

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

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

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

Rok XIII

WARSZAWA, 19 MARCA 1936 R.

Nr. 10-11.

CHARLES NICOLLE.



Dnia 29 lutego 1936 roku zmarł Charles Nicolle. Śmierć Jego była oczekiwana: z bólem przez przyjaciół i wielbicieli, ze stoicyzmem filozofa przez Niego samego.

Szkicując sylwetkę tego niezwykle badacza, człowieka o wyjątkowym uroku osobistym, chciałbym w skróceniu jedynie powtórzyć, co pisałem we wstępie do polskiego tłumaczenia Jego książki: *Narodziny, życie i śmierć chorób zakaźnych* *). Nie dlatego, by nie-

można było wydobyć z karty Jego życia tonów pełniejszych. Ale dlatego, że przedmowa moja zyskała Jego własną aprobatę, że wywołała odpowiedź, która mnie wzruszyła do głębi: pisał, że była ostatnim przeblaskiem szczęścia, który Go spotkał. Mam głębokie wewnętrzne przekonanie, że, podając w ten sposób Jego biografię, spełniam obowiązek pietyzmu wobec Zmarłego. Zmienię jedynie trochę dyspozycję, wysuwając na pierwszy plan to, co interesuje lekarza.

„Zakres zainteresowań Nicolle'a z dziedziny chorób zakaźnych jest wyjątkowo wielki. Dur plamisty, dury powrotne, Kala Azar, jaglica, gorączka falująca, grzybice, zarazki przesączalne, pierwotniaki i t. p. były przedmiotem badań tego wielkiej miary uczonego. Najdonioślejsze odkrycia Nicolle'a dotyczą duru plamistego. W badaniach epidemiologicznych i doświadczalnych, które Mu przyniosły sławę światową i nagrodę Nobla, nie tylko stwierdził rolę wszy w przenoszeniu duru plamistego, ale również bliżej określił warunki rozwoju zarazka we wszy. Udało mu się także przeniesić dur plamisty na zwierzęta i zainicjować zagadnienie seroterapii. Prace te są podstawą naszych współczesnych zabiegów sanitarnych w stosunku do duru plamistego.

Poza badaniami nad dudem plamistym Nicolle wyświecił również epidemiologię duru powrotnego. I tutaj wesz gra rolę zasadniczą, jednakże na mocy zupełnie odmiennego mechanizmu: zarazek dostaje się do krwi nie przez ukąszenie, a jedynie wtedy, gdy wesz zostanie rozniesiona. Wspomniane prace, które wymagają wyjątkowej spostrzegawczości i wielkiej zręczności doświadczalnej, należą do najsutelniejszych w dziedzinie parazytologii. Nicolle'owi udało się również wyświecić ciekawy mechanizm przenoszenia krętków przez kleszcze: dowiódł mianowicie, że osobniki dorosłe nie przenoszą krętków w stanie dojrzałym, lecz czynią to jedynie ich larwy. Nicolle wykrył też szereg nowych krętkowic u zwierząt. W zakrojonych na bardzo szeroką skalę badaniach autor wykazuje, że rezerwuar wszystkich tych zakażeń znajduje się w małych gryzoniach.

*) *Mathesis* Polska 1935.

W subtelnych badaniach dowiódł, że krętki przechodzą przez okres niewidzialny, w którym są znacznie więcej zjadliwe, a więc ich widzialna odmiana nie jest ich jedyną możliwą postacią bytowania. Według poglądów Nicolle'a postać krętków jest postacią nie zjadliwą, niejako wspomnieniem odległych epok, gdy krętki nie posiadały jeszcze własności chorobotwórczych i nie były przystosowane do współżycia z makroorganizmem. Nicolle pierwszy wyhodował zarazki Kala-Azar. Uzyskuje hodowlę *Leishmania tropica*, wywołuje doświadczalne schorzenia zwierząt, wykazuje stosunek wzajemny pomiędzy wrzodem wschodnim a Kala-Azar, stwierdza zakaźność jaglicy i rolę muchy w jej rozpowszechnieniu. Pracując nad gorączką falującą, stwierdził wrażliwość na nią świnki morskiej i zwrócił uwagę na niebezpieczeństwo tej choroby, nazywając ją chorobą przyszłości. W 1919 r. Nicolle stwierdził własności zapobiegawcze surowic odrowych, ca dało początek metodzie zapobiegania odrze zapomocą surowic ozdrowieńców. Inne prace Nicolle'a dotyczą trądu, durów rzekomych, czerwoni, grzybic; wykrywa on szereg nowych pierwotniaków, ogłasza prace serologiczne o aglutynacji drobnoustrojów, o jdach skorpionów i wiele, wiele innych prac, których wyliczanie zaprowadziłoby nas zbyt daleko".

Być może, niesłusznie — ale nigdy nie mogłem się oprzeć wrażeniu, że pewien sposób odczuwania wyraża się nietylko w koncepcjach społecznych, w ustosunkowaniu się do etyki, ale i w koncepcjach przyrodniczych. Nicolle stworzył pojęcie patologii bezobjawowej. Przesłanki myślowe i spostrzeżenia, które doprowadziły do tego pojęcia, będącego, moim zdaniem, największą rewolucją w dziedzinie bakterjologii od czasów Roberta Kocha, scharakteryzowałem w sposób następujący:

„Nicolle z uczuciem wstrętu patrzy na walki pomiędzy ludźmi. W książce autor poświęca temu zagadnieniu ustęp specjalny: „Czy nie mamy dość niezasłużonych klęsk ze strony nieodpowiedzialnego a złego losu? Poco stwarzać sobie nowe, nieludzkie i okrutne cierpienia?... Budżet ostatniej wojny, oddany do dyspozycji uczonych, byłby pozwolił oddalić od ludzkości, a nawet nazawsze usunąć widmo niejednej z naszych najcięższych chorób. Niestety, jednak przesady, szal i przewrotność ludzi chciałaby je kiedyś zmobilizować i uczynić z nich, jeśli to możliwe, narzędzia podboju i zniszczenia... Jedynym godnym pochwały zdobywcą jest nauczyciel i lekarz. Tylko ich czynność jest jedynym usprawiedliwieniem zdobywania słabych narodów przez silne”.

„Czyż jest przypadkiem, że ten czuły na wszelkie tragedje umysł inaczej reaguje na walkę pomiędzy gatunkami, inaczej wnika w cierpienia choroby zakaźnej?

Nicolle czyni pozornie drobne spostrzeżenie: zauważył on, mianowicie, że zarazek duru plamistego może krążyć u zwierzęcia, nie wywołując żadnych objawów chorobowych. Intuicją wielkiego biologa przeczuwa natychmiast odmienny mechanizm współżycia pomiędzy mikro-i makroorganizmem i stwarza pojęcie zakażenia bezobjawowego i patologii bezobjawowej. Czyżby poszczególne gatunki miały istnieć jedynie po to, ażeby się wzajemnie zwalczać i niszczyć? Myśl ta, związana, być może, z jego ogólnym poglądem na świat, stwarza nową wizję świata niewidzialnego. Choroba, ból i cierpienie są jedynie chwilowym skutkiem starcia świata widzialnego z niewidzialnym. Współżycie, nie-

tylko walka, jest wielkiem prawem natury. I tu autor rozstrzuwa przed nami cudowne, pełne głębi myśli, w jaki sposób mogły powstać choroby zakaźne, jakie były motywy biologiczne, aby zarazek chorobotwórczy chciał i mógł wnikać do ustroju, jakie są skutki tych zmagania dla wytworzenia objawów chorobowych, i jak w perspektywie tysiącleci patologia objawowa zamienia się w bezobjawową. Jeśli porównamy prace i podręczniki współczesnej bakterjologii z tą próbą cudownej syntezy, obejmującą całość zagadnień o byt gatunków, odnosimy wrażenie, że jedynie badacz z duszą poety może dać prawdziwą syntezę naukową chorób zakaźnych”.

