leży ścisła solidarność, a nie szerokie pozostawianie swobody postępowania każdej nacji. Dzisiaj powodzenie każdego narodu zależy wszak nie tylko od zjawisk we własnym kraju, ale też i od zdarzeń w kraju sąsiednim.

To zadanie polityczne da się — według naszego francuskiego autora — częściowo urzeczywistnić przez rozumne pouczanie młodzieży w kierunku stworzenia wysokiego ideału europejskiego, obejmującego w sensie humanitarnym wszystkie zadania życiowe, prowadzące do rozbioru moralnego, które jedynie jest w stanie odsunąć duszącą zmorę bomby lotniczo-gazowej.

Dla ułatwienia tego zadania proponuje autor — w celu zniszczenia antagonizmów narodowych i rozbudających namietności nieporozumień rasowych — zrealizować pomiędzy narodami coroczną kilkotysięczną wymianę młodzieży z różnych sfer, nie mówiąc już o wymianie międzyszkolnej i międzyuniwersyteckiej. „Dałoby to wspaniałą sposobność do zbliżenia się. Byłoby to ładnym i szlachetnym zadaniem Cz. Krzyża. Cz. Krzyż, jako czynnik zbliżenia się między narodami, powinien zająć się *interpenetracją* apolityczną i cywilną” — mówi autor.

Zdaniem moim, należałoby jednak tu podkreślić, że tego rodzaju wymiana młodzieży między Polską a innymi krajami (np. Niemcy, Włochy...), jako pomysł powierzchowny w założeniu, a jeszcze bardziej „przystosowany” w przeprowadzeniu, mogłaby mieć w dzisiejszych czasach dla sprawy pokoju skutek wręcz odwrotny. Przykład — wycieczki, organizowane przez rząd Hitlera<sup>1)</sup>.

Zadanie prawne uregulowania konfliktów wojennych w kierunku pozbawienia ich zbytecznych okropności i okrucieństw postawiło ostatnio zagadnienie unarodowienia wytwórni materiału wojennego, jako warunek przedwstępny kontroli międzynarodowej.

Chodzi tu o kontrolę ukrywania zakładów przemysłu wojennego pod wszelkimi pozorami, aby ułatwić sobie podjęcie na nowo rozmów o ograniczeniu i redukcji zbrojeń.

Autor zwraca uwagę na istnienie takiej sytuacji zwłaszcza w przemyśle chemicznym, którego zakłady ulegając transformacji na zakłady wojenne są głównymi dostawcami gazów wojennych lub też substancji do ich fabrykacji. Tutaj natrafia się na zagadnienie znacznie trudniejsze od zagadnienia wyrabiania broni palnej wobec możliwości podównego przeznaczenia materiału chemicznego i niemożności zupełnie pewnego ozna-

<sup>1)</sup> Nelken. Głosy krytyczne z dziedziny zagadnień eugeniki współczesnej. Str. 15-a. — W. Czas. Lek. NN. 46-47, 1936.

czenia, czy dany materiał produkowany jest dla broni chemicznej na wojnie, czy też dla celów pokojowych.

Prawo francuskie o unarodowieniu przemysłu wojennego ogarnia jako materiały wojenne: 1) broń palną i jej amunicję, 2) środki, przeznaczone do użytku bojowego broni palnej (aeroplany, okręty wojenne, wozy), 3) materiały służące do ochrony przed walką gazową. Należy zaznaczyć, że ani broń chemiczna, ani też broń zapalająca nie wchodzi w zakres tego wyliczenia.

Prof. van Eysinga w wykładzie swoim na kursie Akademii Prawa Międzynarodowego w r. 1927 był zdania, że w celu uniemożliwienia w ogóle wojny chemicznej należy — albo wyrzec się wszelkiej nadziei ograniczenia przemysłu chemicznego w granicach pokojowych, albo też zakazać w ogóle wszelkiego tego rodzaju przemysłu. Przychodzi on do ostatecznego wniosku, że należałoby „zdemilitaryzować“ tę gałąź przemysłu i sprowadzić jej technikę wyłącznie do dziedziny przyjaznej dla ludzkości. A zatem uznaje on konieczność nacjonalizacji i państwowego zmonopolizowania tej dziedziny przemysłu w celu poddania jej skutecznej kontroli. Zwyczajny zakaz wojny w ogóle bez przedwstępnej „demilitaryzacji“ chemicznej wydaje się zadaniem daremnym. Ta propozycja Prof. van Eysingi ma kolosalne znaczenie ekonomiczne dla charakteru przemysłowego kraju.

Jeżeli tak trudna jest nacjonalizacja całego przemysłu chemicznego, to przecież byłaby ona znacznie łatwiejszą w zastosowaniu jedynie do kilku produktów chemicznych, związanych z bronią wybuchową i gazową. I w tym kierunku byłoby właśnie wskazane w pewnym stopniu umiędzynarodowienie ekonomiczne.