Powyższe cytaty odzwierciedlają wyniki pracy badawczej Nicolle'a. Nie oddają jednak one jego ustosunkowania się do świata, mówią, co Nicolle zrobił, a nie, co czuł. Nie znam we współczesnym piśmiennictwie badacza, któryby tak pragnął oddać współczesnym głębię nietylko swoich myśli, ale właśnie ich przesłanek uczuciowych. W wykładach swoich w Collège de France: „Introduction à la carrière de la médecine expérimentale” i „L'expérimentation en médecine” autor daje ujście głęboko tkwiącym instynktom poety-filozofa. O umysłowości klinicysty pisze: „Mózg jego powinien być jakgdyby lustrem: posiadać czułość i wyrazistość przy wyzbyciu się przesądów, idei wiernie przekazywanych, idei szkoły”. I pisze dalej: „Istnieje sprzeciw pomiędzy zmysłem nauczania i badania. Konieczność wszechstronnej wiedzy stwarza stan umysłu, który oddala pedagoga od badacza. Badacz powinien unikać przeładowania swego mózgu. Dobrze jest, czasami nawet doskonale, gdy są tam luki. Bez luk inteligencja badacza nie ośmielałaby się na łączenie idei zuchwałych i promiennych, które odrzucają umysłowości uporządkowane, zbyt przesycone wiedzą, zbyt wydyscyplinowane”. Następujące cudowne słowa charakteryzują jego stosunek do motywów pracy badawczej: „Nie poto poświęcili uczeni swoje życie działalności badawczej, aby pysnić się swem powodzeniem, lecz jedynie dla zadośćuczynienia swemu nieskończonemu pragnieniu wiedzy, dla samej rokoszy badania. Czyż nie jest cechą geniuszu niestałość wobec swej zdobyczy? Odbiorą mu jedno, on przecież znajdzie inne. Na Boga! O cóż tu idzie? O chimery! chimier wystarczy dla wszystkich. Każdy z nas może ich wziąć, ile tylko zamarzy”.

Swój stosunek do Polski omówił Nicolle w pełnym ciepła wewnętrznego wstępie do polskiego wydania swojej książki. Pisał o dziejowej roli Polski, o swojej głębokiej sympatii dla niej, o szacunku i przyjaźni, jaką darzy jej kulturę i poszczególnych przedstawicieli nauki polskiej. Rodaczka nasza, p. Sparrow, była Jego ulubioną uczenicą, z którą w ostatnich latach swojego życia odbywał szereg podróży naukowych. Polskie tłumaczenie książki swojej „Narodziny, życie i śmierć chorób zakaźnych” otrzymał Nicolle przed śmiercią, złożony chorobą, wiedząc, że tego roku nie przeżyje. Dziękował mi za wstęp w liście, który był Jego listem pożegnalnym, i który chciałbym podać polskiemu czytelnikowi:

Institut Pasteur Tunis 26.XII.1935. „Mon cher Ami! Je vous suis infiniment reconnaissant de la préface que vous avez donnée à l'édition polonaise de mon livre sur „Le destin des maladies infectieuses”. C'est un hommage excessif, mais je l'accepte parce qu'il vient d'un homme comme vous qui a su voir dans le

texte ce qui y est vraiment une oeuvre aussi voisine de l'art que de la science.

A ce titre nous sommes bien faits pour nous comprendre et le français ne se sépare point d'un polonais.

Vous savez la gravité de mon état. Votre préface aura été une des dernières lueurs de bonheur pour moi. Soyez en remercié par les miens et par moi.

*De tout coeur
Charles Nicolle.*

W liście tym przebija nadzwyczajna skromność człowieka, którego geniuszu tajemnicą było, że umiał

patrzeć na zjawiska patologji oczami biologa i artysty. Gdy patrzył na las, widział bezmiar życia zwierząt i roślin, współżyjących ze sobą lub zwalczających się wzajemnie. Nietylko drzewa. Z listu widać, że cenił sobie nade wszystko to, że był artystą, wiedział bowiem, że podstawą wszelkiej pracy twórczej jest wyobraźnia i namiętność szukania, i że między prawdziwą nauką i prawdziwą sztuką niema granic.

Życie i twórczość Zmarłego są tego dowodem.
L. Hirszfild (Warszawa).

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

O przywracaniu do życia.

Podał
Leon BINET

profesor fizjologii na Wydziale lekarskim Uniwersytetu w Paryżu.

Zagadnienie przywracania do życia staje przed nami w całej swej ostrości, gdy znajdujemy się wobec umierającego chorego lub rannego, przy ciałku noworodka w omdleniu albo zamartwicy. Czy lekarz bezsilnie pozwoli śmierci dokończyć jej dzieła? Czy też może walczyć z nią i jaką bronią?

* *
* *

W wyniku ostatecznych rozważań nie wątpimy, że śmierć jest spowodowana bądź przez zatrzymanie serca, bądź też przez zahamowanie oddechu.

I. Czy można przywrócić do życia zatrzymane serce? Wszyscy lekarze znają klasyczne doświadczenia A. Kulia b k o : w sercu zwierzęcia martwego od wielu godzin wytwarzamy krążenie ciepłego i nasyczonego tlenem płynu fizjologicznego; w wyniku tego widzimy, jak powracają skurcze serca, które wydawało się zatrzymane nazawsze. Powyższego doświadczenia dokonano nietylko z sercami królika lub ptaka, lecz także z sercami ludzkimi.

Różni badacze zalecali liczne metody, mające na celu odtworzenie czynności serca, zatrzymanego przed niezbyt długim okresem czasu: masaż serca, rytmiczne i kolejne aspirowanie i wstrzykiwanie krwi do jednej z komór unieruchomionego narządu, pobudzenie nerwów, przyspieszających rytm serca, wstrzykiwanie dosercowe adrenaliny, atropiny...

My z naszej strony mieliśmy sposobność do wykonania szeregu badań, mających na celu przywrócenie ruchów zatrzymanemu sercu. Wspomnimy tu o doświadczeniach nad komorą serca ślimaka, zatrutego chloroformem.

Badania nad sercem ślimaka (*Helix pomatia*), według metody, podanej przez H. Cardot, mogą istotnie oddać wielkie usługi badaniom nad przywracaniem serca do życia. Należy jedynie dodać, że pobudzenie serca mięczaka do skurczów jest łatwe. Do badacza zatem należy poczynienie licznych prób w celu odróż-

nienia skurczów serca samoistnych od skurczów, spowodowanych warunkami doświadczenia.

Jeśli do kiuwety kardjografu, zawierającej 5 cm.³ odpowiedniego roztworu, zapewniającego regularną czynność izolowanej komory sercowej ślimaka, dodamy 1 cm.³ tegoż roztworu, uprzednio nasyczonego chloroformem, wówczas stwierdzimy wstrzymanie ruchów serca.

Czy może ono wznowić swą czynność? Usuwamy płyn, zawarty w kiuwecie kardjografu, i wielokrotnie przemycamy nasz model doświadczalny zwykłym roztworem fizjologicznym. Jeżeli zatrucie było nieznaczne — stopnia, serce poczyną kurczyć się samoistnie. W przeciwnym razie, gdy zatrucie było silniejsze — pozostaje nadal nieruchome. Czy dodanie do płynu fizjologicznego tego lub owego leku może wznowić skurcze unieruchomionego serca?