Międzynarodowe prawodawstwo mogłoby się rozwijać w kierunku uznania tego albo innego produktu chemicznego, jako mającego „znaczenie międzynarodowe“, ażeby móc skutecznie kontrolować jego fabrykację, obieg i użytek. Autorowi wydaje się, że ludzkość nie jest na to jeszcze przygotowana. Ogólne zgodne przekonanie w tym kierunku jest jeszcze bardzo dalekie. Jednakowoż można by tu się powołać na przykład narkoty-

ków, które zostały poddane konwencjom międzynarodowym.

Miedzy tymi substancjami, koniecznymi do wojny, które winny być „umiędzynarodowione“, na pierwszym miejscu należałoby wymienić kwas azotowy: wszystkie bowiem środki wybuchowe nowoczesnej armii są składnikami azotowymi — nitrocelluloza, nitrogliceryna, nitrofenole i t. d. Kontrola fabryk kwasu azotowego — zakładów bardzo nielicznych — równa się z a k a z o w i w y r a b i a n i a ś r o d k ó w w y b u c h o w y c h. Byłaby to bardzo znaczna przewencja w stosunku do wojny. Do kwasu azotowego dołącza się dalej kontrola kwasu siarczanego oraz chloru.

Prędzej, czy później państwa zmuszone będą do nawiązania kontaktów dla stworzenia nowych możliwości w celu zabezpieczenia narodów. Umiędzynarodowienie tych zasadniczych środków chemicznych koniecznych do fabrykacji środków wybuchowych, powinno stanąć wówczas na pierwszym miejscu. Przede wszystkim zaś kontrola fabrykacji azotu. Pomimo że ta akcja wydaje się nie tylko przedwczesna, ale może i chimeryczna, powinno się jednak podwoić wysiłki, ażeby ją jak najprędzej przeprowadzić.

Sprawa zapobiegania wojnie, opierająca się na wypracowaniu norm prawnych, sprawa dotychczas niezmiernie drażliwa — pozostaje nadal sporna.

N. Politis, prawnik, zastanawiając się nad charakterem nowej wojny, pisze: „Z którejkolwiek strony podejść do tego zagadnienia, przychodzi się do wniosku, że nigdy nie będzie można, poddając wojnę reglamentacji, uniknąć, ani też zmniejszyć jej okropności, ani okrucieństwa“.

Zakazy czasu poprzedniego nie zostały uszanowane w r. 1914. Jeszcze mniej będą one szanowane w przyszłości.

W tych warunkach obowiązkiem człowieka jasno patrzącego i rozsądnego jest głosić, że nie należy się niczego spodziewać po prawie konwencjonalnym wojny, ponieważ nie podobna przypuszczać, że siła, pozbawiona zahamowania, będzie mogła mieć jakieś granice.

(Dok. nast.)

## Wiadomości bieżące.

— W końcu czerwca r. b. odbyły się w Paryżu „Dni przyjaźni lekarskiej polsko-francuskiej“, których program podaliśmy w skrócie w jednym z poprzednich numerów. Uczestnicy polscy tych „Dni“ mieli sposobność zapoznania się ze zdobyczami nauki francuskiej i zwiedzenia Instytutu dla zwalczania raka w Villejuif pod Paryżem. Podczas uroczystego przyjęcia w ratuszu wygłosił piękne przemówienie Prezes Rady Miejskiej m. Paryża, p. Faillot, podkreślając przyjaźń, łączącą medycynę francuską z polską. Na przemówienie to odpowiedział prof. Michałowicz, jako przedstawiciel świata lekarskiego polskiego. Na bankiecie, wydanym ostatniego dnia przemawiali profesorowie Achard, Pomian-Pożerski i Roussy oraz prof. Michałowicz i ambasador Łukasiewicz. W końcu prof. Roussy w imieniu Prezydenta Rzeczypospolitej Francuskiej zamianował prof. Michałowicza Komandorem Legii Honorowej. — Kilkanaście dni przed tymi uroczystościami prof. Michałowicz na zaproszenie Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Paryskiego miał między innymi wykład o zapaleniu jelita grubego i podstawach klasyfikacji spraw zapalnych żołądkowo-jelitowych u osesków oraz wygłosił w paryskim Towarzystwie Pediatrycznym odczyt o historii pediatrii w Polsce. Pismo „Le siècle Médical“ po-

święca przy tej okazji prof. Michałowiczowi artykuł, w którym podnosi Jego gorący patriotyzm, przytacza niektóre epizody z Jego życia i opisuje Jego działalność naukową.