Doświadczenia nasze wykonywaliśmy z chlorkiem adrenaliny, siarczanem sparteiny, siarczanem atropiny, azotanem pilokarpiny, kofeiną i kamforą. Odczytanie 35 krzywych kardjograficznych wykazało nam istotnie zastanawiające wyniki z kofeiną i kamforą.

Dodanie 1 cm.³ 1% roztworu kofeiny w roztworze fizjologicznym (1 cm.³ = 0,01 kofeiny) do 5 cm.³ płynu, w którym zanurzone jest unieruchomione serce, przywraca mu utraconą kurczliwość. Skurcze serca będą równomierne, wydadne, przeważnie wolniejsze, niż normalnie, ale trwające przez długi okres czasu. Ponowne zatrucie chloroformowe zatrzymuje znów bijące serce. Dodanie kofeiny po uprzednim opłukaniu serca roztworem fizjologicznym przywróci narządowi jego działanie. Kamfora, rozpuszczona na zimno i do nasycenia w odpowiednim roztworze solnym, ma te same własności: 0,5 cm.³ owego roztworu kamfory dodane do 5 cm.³ płynu, wypełniającego kiuwetę kardjografu, jest w stanie wznowić skurcze zatrzymanego serca.

Zatem wyosobnione serce ślimaka, zatrzymane wskutek zatrucia chloroformowego, może zostać pobudzone dzięki dodaniu kamfory lub kofeiny do płynu odżywczego. W wykonanych przez nas doświadczeniach oba ciała chemiczne dały znaczną liczbę dodatnich wyników (w stosunku 8 na 10).

II. Wiadomo jednak, że zatrzymanie serca nie jest jedyną przyczyną śmierci. W wielu przypadkach powodem jej jest uszkodzenie ośrodka oddechowego („węzła życia” dawnych badaczy). Obserwacje fizjolo-

giczne, dokonane nad topielcami i porażonymi prądem elektrycznym, badania nad niektórymi przypadkami, towarzyszącymi ogólnemu znieczuleniu (*syncope respiratoire toxique*) lub znieczuleniu lędzwiowemu (zatrucie ośrodka oddechowego przez roztwór znieczulający, wprowadzony do kanału kręgowego), przypadki zatrucia ośrodka oddechowego jadem bakteryjnym (porażenie błonicze) lub ucisku przez guzy rdzenia przedłużonego pouczają nas, że w niektórych przypadkach śmierci trzeba liczyć się z porażeniem opuszki. Należy zatem umieć przeciwstawić im racjonalne metody lecznicze.

W ten sam sposób, jak ustalono zagadnienie uczynnienia serca dzięki działaniu czynników farmakodynamicznych, należy podkreślić możliwość pobudzenia chemicznego zahamowanego ośrodka oddechowego.

Doświadczenia, dokonane na serii królików, u których ośrodek oddechowy został częściowo zahamowany przez morfinę, pozwoliły podkreślić doskonałe wyniki, otrzymane przez zastrzykiwania lobeliny, heksetonu, koraminy i pentametylentetrazolu.

Badania, prowadzone nad izolowaną psią głową, w której krążenie utrzymuje inny krwiodawca, pchnęły naprzód naukę o działaniu czynników farmakologicznych, pobudzających czynność ośrodka oddechowego. W szczególności zaś doprowadziły do odróżnienia dwójakiego mechanizmu działania: bezpośredniego na ośrodek, rządzący czynnością oddechową, i pośredniego, odruchowego na *nervus caroticus*. C. Heymans, L. Dautrebände i Ed. Zunn zdołali w ten sposób dokonać bardzo ciekawych badań nad mechanizmem pobudzenia oddechu przez lobelinę, siarczan hordeniny, koraminę, sparteinę i pentametylentetrazol.

Osobiście zanotowaliśmy bardzo zachęcające wyniki zastrzykiwań kofeiny do tętnicy szyjnej izolowanej głowy psa, którego czynność oddechowa została uprzednio zahamowana przez wstrzyknięcie kodeiny, morfiny, somnifenu lub też jadu błoniczego.

Chcielibyśmy tu również wspomnieć o naszych badaniach nad rybami. Sądziliśmy *a priori*, że skrzela rybie są doskonałym modelem do badań fizjologicznych nad zahamowaniem i pobudzeniem ośrodka oddechowego. W wyborze skrzela rybiego kierowaliśmy się tem, że jest to doskonały narząd absorbujący, o naczyniach odśrodkowych, doprowadzających krew do odgałęzień aorty, których zespolenie tworzy koło tętnicze główowe.

Doświadczenia nasze przeprowadziliśmy na rybach morskich (*Gobius lota*), względnie rybach wód słodkich (*Carassius auratus*).

Do wstrzymania czynności oddechowej ryb użyliśmy ciał toksycznych (chloroformu, gardenalu) lub też czynników fizycznych: porażenia prądem elektrycznym, ogrzania do $t^{\circ} 36^{\circ}$ — 38° , pozostawienia bez wody w ciągu pewnego czasu. Po stwierdzeniu długotrwałego wstrzymania ruchów oddechowych przenosiliśmy badane ryby do wody zwykłej lub też zawierającej określone ilości kofeiny. W ten sposób mogliśmy zauważyć uderzające wyniki: wielka liczba ryb, zanurzonych w wodzie zwykłej, ginęła lub też ponawiała swe ruchy oddechowe po długim czasie, natomiast u ryb, przeniesionych do wody kofeinowanej, czynność oddechowa zjawiała się znacznie wcześniej, a względna liczba ryb nie ginących była bardzo wielka.

Można zatem, używając właściwych związków chemicznych, przywrócić zahamowaną czynność ośrodka oddechowego.

W życiu praktycznym jednak przy nagłym zatrzymaniu oddechu należy przedewszystkiem i jaknajszyb-

ciej wprowadzić w ruch sztuczne oddychanie, które nietylko walczy z zamartwicą, powstającą wskutek braku wentylacji płucnej, lecz pobudza drogą odruchu ośrodek oddechowy rdzenia przedłużonego. Metody Sylvestra i Schäfera oraz stosowanie aparatów, zbudowanych przez G. Panisa, L. Chérona, C. Cotta, Ch. Hederera, mają dużą wartość praktyczną. Ostatnio ustaliliśmy budowę własnego przyrządu, zezwalającego na zapewnienie sztucznego oddychania u osobnika, znajdującego się w trwałym bezdechu.

Przyrząd ten kombinuje czynność mechaniczną, otrzymaną wskutek zewnętrznego pneumatycznego ucisku klatki piersiowej i brzucha, z automatyczną inhalacją gazu, pobudzającego normalną akcję oddechową, a więc tlenu lub dwutlenku węgla.

Składa się on z nierozciągliwego pasa, zawierającego wewnątrz pneumatyczną poduszeczkę, która, nadymana, wznosi się lub opada, a przytem naprzemian, według normalnego rytmu oddechowego, uciska lub zwalnia okolice piersiowobrzuszną danego osobnika.

Gdy ciśnienie gazu w poduszczece dochodzi do granic, uprzednio ustalonych przez dane fizjologiczne, poduszczyzna opróżnia się dzięki specjalnemu wentylowi, który wprowadza gaz do wnętrza maski oddechowej. Klatka piersiowa, nagle wyzwolona z ucisku, rozszerza się dzięki swej sprężystości i dokonywa wdechu w tej samej chwili, gdy gaz dopływa do wnętrza maski. Odpowiednia budowa maski zapobiega nadmiernemu i szkodliwemu dla ustroju ciśnieniu gazu w masce. Budowa całego przyrządu oparta jest na możliwości okresowego odtwarzania cyklu ruchów wdechowych i wydechowych, których rytm może być zmieniany stosownie do potrzeb. Zaopatrzenie w gaz jest zapewnione dzięki źródłu gazu (tlenu i dwutlenku węgla lub ściśnionego powietrza), znajdującego się pod ciśnieniem 150 kg., w butli, zaopatrzonej w zawór dekompresyjny i zawór bezpieczeństwa. Zresztą, do opisanego aparatu można użyć każdego innego urządzenia (kompresora lub pompy powietrznej), umożliwiającego nadymanie poduszki specjalnym gazem lub otaczającym powietrzem. Do zespołu materiału, służącego niesieniu pierwszej pomocy, należy w szczególności pompka powietrzna nożna według modelu, używanego w lotnictwie francuskim.

W ten sposób w braku butli ze ściśnionym gazem zapewnia się mimo to natychmiastowe użycie aparatu. Wydobywanie się gazu z poduszki zapewnia zwykły mechanizm, działający pod wpływem wzrostu ciśnienia, doprowadzający określoną ilość gazu do maski i wstrzymujący dopływ gazu z chwilą spadku ciśnienia w poduszczece. W zależności od objętości dostarczanego powietrza ciśnienie osiąga swą graniczną wartość szybciej lub wolniej.

Zwykła regulacja dopływu gazu, otrzymana przez odpowiednie ustawienie zaworu dekompresyjnego, pozwala natychmiast otrzymać normalny rytm oddechowy, który nie zmienia się wskutek zespolenia zaworu dekompresji z mechanizmem zaworu wydechowego. Pas wraz z poduszką pneumatyczną może być używany niezależnie od jakiegokolwiek podpórki lub też oparty na lekkiej ramie, która pozwala unieść w górę barki i głowę chorego. Pozatem opisany przyrząd pozwala odłączyć dowolnie i szybko czynność mechaniczną od inhalacji tlenu, czy dwutlenku węgla. W ten sposób po pierwszym okresie działania przyrządu, z chwilą doprowadzenia chorego do własnego aktu oddechowego, wystarczy dzięki rozpięciu pasa wyeliminować działanie mechaniczne, aby nie prze-

ciwstawiać się naturalnemu rytmowi ruchów oddechowych chorego. Poduszka, połączona z maską przy pomocy grubej rurki gumowej, gra zatem rolę balonu, regulującego ciśnienie, a cały aparat działa nakszałt zwykłego inhalatora.

Podane przez nas krótkie strzeszczenie metod, służących pobudzeniu serca i narządu oddechowego, wyka-

zuje, że sprawa ta zajmowała i dotąd zajmuje licznych badaczy. Ciekawe wyniki, otrzymane do tej pory, pozwalają przypuszczać, że przyszłość będzie owocniejsza w zdobycze i lekarzowi, który staje obok umierającego człowieka, dostarczy nowych wartościowych metod leczniczych.

Z rękopisu francuskiego przełożyła Fr. L.

Z klinik, szpitali i pracowni

Maczugowce błonicy z materiału klinicznego łódzkiego w hodowlach na podłożach Clauberga^{*)}.

Podał

Jan ŻURKOWSKI (Łódź).

Na wstępie chciałbym udzielić wyjaśnień w sprawie tytułu mej pracy. Chodzi tu o wykazanie pewnych własności szczepowych maczugowców błonicy w hodowlach na podłożu Clauberga. Własności te jednak będą odnosiły się tylko do tych szczepów, które zostały wyodrębnione z materiału klinicznego łódzkiego, i mogą posiadać w hodowlach zupełnie inne cechy, niż te, o których piszą inni autorzy.

Faza epidemiologiczna, z której pochodzą maczugowce błonicy, nie jest bowiem bez wpływu na ich przejawy biologiczne. Okoliczność, że własności szczepowe maczugowców błonicy w Leeds są odmienne od własności szczepowych takich samych maczugowców w Edynburgu, czy Staffordshire, upoważnia do takiego postawienia sprawy.

Wprowadzenie pożywki Clauberga do diagnostyki bakteriologicznej błonicy powitać należy jako duże ułatwienie. Blisko dwuletnie korzystanie z jej usług pozwoliło mi przekonać się o jej niewątpliwych walorach. Są one następujące:

1) Pożywka Clauberga daje możliwość makroskopowego wyeliminowania tych przypadków, w których niema się do czynienia z maczugowcami grupy *corynebacterium*. Posiada ona bowiem własności wybiórcze w stosunku do maczugowców błonicopodobnych, a inne drobnoustroje, jeśli na niej wyrastają, dają obraz zupełnie odmienny.

2) Pożywka Clauberga w niektórych przypadkach daje możliwość rozpoznawania makroskopowego kolonij błonicy i odróżniania ich od kolonij rzekomobłonicy.

3) Na pożywce Clauberga izolowanie czystych kolonij błonicy jest wydatnie ułatwione.

Jeżeli do tego dodać spostrzeżenia szeregu autorów, którzy mogli stwierdzić, że pożywka Clauberga posiada własności sprzyjające wzrostowi maczugowców błonicy w stopniu większym, aniżeli posiada je surowica Loefflera, to przewaga tego podłoża stanie się oczywista.

Nie znaczy to jednak, aby trudności w różnicowaniu kolonij dyfterytycznych od dyfteroidów przestały istnieć. Chociaż w pracach Clauberga oraz autorów, omawiających wartość jego podłoża, są wskazane cechy, mające odróżnić jeden rodzaj bakterij od drugiego, to jednak cechy te, według mego doświadczenia, niezawodnym kryterjum nie są.

Często spotykamy się z kolonjami, których wygląd

makroskopowy i obraz sporządzonych z nich preparatów mikroskopowych nie daje dostatecznych podstaw do zakwalifikowania ich do tej lub innej grupy. Dlatego w zdobyciu doświadczenia widziałem środek najpewniejszy, mogący do tego rodzaju rozgraniczenia się przyczynić.

W tym celu przystąpiłem do określania własności szczepów maczugowców błonicopodobnych, wyhodowanych na podłożu Clauberga. Wyniki zestawilem z obrazem klinicznym przypadków, skąd szczepy te pochodziły.

Drugą rzeczą, którą miałem na względzie, było: czy nie da się w obrębie szczepów błonicy spotkać pewnych typów, które zostały różnicowane przez Andersona, Hapolda, McLeod i innych, jako typy: *gravis*, *intermedius* i *mitis*.

W badaniach swoich postępowałem w sposób następujący: materiał podejrzany wysiewany był na podłożu Clauberga. Po 24—48 godzinach, o ile otrzymywałem kolonie, które upoważniały do przypuszczenia, że ma się do czynienia z maczugowcami błonicopodobnymi, przenosiłem do buljonu, skąd zaraz wysiewałem na płytce Loefflera. Uzyskane czyste szczepy, sprawdzone w preparatach mikroskopowych, przeszczipiałem na szereg podłoży. Szereg ten składał się z:

- a) 4-ch pożywek Knappa, zawierających węglowodany: dekstrozę, dekstrynę, glikogen i skrobię;
- b) płynu hormonalnego dla stwierdzenia zmętnienia, osadu i błonki;¹⁾
- c) płynu hormonalnego z indykatozem dla określenia Ph podłoża;²⁾
- d) agaru zwykłego;
- e) buljonu cielecego dla otrzymania toksyn.