— Komunikat. W dniach od 11 do 21 października r. b. odbędzie się w Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala Św. Łazarza pod kierownictwem Prof. Dr. M. Semerau-Siemianowskiego: II K u r s D o k s z t a ł c a j ą c y d l a l e k a r z y z d z i e d z i n y c h o r ó b u k ł a d u k r ą ż e n i a. Kurs obejmować będzie 75 godzin, z których 30 przeznaczają się na wykłady teoretyczne i kliniczne, a 45 godzin na zajęcia praktyczne. Na program kursu składać się będą: 1) wykłady teoretyczne z anatomii opisowej, fizjologii i anatomii patologicznej układu krążenia, 2) wykłady kliniczne z wybranych dziedzin układu krążenia, ważnych dla lekarza-praktyka (stany niewydolności krążenia i ich leczenie, wady serca nabyte i wrodzone, nadciśnienie samoistne, dławica piersiowa, niemiarowości, zawały serca, powolne zapalenie wsierdza, zapalenie tętnic, miażdżycy naczyń w poszczególnych odcinkach, stwardnienia tętnicy płucnej, nerwice naczyniowe, choroby serca a sport, operacje a ciąża, schorzenia układu żylnego, leczenie naparstnicą, leczenie balneolo-



giczne, receptura w schorzeniach układu krążenia), 3) wykłady teoretyczne i zajęcia praktyczne z dziedziny najważniejszych sposobów badania układu sercowo-naczyniowego (elektrokardiografia, rentgenodiagnostyka z kimografią, kardiofonografia, oscylometria, kapillaroskopia, czynnościowe badanie serca, flebometria), 4) seminaryjne omawianie przypadków chorobowych pod względem rozpoznawczym i leczniczym; kurs będzie miał charakter głównie kliniczny z uwzględnieniem zainteresowań lekarza-praktyka. Opłata za kurs wynosi zł. 60, z których zł. 10 płatnych przy zapisie. Termin ostateczny zapisów upływa dn. 1.X.1937 r. Zapisy na kurs przyjmuje i wszelkich informacji udziela Dr. Edmund Żera — Oddział Chorób Wewnętrznych, Szpital Św. Łazarza, ul. Książęca 2 w Warszawie.

### Choroby zakaźne w Polsce.

| RODZAJ CHOROBY               | 23 V—<br>29 V | 30 V—<br>5 VI | 6 VI—<br>12 VI | 13 VI—<br>19 VI |
|------------------------------|---------------|---------------|----------------|-----------------|
| Ospa . . . . .               | 0             | 0             | 0              | 0               |
| Dur brzuszny . . . . .       | 151 (15)*     | 177 (9)       | 186 (14)       | 250 (16)        |
| Dur rzekomy . . . . .        | 0             | 0             | 0              | 0               |
| Dur osutkowy . . . . .       | 111 (8)       | 106 (5)       | 76 (9)         | 66 (4)          |
| Dur powrotny . . . . .       | 0             | 0             | 0              | 0               |
| Czerwonka . . . . .          | 10 (0)        | 14 (0)        | 11 (2)         | 13 (2)          |
| Płonica . . . . .            | 278 (5)       | 261 (6)       | 251 (5)        | 336 (3)         |
| Błonica . . . . .            | 185 (15)      | 228 (9)       | 251 (6)        | 270 (11)        |
| Zapal. op. mózg. . . . .     | 36 (5)        | 37 (9)        | 35 (5)         | 23 (3)          |
| Odra . . . . .               | 537 (3)       | 671 (5)       | 714 (8)        | 582 (1)         |
| Krzusiec . . . . .           | 152 (2)       | 109 (6)       | 129 (8)        | 126 (4)         |
| Malaria . . . . .            | 4 (0)         | 9 (0)         | 32 (0)         | 17 (0)          |
| Gorączka pologowa . . . . .  | 22 (7)        | 17 (6)        | 24 (6)         | 37 (11)         |
| Chor. Heine-Medina . . . . . | 2 (0)         | 3 (0)         | 4 (0)          | 2 (1)           |
| Zap. mózg. śpiączk. . . . .  | 0             | 1 (0)         | 0              | 0               |
| Choroba Banga . . . . .      | 0             | 0             | 1 (0)          | 0               |
| Trąd . . . . .               | 0             | 0             | 0              | 0               |
| Gruźlica . . . . .           | 346 (205)     | 619 (266)     | 609 (249)      | 582 (231)       |
| Róża . . . . .               | 95 (5)        | 118 (6)       | 116 (2)        | 118 (5)         |
| Jaglica . . . . .            | 528 (0)       | 607 (0)       | 676 (0)        | 764 (0)         |
| Twardziel . . . . .          | 5 (0)         | 6 (0)         | 1 (0)          | 2 (0)           |
| Waglik . . . . .             | 0             | 1 (0)         | 2 (1)          | 1 (0)           |
| Nosaczna . . . . .           | 0             | 0             | 0              | 0               |
| Włośnica . . . . .           | 6 (1)         | 0             | 3 (0)          | 0               |
| Wścieklizna . . . . .        | 0 (1)         | 0 (4)         | 0              | 0               |