Prócz tego każdy ze szczepów sprawdzany był w odczynie wśródskórnym na świnkach morskich sposobem Römera. Świnki szczepione były nie tylko zawiesiną 20 godzinnej hodowli na podłożu Loefflera, ale i 7-dniową toksyną, otrzymaną w hodowli buljonowej.

W ten sposób zbadano 103 szczepy. Wszystkie one pochodziły z materiału klinicznego Szpitala Anny-Marji dla dzieci w Łodzi, co dawało możliwość zestawienia ich własności z przebiegiem schorzeń.

Otrzymane wyniki ilustruje tablica Nr. 1.

Widać z niej, że wyodrębnione szczepy w granicach użytej techniki dają bardzo dużą rozpiętość. Jeżeli szczepy te wcisnąłem w ramki 7 poszczególnych grup, z których każdą charakteryzują mniej więcej jednakowe własności, to uczyniłem to z pewną przemocą kosztem indywidualności szczepów.

Tego rodzaju podział grupuje szczepy zależnie od nasilenia cech biologicznych, począwszy od takich, które dają wybitne odczyny na świnkach, węglowodanach, maksymalnie zakwaszają podłoża indykatorowe, odpowiednio zachowują się na agarze, płynie hormonalnym i posiadają cechy hodowlane i morfologiczne, właściwe

^{*)} Referat wygłoszony na VI Zjeździe Mikrobiologów Polskich w Łodzi w dniu 2.XI 35 r.

Grupa		Liczba szczepów w grupie	Pochodzenie szczepów i ich liczba	Wygląd kolonii maczugowców wyhodowanych na podłożu Clauberg (II) po 24 — 48 godz.	Morfologia moczurowców wyhodowanych na podłożu Clauberg (II) w preparatach barwionych	Własności hodowlane szczepów	Zakwaszanie podłoża węglowodanowych po 48 godz. w stop. od — do:					Ph. płynu hormonalnego z indykatorem:			Oczny wśród skórnym na świnkach w stopniach od — do:			Dane kliniczne i zejście: S — przebieg ciężki, L — przebieg lekki, W — wyzdrowiał, ⊕ — zmarł wsk. komplik. lub innego schorzenia		Liczba jednostek anty-toks. stosow. surowicy u zmarłych	Rodzaj komplikacji lub
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
I	9	gardło 7 nos 2	Wielkość od najdrobniejszej do 1,5 mm, wypukłej, o brzegach równych, białe, ciemne-szare o rozmaitem, natężeniu barwy, w środku wznesione lub intensywniej zabarwione	długie i średnie, cienkie, niekiedy zgięte, niekiedy maczugowate, układ przeważnie typowy (V ⊥)	+++ ++ ±	wzrost ledwie podług dostrzeżalny, niekiedy bardziej widoczny	delikatne ledwie podług dostrzeżalne zmętnienie pykawałe i wyraźny osad	+++ ++ +	+++ ++ +	+++ ++ +	+++ ++ +	6,8 do 7,4 6,8 do 7,2 6,8 do 7,0	6,8 do 7,2 6,8 do 7,4 6,8 do 7,0	+++ ++ +	+++ ++ +	+++ ++ +	C = 6 S = 3	+++ ++ +	20,000 40,000 20,000 50,000	?	
II	19	gardło 17 ucho 1 nos 1	"	"	+++ ++ ±	"	"	+++ ++ +	+++ ++ +	+++ ++ +	+++ ++ +	6,8 do 7,4 6,8 do 7,2 6,8 do 7,0	6,8 do 7,2 6,8 do 7,4 6,8 do 7,0	+++ ++ +	+++ ++ +	+++ ++ +	C = 8 S = 11	+++ ++ +	15,000 45,000 30,000	?	
III	27	gardło 26 ucho 1	"	niekiedy krótkie	+++ ++ ±	"	"	+++ ++ +	+++ ++ +	+++ ++ +	+++ ++ +	7,0 do 7,6 6,8 do 7,4 6,8 do 7,4	6,8 do 7,2 6,8 do 7,4 6,8 do 7,4	+++ ++ +	+++ ++ +	+++ ++ +	C = 7 S = 19 L = 1	+++ ++ +			
IV	2	gardło 1 nos 1	"	"	+++ ++ ±	"	"	+++ ++ +	+++ ++ +	+++ ++ +	+++ ++ +	7,4 do 7,6 7,2 do 7,6 7,2 do 7,8	7,2 do 7,6 7,2 do 7,8 7,0 do 7,8	+++ ++ +	+++ ++ +	+++ ++ +	C = 1 S = 1	+++ ++ +	20,000 10,000 25,000 45,000		
V	20	gardło 8 nos 1 ucho 1	"	"	+++ ++ ±	niekiedy palisadowe ułożone	niekiedy w postaci dużych białych kolonij	+++ ++ +	+++ ++ +	+++ ++ +	+++ ++ +	7,2 do 7,6 7,2 do 7,6 7,0 do 7,8	7,2 do 7,6 7,2 do 7,8 7,0 do 7,8	+++ ++ +	+++ ++ +	+++ ++ +	C = 9 S = 1	+++ ++ +	20,000 10,000 25,000 45,000		
VI	30	gardło 16 nos 5 ucho 7 oko 2	"	"	+++ ++ ±	przeważnie dobrze rosłą w postaci słuzowych białych kolonij	"	+++ ++ +	+++ ++ +	+++ ++ +	+++ ++ +	7,4 do 7,8 7,2 do 8,0 7,2 do 8,2	7,2 do 7,8 7,2 do 8,0 7,2 do 8,2	+++ ++ +	+++ ++ +	+++ ++ +	C = 10 S = 15 L = 4 ? = 1	+++ ++ +	?		
VII	6	gardło 1 ucho 2 oko 1 nos 1 papiek 1	1) Drobne, jasno szare, blyszczące, niepodobne do wyżej opisanych. 2) nieco większe, pomarszczone, lub drobnopłaskie, trudno dające się zdjąć z podłoża.	krótkie, przeważnie grubo ułożone	± —	"	dobrze rosłą w postaci białych lub pomarszczonych kolonij	+++ ++ +	+++ ++ +	+++ ++ +	+++ ++ +	7,8 do 8,2 7,8 do 8,2 7,8 do 8,2	7,8 do 8,2 7,8 do 8,2 7,8 do 8,2	+++ ++ +	+++ ++ +	+++ ++ +	C = 3 S = 1 L = 2	+++ ++ +			

prawdziwym maczugowcom błonicy, — kończąc na tych, których odczynowość na podłożach i świnkach jest ledwie, odmiennie lub wcale nie zaznaczona.

Podczas gdy pierwsze pochodzą z przypadków klinicznie niewątpliwej błonicy, drugie także i z przypadków wątpliwych. Wśród tych ostatnich coraz częściej spotyka się szczepy, wyhodowane nie z gardła, lecz z różnych innych narządów, jak: ucho, nos, oko, pochwa, skóra i t. d.

Dokładniejsze przyjrzenie się poszczególnym grupom pozwala dostrzec, że nasilenie zjadliwości dla świnek, i to zarówno żywych maczugowców, jak i ich toksyn, jest bardzo różne. Niektóre grupy reprezentują szczepy zupełnie niezjadliwe dla zwierząt, choć posiadające w mniejszym lub większym stopniu zdolność zakwaszania węglowodanów i podłoża indykatorowego oraz mające niewątpliwie niektóre inne własności maczugowców błonicy.

Inne znów grupy wykazują ślad lub brak zakwaszania węglowodanów przy odmiennym zachowaniu się na podłożach indykatorowych i płynie hormonalnym oraz zupełnej atoksyczności dla świnek.

Zmętnienie płynu hormonalnego, zjawienie się błonki, obfity wzrost na agarze, reakcja zwrotna po kilku dniach w kierunku zwiększania się wartości PH — występują w grupach, które obejmują szczepy pod wieloma względami wątpliwe: atoksyczne dla świnek i zakwaszające tylko niektóre węglowodany, względnie zakwaszające je słabo lub wcale niezakwaszające.

Jeżeli zatrzymamy się na tych cechach morfologicznych, które w badaniach codziennych są brane za kryteria rozpoznawcze, to musimy powiedzieć, że są one wspólne dla wielu grup, nawet oddalonych od siebie. Obejmują one bardzo szeroki pas szczepów często jawnie rzekomobłonniczych.

Kolonje niewątpliwie błonnicze z materiału mojego na podłożu C l a u b e r g a wyglądają następująco: posiadają wielkość od najdrobniejszych do mających średnicę do 1.5 milimetra, są wypukłe, o brzegach równych, ciemnoszare, o rozmaitem natężeniu barwy, błyszczące, w masie matowe, niezbyt przeświecające przez podłoże, niekiedy posiadające w środku wyniosłość lub tylko intensywniejsze zabarwienie.

Wszystko to dotyczy pierwszych 5 grup. Dopiero w 6-tej i 7-ej grupie spotykamy kolonje także i o odmiennym wyglądzie, jak mysie lub smoliste, większe, płaskie, błyszczące lub bardziej matowe, posiadające na powierzchni koncentryczne kręgi i wzniesienia, niekiedy guziczki.

Spotykamy też kolonje drobne, jasnoszare, wyraźnie błyszczące lub większe, pomarszczone, niedające się zdjąć drucikiem platynowym.

To samo da się powiedzieć i o własnościach morfologicznych samych maczugowców, ich wielkości, grubości, układzie i ziarnistości E r n s t - B a b e s a; są to cechy wspólne dla wielu grup.

Jeżeli w grupie 1 spotykamy maczugowce długie, o układzie i ziarnistości takiej, że, według koncepcji M a r t i n a, M o r s e a i innych, należałoby je zakwalifikować jako maczugowce zjadliwe, to te same cechy spotykamy także u maczugowców, należących do grupy 5-ej, choć w grupach, wyżej stojących, jak 2-ga, 3-cia i 4-ta, spotykamy szczepy, składające się z maczugowców średnich i krótkich, posiadających ziarnistość biegunową niewyraźną. Jedynie tylko maczugowce krótkie, przeważnie pozbawione ziarnistości i pochodzące z kolonij drobnych, jasnoszarych, błyszczących lub więk-

szych i pomarszczonych, a więc tych, które są zebrane w grupie 7-ej, można uważać za banalne saprofity.

Widzimy z tego, że żadna z cech biologicznych maczugowca błonicy zjadliwego nie charakteryzuje wyłącznie jego, a często te cechy są wspólne i dla maczugowców, zajmujących w ugrupowaniu miejsce w pobliżu niechorobotwórczych saprofity. Toteż na podstawie kryterijów, które się bierze pod uwagę w codziennej diagnostyce bakterjologicznej, przy użyciu podłoża C l a u b e r g a potrafimy wyróżnić tylko dwa rodzaje drobnoustrojów: zdecydowanie niechorobotwórcze saprofity, zawarte w jasnoszarych drobnych, błyszczących, względnie nieco większych i pomarszczonych kolonjach, i olbrzymią grupę, obejmującą nie tylko maczugowce wybitnie, ale i wątpliwie chorobotwórcze.

Jeżeli potrafimy odróżnić od siebie krańcowe bieguny tak pomyślanego ugrupowania, to w szerokim paśmie, który je dzieli, znajdują się szczepy, któreby K l i w e nazwał wielokrotnie minus warjantami, jak i szczepy rzekomobłonnicze lub blisko nich stojące, niewykazujące złośliwych cech ani w stosunku do morskiej świnki, ani do człowieka. Te ostatnie pochodzą przeważnie z przypadków, zupełnie niesprawiających wrażenia schorzenia błonniczego.

Dla przykładu zwróćmy uwagę na jeden z takich szczepów, dajmy na to Nr. 92, znajdujący się w grupie 6-ej. Pochodzi on z przypadku, niemającego nic wspólnego ze schorzeniem błonniczym.

Tworzy on na podłożu C l a u b e r g a kolonje do 3-ch milim. średnicy, błyszczące, okrągłe, mysie, nieco śluzowate, z wzniesionym środkiem. Zawarte w nich maczugowce są krótkie i grube. Ziarnistość biegunowa obfita, niekiedy nie widać wcale samych ciał maczugowców. Układ niekiedy palisadowaty. Na płynie hormonalnym występuje wyraźne zmętnienie, błonka i osad. Na agarze wzrost obfity, śluzowy, biały. Pożywkę z cukrem gronowym szczep ten po 24 godz. wyraźnie, a po 48 godz. wybitnie zakwasza, nie zakwaszając natomiast innych węglowodanów. Ph z 7,8 po 24 godz. staje się 7,2, po 48 godz. 7,6, a po 5-ciu dniach powyżej 8,2. Dla świnek w obu odczynach wśródskórnych niechorobotwórczy.

Jeżeli wziąć pod uwagę jego zdolność zakwaszania cukru gronowego, to należałoby go zaliczyć do maczugowców błonicy, natomiast brak zmian klinicznych, które on powoduje, i wiele wspólnych cech z maczugowcami rzekomobłonniczymi kwalifikują go raczej do tych ostatnich.

Dlatego powiedzenie G i n s a, że maczugowca błonicy i rzekomobłonnicze zajmują tylko pewne odcinki jednego i tego samego koła, które zachodzą na siebie tak, że granicy między nimi przeprowadzić się nie da, — uważać należy za zupełnie słuszne.

Prawa biologiczne, nakazujące maczugowcom błonicy realizować swe życie w postaci tak różnej, są silniejsze, aniżeli gorące pragnienie bakterjologów, którzyby chcieli w olbrzymiej grupie *corynebacterium* widzieć tylko maczugowce błonicy i rzekomobłonnicze. Nic tu nie pomogą ani najlepsze pożywki, ani doświadczenia na świnkach. Tylko możliwie pełne poznanie własności biochemicznych szczepu da możliwość zorientowania się, z czym ma się do czynienia.

W roku 1935 C l a u b e r g ogłosił pożywkę, którą, w odróżnieniu od poprzedniej z roku 1931, będziemy nazywali nową. Podłoże to zawiera substancje wzbogacające, jak cystyna, sole fosforowe i octan sodu oraz barwniki, służące jako indykatory. Według opinii sa-

mego autora ma ono służyć do odróżniania maczugowców błonicy od rzekomobłonicy.

Właściwością kolonii błonicych ma być zabarwienie wokół siebie podłoża na granatowo, podczas gdy kolonie rzekomobłonice tych właściwości nie posiadają.

Tablica II.