\*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— X Lekarski Kurs Wakacyjny wraz ze zjazdem Polskiego Towarzystwa Zwalczenia Gościa w Ciechocinku — Cieplicy w dniach 3, 4, 5.IX.1937 r. Czwartek, dnia 2.IX.1937 r. Godz. 21 m. 30. Zebranie Towarzystwa zapoznawcze w salonach kawiarni i restauracji „Hotelu Müllera”. Piątek, dnia 3.IX.1937 r. Godz. 9.00. Uroczyste otwarcie X Lekarskiego Kursu Wakacyjnego i przemówienia: (Sala Teatru Zdrojowego). Prof. Dr. med. Szmurło J. Przewodniczącego X Lek. Kursu Wakacyjnego, Wiśniewskiego S., członka Komitetu X Lek. Kursu Wakac., Dyrektora Pań. Zakł. Zdrojowego, Dra med. Rudzkiego P., V. Przewodniczącego i Generalnego Sekretarza Komitetu Lekar. Kursów Wakacyjnych. Godz. 10.15 — 14.00 wykłady: (Sala Czytelni Zakładowej w Parku Głównym). 1. Godz. 10.15—11.00. Dr. med. Rouppert Stanisław, Generał Brygady, Szef Departamentu Zdrowia Min. Spraw Wojskowych (Warszawa): „Znaczenie dla wojska leczenia uzdrowiskowego w ogóle, a w Ciechocinku w szczególności”. 2. Godz. 11.15 — 12.00. Dr. med. Hubicki Stefan, Generał Brygady, b. Minister Opieki Społecznej (Warszawa): „Społeczne znaczenie uzdrowiskowe, jego znaczenie i dalszy rozwój”. 3. Godz. 12.15—13.00. Profesor Dr. med. Koskowski Włodzimierz (Lwów): „O działaniu kąpieli borowinowych”. 4. Godz. 13.15—14.00. Docent Dr. med. Kucharski Teofil (Poznań): „Otyłość i lipomatozy, ich leczenie ze szczególnym uwzględnieniem leczenia uzdrowiskowego w Ciechocinku — Cieplicy”. 5. Godz. 15.30. Zwiedzenie urządzeń Zdrojowiska (tężnie, warzelnie, pły-

walnia solankowo-termalna, ogródek Jordanowski i t. d.). 6. Godz. 21.00. Raut (strój wieczorowy). Sobota, dnia 4. IX. 1937 r. Godz. 9.15 — 13.00 wykłady: 1. Godz. 9.15 — 10.00. Profesor Dr. med. Michałowicz Mieczysław, Senator R.P. (Warszawa): „Zadania uzdrowisk polskich w stosunku do indywidualnych i społecznych potrzeb dziecka”. 2. Godz. 10.15 — 11.00. Docent Dr. med. Szulc Gustaw, Dyrektor Państwowego Zakładu Higieny (Warszawa): „Naświetlanie a przemiana materii i energii”. 3. Godz. 11.15—12.00. Profesor Dr. med. Szmurło Jan (Wilno — Warszawa): „Zdrojowiskowe metody wzięwalniane w leczeniu cierpień ogólnych, a zwłaszcza w cierpieniach górnego odcinka dróg oddechowych”. 4. Godz. 12.15 — 13.00. Prof. Dr. med. Lorentowicz Leonard (Warszawa): „Krwawienia ginekologiczne. Przyczyny i leczenie z uwzględnieniem balneoterapii”. 5. Godz. 14.30. Dalszy ciąg zwiedzania urządzeń Zdrojowiska (źródła, łaźienki borowinowe, solankowe, cieplica, wzięwalnie, emanatorium radowe i t. d.), poprowadzone wykładem orientacyjnym Lekarza Zakładowego D-ra med. W. Iwanowskiego. 6. Godz. 20.00. Zebranie koleżeńskie (strój dowolny). Niedziela, dnia 5.IX.1937 r. Godz. 8.15. Posiedzenie Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Zwalczenia Gościa — w pierwszym terminie. Godz. 8.30 w drugim terminie. Godz. 9.00. (Sala Wykładowa w Czytelni w Parku Głównym): Doroczne Walne Zebranie Członków Polskiego Tow. Zwalczenia Gościa. Porządek dzienny: sprawozdanie Zarządu, wybory do Zarządu, wolne wnioski. Godz. 10.15. Uroczyste otwarcie Zjazdu Polskiego Towarzystwa Zwalczenia Gościa. (Sala Wykładowa w Czytelni Zakładowej w Parku Głównym). Powitalne przemówienia: S. Wiśniewskiego, dyrektora Pań. Zakładu Zdrojowego oraz Członka Komitetu Lekarskich Kursów Wakac. Prof. Dra med. J. Szmurło, Przewodniczącego Komitetu Lekarskich Kursów Wakacyjnych. Zagajenie Zjazdu przez Prof. D-ra med. W. Orłowskiego, Prezesa Polskiego Tow. Zwalc. Gościa. Godz. 11.00—14.45 wykłady: 1. Godz. 11.00—11.45. Prof. Dr. med. Orłowski Witold (Warszawa): „Rzut oka na sposób działania zdrojowiskowego w chorobach gośćcowych i gośćcowatych”. 2. Godz. 12.00—12.45. Profesor Dr. med. Wojciechowski Adolf (Warszawa): „Rola cieplicity solankowej w leczeniu schorzeń narządów ruchu i ich następstw”. 3. Godz. 13.00—13.45. Dr. med. Kuligowski Zygmunt (Warszawa): „Choroby stawów na tle nerwowym i ich leczenie”. 4. Godz. 14.00—14.45. Docent Dr. med. i filoz. Reicher Eleonora (Warszawa): „Leczenie przewlekłych chorób stawów ze szczególnym uwzględnieniem leczenia zdrojowiskowego zwłaszcza w Ciechocinku”. Zamknięcie X Lekarskiego Kursu Wakacyjnego wraz ze Zjazdem Polskiego Towarzystwa Zwalczenia Gościa. Godz. 16.15—16.30. Wycieczka do Nieszawy (autobusami).

— XXI Międzynarodowy Kongres Przeciwalkoholowy w Warszawie 12—17.IX.1937. Uniwersytet Józefa Piłsudskiego. Pod wysokim protektoratem Pana Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Prof. Ignacego Mościckiego. Przewodniczący Komitetu Honorowego Marszałek Edward Śmigły-Rydz. Sekretariat Generalny Polskiego Komitetu Organizacyjnego: Warszawa, ul. Chocimska 24. Państwowa Szkoła Higieny. Prezydium Polskiego Komitetu Organizacyjnego XXI Międzynarodowego Kongresu Przeciwalkoholowego w Warszawie. Przewodniczący: Dr. Witold Chodźko, Dyrektor Państwowej Szkoły Higieny, b. Minister Zdrowia Publicznego. Wiceprzewodniczący: Dr. Jerzy Babecki, Wicedyrektor Departamentu Służby Zdrowia Min. O. S., Ks. Prałat Wincenty Balul, Prof. Dr. Mieczysław Michałowicz, b. Rektor Uniw. Warsz., Doc. Dr. Gustaw Szulc, Dyrektor Państwowego Zakładu Higieny. Sekretarz Generalny: Red. Jan Szymański, Referent spraw walki z alkoholizmem w Min. O. S. Sekretarz: Maria Sokalówna. Skarbnik: Dr. Stanisław Stypułkowski, Kierownik I Miejsk. Ośrodka Zdrowia w Warszawie. Członkowie: Ksiądz Dyrektor Tadeusz Gałdyński, Poznań, Dr. Maria Grzegorzewska, Dyrektor

Państwowego Instytutu Pedagogiki Specjalnej, b. Senator Aleksander Iżycki, Kazimierz Kalinowski, Kraków, Prezes Polskiego Towarzystwa walki z alkoholizmem „Trzeźwość“, Maria Moczyłowska-Niekrasowa, Wizytator Oświaty Pozaszkolnej Okr. Szkoln. Warsz., b. Poseł na Sejm, Ksiądz Dr. Władysław Padacz, Rektor Seminarium Duchownego Mniejszego, Ksiądz Sekretarz Stanisław Sprusiński, Inż. Józef Szadzewicz, Wiceprezes Abstynenckiej Ligi Kolejowców, Dr. Henryk Zajackowski, Dyrektor Państw. Zakładu Leczniczego „Świack“. Języki urzędowe Kongresu: angielski, francuski, niemiecki, polski. Podczas Kongresu przewidziane jest przyjęcie członków jego przez Pana Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, oraz inne przyjęcia, wydane przez Rząd i zainteresowane instytucje społeczne. Program tych przyjęć będzie ogłoszony oddzielnie.

— Firma „Remedia“ wydała Tablicę Witaminową, obejmującą witaminy A, B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, B<sub>3</sub>, B<sub>4</sub>, B<sub>5</sub>, B<sub>6</sub>, C, D, E, F, G, H, I i K z objaśnieniami, dotyczącymi występowania witamin w przyrodzie, ich własności fizycznych, chemicznych, farmakologicznych i toksykologicznych, wskazań klinicznych, standaryzacji i nazw preparatów handlowych. Rola witamin w diecie i leczeniu nabrała tak wielkiego znaczenia, że popularyzacja wiadomości o nich stała się sprawą niezbędną zarówno dla szerokiej publiczności, jak i dla lekarzy. Za wydanie Tablicy Witaminowej należy się firmie „Remedia“ zasłużone uznanie.