Poszczególne szczepy wybrane z różnych grup tabl. I		Zabarwienie podłoża Clauberg(4) na granatowo dookoła kolonii.	Wynik zastrzyknięcia podskórnego wykonanego na śwince.
Lp.	Przynależn. do grupy	Stopień i czas wystąpienia odczynu.	Śmierć świnki + po godzinach.
		Brak zabarwienia (—)	Świnka żyje ()
1	1	nie robiono posiewu . .	+ po 48 godzin.
2	1	++++ po 24 godzinach	+ po 48 godzin.
3	2	nie robiono posiewu . .	+ po 72 godzin.
4	2	nie robiono posiewu . .	+ po 48 godzin.
5	2	++++ po 24 godzinach	+ po 48 godzin.
6	3	nie robiono posiewu . .	+ po 72 godzin.
7	5	++ po 48 godzinach . .	(—)
8	5	++ po 48 godzinach . .	(—)
9	6	+ po 48 godzinach . .	(—)
10	6	++++ po 24 godzinach . .	(—)
11	6	+ po 48 godzinach . .	(—)
12	6	++ po 24 godzinach . .	(—)
13	6	+++ po 24 godzinach . .	(—)
14	6	++ po 24 godzinach . .	(—)
15	7	(—)	(—)

Ogółem zbadano szczepów 15

W tablicy 2-iej uwidocznilem zachowanie się oddzielnych szczepów z różnych grup tablicy 1-iej na nowym podłożu.

Jednocześnie sprawdziłem zjadliwość tych szczepów w odczynie podskórnym na świnkach, zastrzykując w okolicę mostka po 0,5 gęstej zawiesiny 20 godzinnej hodowli prątków ze skośnego podłoża Loefflera. Zastrzykiwaniom tym towarzyszyły kontrole na innych świnkach, które dnia poprzedniego otrzymały po 125 jednostek antytoksyny na 250 gramów wagi.

Z zestawienia tego wynika, że pożywka Clauberga nowa również nie daje podstaw do odróżniania maczugowców błonicy od rzekomobłonicy. Nie daje ona więcej, niż pożywka Clauberga z roku 1931, z tą tylko różnicą, że wzrost jest obfitszy i obraz bardziej demonstracyjny.

Wspomniany szczep Nr. 92, o którym poprzednio mówiłem, na nowym podłożu Clauberga dawał wybitne zabarwienie podłoża na granatowo, będąc zupełnie niebezpiecznym dla świnki w odczynie podskórnym.

Wogóle trzeba zaznaczyć, że zjadliwość odczynów podskórnych jest w moim materiale większa, niż odczynów wśródskórnych. Spotykamy bowiem szczepy, które w odczynie wśródskórnym były niebezpieczne, a w odczynie podskórnym wykazywały swą zjadliwość, zabijając świnkę i powodując zmiany w nadnerczach i w miejscu zastrzyknięcia. W materiale moim odczyny wśródskórne toksyny dawały silniejsze nasilenie i występowały częściej, niż odczyny wśródskórne na działanie żywych maczugowców, chociaż i toksyna i zawieszina maczugowców dotyczyły tych samych szczepów.

W ten sposób poznaliśmy własności szczepowe maczugowców błonicy na podłożu Clauberga. Poznanie to jednak nie dało mi możliwości wyodrębnienia

z grupy maczugowców błonicy prawdziwej jakichś określonych typów.

Mając pierwowzór w poszukiwaniach Andersona, Happolda, Mc Leoda i Thomasona, nie mogłem jednak spotykanych przez nich typów wykazać w materiale moim. Schemat, przytoczony przez nich, a ilustrujący własności typów *gravis*, *mitis* i *intermedius*, nie znajduje zastosowania w materiale, zebranym przeze mnie. Ani zmętnienie podłoża płynnego, ani zakwaszenie węglowodanów, ani reakcja zwrotna w odniesieniu do Ph nie odpowiadają tym, które spotrzegali oni.

Tak samo w pracy Hettche znajdujemy dane, że i on na 1000 szczepów nie spotkał ani jednego, któryby powodował zmętnienie buljonu. Jest więc rzeczą pewną, że zarówno ja, jak i wspomniany docent z Królewca, posiadaliśmy inne szczepy, niż autorzy angielscy.

W zupełnej zgodzie z moim stanowiskiem znajdują się dane, przytoczone przez Schlossbergera w jego referacie na Zjeździe Mikrobiologów niemieckich w Berlinie w 1935 roku. Przytacza on fakt, że w okolicach z łagodnie przebiegającą błonicą napotyka się trudności w wyodrębnianiu typów, jak to miało miejsce w Staffordshire i Edinburgu.

Schlossberger przytacza także pracę Parischa, w której autor ten mówi, że na podłożach, używanych w Anglii, z krwią i solami telluru, tak zwanych podłożach Horgau i Marshalla, różnic między typem *mitis* i *gravis* stwierdzić mu się nie udało.

Wynika z tego, że faza epidemiologiczna, z której pochodzą maczugowce, nie jest bez wpływu na ich własności biochemiczne. Wspomniani autorzy: Anderson, Happold, McLeod i Thomson czerpali swój materiał z epidemii w Leeds, ja zaś posiadałem materiał łódzki z trwającą endemią.

Nie bez znaczenia ma być pożywka, na której hoduje się maczugowce błonicy w celu wyodrębniania typów. Według Hammerschmida, nadaje się do tego opisana przezeń pożywka „głodowa”. Natomiast pożywki z krwią i surowicą, według niego, do tego się nie nadają.

Muszę także podkreślić, że wygląd kolonii błonicych łódzkich na podłożu Clauberga nie odpowiadał wyglądom, opisanemu przez Clauberga, Hasenbacha, Piasecką-Zeyland i Golliborską, którzy pracowali ze szczepami, pochodzącymi z Berlina, Poznania i Warszawy.

Kolonie, które ja otrzymywałem, nie były takie duże, nie były płaskie i matowe. Moje kolonie co do wyglądu na podłożu Clauberga odpowiadały tym kolonjom, które opisuje Clauberg dopiero w czerwcu 1935 roku jako kolonie *mitis*.

Z rozważań tych wynikałoby, że przypadki błonicy łódzkiej na zasadzie badań czysto bakteriologicznych należałoby zaliczyć do łagodnej endemii.

Czysto więc bakteriologiczne rozważania upoważniałyby do wniosków epidemiologicznych. To przewidywał w swojej pracy z roku 1933 Clauberg, kiedy wystąpił z apelem do poważnych zakładów bakteriologicznych, aby zajęły się określaniem własności szczepów błonicych w różnych okolicach i w różnych krajach.

Naturalnie, zdaję sobie sprawę, że te do pewnego stopnia paradoksalne wyniki moich badań na tle współczesnej nagminności wyodrębniania i opisywania typów w obrębie maczugowców błonicy mogą być spowodowa-

ne czynnikiem natury metodycznej, ale zasadnicza linja wydaje mi się niewątpliwa.

Materiał kliniczny łódzki jest odmienny niż w innych skupieniach ludzkich może dlatego, że Łódź przeprowadziła masowo szczepienia ochronne przeciw błonicy.

W badaniach moich chciałbym zwrócić uwagę na pewną niezgodność moich spostrzeżeń ze spostrzeżeniami innych autorów. Chodzi o to, że w odczynach wśródskórnych z czystych szczepów ja otrzymywałem stosunkowo niewielki odsetek odczynów dodatnich, podczas gdy inni autorzy, przy użyciu próby ryczałtowej *Haven-sa i Powella*, otrzymali ten odsetek znacznie większy.