— Nakładem znanej firmy wydawniczej Georg Thieme w Lipsku ukazał się pierwszy zeszyt nowego kwartalnika p. t. Fortschritte der Erbpathologie, Rassenhygiene und ihrer Grenzgebiete pod redakcją D-rów Schottkyego, Hildburg-Hausena i prof. v. Verschuera. Nowe pismo ma na celu informowanie w formie przystępnej szerokich kół lekarskich (nie tylko specjalistów) o postępach patologii dziedziczności i higieny rasy. Zeszyt pierwszy zawiera trzy nader ciekawe i umiejętnie opracowane artykuły: Gottschaldta — Ueber die Vererbung von Intelligenz und Charakter, Wülkera — Ausleseforschung i Schadego — Erbbiologische Bestandsaufnahme. Wobec zainteresowania, jakie w sferach lekarskich i przyrodniczych budzą w ostatnich czasach zagadnienia eugeniki, dziedziczności i higieny rasy, poświęcone im wydawnictwo powinno znaleźć szerokie rozpowszechnienie.

— Tegoroczny XVI międzynarodowy lekarski kurs dokształcający ze szczególnym uwzględnieniem balneologii i balneoterapii odbędzie się w Karlsbadzie w czasie od 12 do 18 września. Informację udziela Dr. Edgar Gantz w Karlsbadzie.

— Przypominamy, że Międzynarodowy Kongres, poświęcony niedomodze czynnościowej wątroby, odbędzie się w Vichy w dniach od 16 do 18 września b. r. pod przewodnictwem Prof. M. Loepera, członka Akademii i pod protektorem Ministra Zdrowia Publicznego. Wśród przewodniczących honorowych znajdują się profesorowie: von Bergmann (Berlin), Carnot (Paryż), Sir Langdon Brown (Londyn), W. Orłowski (Warszawa), Pende (Rzym), Whipple (New-York) i t. d. Przedstawiciele przeszło 50 krajów wezmą udział w tym wielkim zjeździe, gdzie zostaną poruszone wszechstronnie problemy tego obszernego zagadnienia, jakim jest niedomoga czynnościowa wątroby. Referaty zgłoszone zostały przez uczonych z wszystkich krajów. Zgłoszenia przyjmowane są przez sekretariat kongresu, Paryż, 24 Bd. des Capucines. Członkowie kongresu będą korzystali z bezpłatnych kwater, oraz z ulg 25% przy posiłkach w hotelach. Wyjazdy udostępnione są dzięki ułatwieniom w związku z wystawą w Paryżu. Wszelkich informacji udziela również przedstawicielstwo Compagnie Fermière de Vichy, firma Dr. E. Paulin Sp. z O. O. Warszawa, Hoża 57 (tel. 8-35-58). Na Kongresie zreferowana będzie przez Prof. Gal-

lart-Monesa z Barcelony sprawa diety w leczeniu chorej wątroby.

— W związku z organizowanym powszechnym kongresem lekarzy, zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej postanowił wziąć udział w pracach tego kongresu uważając, że zarówno potrzeby zdrowotności, jak i potrzeby stanu lekarskiego wymagają wypowiedzenia się lekarzy polskich na powszechnym kongresie. Tematami kongresu mają być zagadnienia ochrony zdrowia publicznego, warunki bytu zawodowego lekarzy, reforma studiów lekarskich oraz organizacja propagandy medycyny. Na czele prezydium komitetu kongresu stanął prezes N.I.L.

— XII tegoroczny Zjazd Niemieckiego Towarzystwa, poświęconego nauce o wypadkach, ubezpieczeniach i opiece społecznej, odbędzie się w Würzburgu w dniach 24 i 25 września. Główne tematy są następujące: Heyde (Würzburg): Znaczenie psychopatologii i psychologii lekarskiej w orzecznictwie wypadkowym. Schumacher (Würzburg): Psychogenia i symulacja. Stössel (Würzburg): Padaczka i wypadek. Krämer (Würzburg): Naczynia mózgowe i uraz. Stier (Charlottenburg): Uszkodzenie wegetatywnych ośrodków mózgowych wskutek urazu. Bohnenkamp (Freiburg): O konieczności i sposobach wykazania przyczyn, zwłaszcza ciał szkodliwych w chorobach wypadkowych i urazowych. Jako referaty zgłoszono dotąd: Blumensaat (Halle): Odurzenia nałogowe i wypadki. Peters (Monachium): Urazy głowy a powstawanie względnie pogorszenie chorób psychicznych i nerwowych (anatomicznie). Vogeler (Szczecin): Nakłucie łądźwiowe w urazach głowy. Zgłoszenia referatów i pokazów z podaniem tytułu i treści należy zgłaszać do przewodniczącego najpóźniej do 1-go sierpnia 1937. 24 września 1937 planuje się bankiet w towarzystwie pań, na 25 — w sobotę po południu — wycieczki w okolice Würzburga. Nieczłonkowie Towarzystwa wpłacają 5 RM na ręce skarbnika Dyrektora D-ra Hörniga, Berlin — Schlachtensee, Ahrenshooper Zeile 18. Przewodniczący: Prof. Reichardt. Würzburg. Psychiatrische und Nervenkl. Fuchsleinstrasse 15.

— Zjazd oficerów i podchorążych sanitarnych rezerwy. W święto Centrum Wyszkołenia Sanitarnego, t. j. dnia 14 i 15 października 1937 r., odbędzie się w Centrum Wyszkołenia Sanitarnego w Warszawie Zjazd oficerów i podchorążych sanitarnych rezerwy, celem wzięcia udziału w święcie i zorganizowania Związku oficerów rez. zdrowia. Jednym z naczelnych zadań Zjazdu będzie konsolidacja oficerów rez. zdrowia, by w ten sposób mieć możliwość oddziaływania przez swoje ośrodki na terenie Rzeczypospolitej na przygotowanie sanitarno-lekarskie miast i wsi do potrzeb wojny. Akcja ta jest zgodna z obecnym nastawieniem społeczeństwa, zdążającego do przygotowania obronności Państwa. Wszelkich informacji udziela Baon Szkolny Podchorążych Sanitarnych Rezerwy. Warszawa, ul. Górnośląska 45. Tel. 9-57-55.

— Konferencja Lekarzy Esperantystów. Dnia 10-go b. m. w Gmachu Państwowego Zakładu Higieny odbyła się konferencja lekarzy-esperantystów, w której wzięło udział 80 osób. Między innymi przybyli lekarze z Japonii, wyspy Papua, Danii, Holandii, Anglii i t. d. Po zagajeniu Zjazdu przez prof. Odo Bujwida, prezes wszechświatowej organizacji lekarzy-esperantystów, Dr. Robin, omówił pokrótce działalność organizacji, po czym powitał Zjazd w imieniu Ministerstwa Opieki Społecznej pułkownik Dr. Babecki, Naczelnej Izby Lekarskiej prof. Szenajch, P. Z. H. prof. Hirszfild, oraz „Gastrologii Polskiej“, pisma, które pierwsze w Polsce zaczęło zamieszczać streszczenia esperanckie — Dr. Wejnert. Następnie zostały wygłoszone referaty naukowe prof. Hideo Yagi z Japonii (O urazach porodowych i asfiksji noworodków), Dr. Justensen z Danii (Uwagi praktyczne z dziedziny terapii), prof. Lubienieckiego (O szmerach sercowych)



i Dr. Thursza (O dożylnych wlewaniach alkoholu). Po referatach wywiązała się ożywiona dyskusja. Następnie przyjęto rezolucje, domagające się wprowadzenia Esperanta na międzynarodowe kongresy lekarskie oraz zamieszczania w prasie lekarskiej streszczeń w języku Esperanto. Po zebraniu goście zagraniczni zwiedzili P. Z. H. oraz Instytut im. Marii Curie-Skłodowskiej. Zjazd zakończył się wspólnym obiadem, który upłynął w serdecznej koleżeńskej atmosferze.

#### ZMARLI.

Zygmunt Dołęga-Dymiński, major, lekarz rez. W. P. — w Gnieźnie.

Jan Markiewicz, internista — w Warszawie.

Wacława Wolska-Rościszewska — w Warszawie.

Zygmunt Dymiński, internista, lekarz rez. W. P., członek Zarządu Izby Lek. Poznańsko-Pomorskiej — w Poznaniu.

Karol Tokarski, b. ordynator oddziału wewnętrznego Szpitala Przemienienia Pańskiego — w Warszawie.

#### COLLOQUIUM TERMINOLOGICUM.

##### XIV. Krwiał a krwistek.

Mocne uderzenie pięścią lub jakimś przedmiotem tępym wywołuje w miejscu obrażonym cały szereg objawów, zależnych

od podrażnienia nerwów czuciowych, porażenia nerwów naczyń ruchowych oraz uszkodzenia ciągłości naczyń włosowatych, a nawet drobnych żył. Mamy więc ból, obrzmienie, spowodowane przesiąkaniem do tkanek surowicy z porażonych naczyń, oraz sino-czerwone lub wręcz sino-czarne zabarwienie obrzmienia od krwi, broczącej z naczyń przerwanych lub przepełnionych krwią. To nagromadzenie krwi w samym mięszu obrażonej tkanki nazywa się krwiałem, po łacinie *haematoma* od greckiego (αἷμα — krew). Jeżeli na skutek urazu lub z innej przyczyny pęka naczynie krwionośne w ścianie jakiejś jamy zamkniętej, to krew do niej wylana lub sącząca się zbiera się zgodnie z prawem ciśnienia w najniższej położonych uchyłkach jamy, gdzie długi czas pozostaje w stanie płynnym, i przy zmianie położenia chorego zmienia też miejsce swego nagromadzenia. Takie wolne nagromadzenie krwi, która wypłynęła z naczyń krwionośnych, w jamie, już przedtem istniejącej, nazywa się krwistkiem z grecka *haematocoele*. Poszczególne odmiany krwistków mają nazwy, zależne od umiejscowienia, a więc: *haemothorax*, *haemarthrosis*, *haemopericardium*.

Stanisław Justman.

## Résumé des articles originaux.

J. HANDZEL. Pathogénie et traitement des altérations statiques de la colonne vertébrale chez les nourrissons et chez les enfants à l'âge scolaire.

La physio-pathologie de la colonne vertébrale est en rapport avec sa constitution anatomique. Un rachis normal a trois points de moindre résistance: 1) la région lombo-sacrée, 2) XII verteb. dorsale et 3) VI dorsale. Il faut attirer l'attention surtout sur la première enfance. Les altérations observées à cette période sont pour la plupart congénitales et relèvent en majeure partie du rachitisme qui est aussi héréditaire. Le diagnostic et le traitement adéquat préservera de nombreux ennuis. Les affections statiques de la colonne vertébrale datent de la première enfance parce que l'école elle-même peut être ici à peine incriminée, ce qui a été démontré par de nombreuses recherches et statistiques. Les lésions statiques du rachis qui surviennent en dehors de l'âge scolaire relèvent principalement de la maladie de Scheuermann. La gymnastique active et le massage jouent dans le traitement un rôle dominant.

A. P.

B. JOCHWEDS et A. WAJNGOT. Etude clinique sur la vitesse de la circulation par la méthode de saccharine de Lian et Facquet.

Les auteurs ont vérifié la valeur de l'épreuve de saccharine de Lian et Facquet sur 200 malades. La vitesse de la circulation était ralentie dans les cas d'insuffisance cardiaque, même dans les périodes d'insuffisance relative; chez les cardiaques après un effort la circulation se ralentissait encore plus. L'insuffisance circulatoire périphérique, la limitation de la surface respiratoire pulmonaire, l'accouchement, la narcose n'influençaient pas „le temps circulatoire saccharinique“.

TREŚĆ: J. W. S. p. Henryk Sochański. — J. HANDZEL. Patogeneza i leczenie zmian statycznych kręgosłupa u niemowląt i dzieci wieku szkolnego. (Dok.). — B. JOCHWEDS i A. WAJNGOT. Badania kliniczne nad szybkością krwiotoku metodą sacharynową Liana i Facqueta. — M. LEŃSKI. Z kuzuistyki chorób płuc. — L. DMOCHOWSKI. O nowotworach, dających się przenosić za pomocą przesączów bezkomórkowych. (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — A. WAJNGOT. W sprawie stosowania kwasu adenilowego. — J. NELKEN. Humanizacja wojny w świetle zagadnień higieny psychicznej. (C. d.) — Wiadomości bieżące. — Colloquium terminologicum.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: J. W. Feu Dr Henri Sochański. — J. HANDZEL. Pathogénie et traitement des altérations statiques de la colonne vertébrale chez les nourrissons et chez enfants à l'âge scolaire (fin). — B. JOCHWEDS et A. WAJNGOT. Etude clinique sur la vitesse de la circulation par la méthode de saccharine de Lian et Facquet. — M. LEŃSKI Trois cas des maladies des poumons. — L. DMOCHOWSKI. Sur les tumeurs transférables par les filtrats sans cellules. (Rev. gén.). — A. WAJNGOT. A propos d'administration d'acide adénilique. — J. NELKEN. L'humanisation de la guerre au jour des problèmes de l'hygiène psychique. (suite).

M. LEŃSKI. Trois cas des maladies des poumons.

##### I. Un cas de pleurésie biexsudative.

Dans la cavité pleurale droite se trouvaient deux épanchements, séro-fibrineux et purulent. Les épanchements se localisaient dans deux cavités, comme l'a montré l'examen radiologique. L'épanchement séro-fibrineux a été retiré par ponction en quantité de 700 cent. cubes. L'épanchement purulent a été évacué par la pleurotomie avec résection costale. Le malade guérit après une longue convalescence qui dura dix-sept mois sans déformation thoracique.

##### II. Un cas de cancer primitif du poudon.

L'auteur a observé une malade, qui se plaignait de dyspnée et d'enrouement. L'examen des poumons n'a pu révéler que des signes minimes. L'image radiologique des poumons présentait une augmentation des glandes lymphatiques de hile droit. Les glandes lymphatiques du côté opposé étaient normales. Le foie était augmenté et dur. On a posé le diagnostic de cancer primitif du poudon avec métastases dans le foie, ce qui était prouvé par l'examen posthume. L'auteur insiste sur la grande valeur de dyspnée pour le diagnostic précoce du cancer du poudon quand les signes physiques font défaut.

##### III. Un cas de pneumothorax médical (essentiel) au cours d'une pneumonie lobaire septique.

Chez un malade qui a présenté des signes de rhumatisme articulaire aigu s'installaient les symptômes cliniques d'une pneumonie lobaire. Quelques jours après l'examen a révélé les symptômes d'un pneumothorax, à quoi s'était ajouté un épanchement purulent.

##### A. WAJNGOT. A propos d'administration d'acide adénilique.

L'auteur décrit trois cas d'angiospasme aigu, traités avec un effet très bon et vite par de grandes doses d'acide adénilique.