Według *Ławrynowicza*, wykonanie próby ryczałtowej u chorych błonicznych daje 71,8% szczepów zjadliwych, podczas gdy ja, pracując ze szczepami czystymi, mogłem stwierdzić zjadliwość najwyżej w 30—40%. Czy wchodzi tu w grę jakość szczepów, czy jest to wpływ pożywki *Clauberga* i szeregu następnych przeszczepiań, czy też flora, współtowarzysząca maczugowcom błonicy, jest tym „wciągaczem”, dzięki któremu działanie maczugowca błonicy silniej przychodzi do skutku, — odpowiedzieć narazie nie mogę. Będzie to przedmiotem najbliższych moich badań. Jednakże spostrzeżenia moje, choć nieoparte jeszcze na wystarczającym materiale, wskazują, że taka okoliczność zachodzić może.

Mówiąc o patogenезie błonicy, należy wspomnieć o badaniach *Gundla i Niyazi Erzina*, którzy dużą wagę przypisują inwazyjności prątków.

Czy stosowanie podłoża *Clauberga* nowego, które winno nosić nazwę *Clauberg IV*, potrafi wyodrębnić typy, nic o tem powiedzieć nie mogę, bowiem mój materiał z wyłuszczonych powodów nie nadawał się do tego.

Kończąc, chciałbym zaznaczyć, że wypowiedziana w roku 1927 opinia *Gundla*, iż w rozpoznawaniach błonicy należy widzieć nietyle wypadkową obiektywnych danych, uzyskanych drogą badania, ile wartości osobniczych samego badającego, jego doświadczenia i poczucia odpowiedzialności, — przy użyciu podłoża *Clauberga* nic nie straciła na swej aktualności. Dlatego do epinowania, czy ma się do czynienia z maczugowcami błonicy, bakterjolog winien być w pełni poinformowany o przebiegu klinicznym przypadku.

Jako wniosek naczelnny z tego, co mówiłem, chciałbym wysnuć pewne zasadnicze twierdzenie: Własności biologiczne zarazka są pojęciem względnym i ograniczają się tylko do zarazków, wyhodowanych z określonego skupienia ludzkiego i w określonym czasie.

Wszystkie cechy biochemiczne, mające charakteryzować zarazek, dotyczą tylko pewnego rejonu i czasu, poza którym ten sam zarazek może posiadać zupełnie odmiennie własności.

Słuszność tego twierdzenia występuje szczególnie jaskrawo w badaniach nad błonicą.

1) Przygotowanie płynu hormonalnego:

1 część serca wołowego, posiekanego w maszynce,

2 części wody wodociągowej, zawierającej 1% Peptonu

Wit. i ½% NaCl podgrzanej i ostudzonej.

Wszystko to gotować na ogniu przez 20 minut. Po wygotowaniu przecedzić przez drobne sito, przesącz zalkalizować do Ph 8. Po zalkalizowaniu gotować 5 minut, aż się płyn wzburi. Po tym czasie rozlać do butelek i sterylizować w autokla-

wie pod ciśnieniem 1 1/3 atmosf. (temp. 108 — 109°) przez 20 minut.

Butelki z płynem i osadem, który winien opaść na dno, pozostawiając płyn zupełnie klarowny, — przechowujemy w chłodnym miejscu.

Płyn zlewarować, odczyn doprowadzić do Ph 7,8, rozlać po 2 cm³ do probówek i wyjałowić w kąpieli wodnej przez 3 dni po 10 minut.

2) Płyny hormonalne z indykatorami:

Do probówek z 2 cm³ płynu hormonalnego dodaje się wskaźników barwnych:

Bromthymolblau i mieszaniny Phenolrot i Thymolblau. (dokładny przepis otrzymany z P. Z. H. w Warszawie).

Streszczenie

Pracując nad określaniem własności biochemicznych maczugowców błonicy, pochodzących z materiału klinicznego łódzkiego i porównyując je z własnościami, opisywanymi przez innych autorów w innych krajach i rejonach, mogłem stwierdzić wyraźną niezgodność.

Zarówno wygląd kolonii szczepów łódzkich na podłożu *Clauberg II* (1931), jak i zachowanie się ich na podłożach węglowodanowych z dekstrozą, dekstryną, glikogenem i skrobią, na płynie hormonalnym oraz na płynie hormonalnym z indykatorami dla określania Ph podłoża, — były odmiennie od tego, co zostało opisane przez autorów angielskich: *Andersona, Happolda, Mc Leoda i Thomsona*. W materiale moim nie mogłem znaleźć typów, opisanych przez nich, jako: *gravis, intermedius i mitis*. Natomiast szczepy łódzkie dawały bardzo dużą rozpiętość pod względem nasilenia odczynów na podłożach oraz zjadliwości dla świnek morskich w odczynie wśródskórnym zarówno żywych maczugowców, jak i ich toksyn.

Słuszność koncepcji *Ginsa*, który twierdzi, że maczugowce błonicy i rzekomobloniczne to tylko pewne odcinki jednego i tego samego koła, zachodzące na siebie tak, że granicy między nimi przeprowadzić się nie da, wystąpiła w badaniach moich z całą jaskrawością. Również pożywka *Clauberg IV* (1935) nie nadała się do odróżniania szczepów błonicy od rzekomoblonicznych.

Wygląd kolonii maczugowców błonicy łódzkich na podłożu *Clauberg II* nie odpowiadał wyglądowi, opisanemu przez *Clauberga, Hasenbacha, Goliborską i Piaseczką-Zeylanda*, którzy pracowali ze szczepami, pochodzącymi z Berlina, Warszawy i Poznania. Podczas gdy oni znajdowali szczepy, dające na podłożu *Clauberg II* kolonie dość duże, płaskie i matowe, ja w swym materiale takich kolonii nie spotykałem. W zupełnej zgodzie z moim stanowiskiem znajdują się dane, przytoczone przez *Schlossbergera* w jego referacie na Zjeździe Mikrobiologów niemieckich w Berlinie w roku 1935. Przytacza on fakt, że w okolicach z łagodnie przebiegającą błonicą napotyka się trudności w wyodrębnianiu typów, jak to miało miejsce w Staffordshire i Edinburgu. *Schlossberger* przytacza także pracę *Parish'a*, który mówi, że na podłożach, używanych w Anglii, tak zwanych podłożach *Horgau i Marshalla*, różnic między typem *mitis* i *gravis* stwierdzić mu się nie udało.

Wynika z tego, że faza epidemjologiczna, z której pochodzą maczugowce, nie jest bez wpływu na ich własności biochemiczne.

Z tego, co mówiłem, chciałbym przeto wysnuć pewne zasadnicze twierdzenie: własności biologiczne za-

razka są pojęciem względnym i ograniczają się tylko do zarazków, wyhodowanych z określonego skupienia ludzkiego, w ściśle określonym czasie. Wszystkie cechy biochemiczne, mające charakteryzować zarazek, dotyczą tylko, moim zdaniem, pewnego rejonu i czasu, poza którym ten sam zarazek może posiadać zupełnie odmienne właściwości. Słuszność tego twierdzenia występuje szczególnie jaskrawo w badaniach nad błonicą.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) Anderson, Happold, McLeod and Thomson — The Journal of Path. XXXIV 1931. 2) Anderson, Cooper, Happold, McLeod — The Journal of Path. XXXVI 1933. 3) Bitter, Gundel, Garcia Sancho / Zbl. f. Bakt. 97 Bd. Heft 2/3 1926. 4) Bohdanowiczówna i Ławrynowicz — Mdc. Dośw. i Społ. T—IX, 1928. 306—308. 5) Clauberg — Zbl. f. Bakt. 114 — 1929; 120—1931; Klin. Woch. Nr. 25 — 1933. Zbl. f. Bakt. 271—1935. 6) Gins — Handbuch d. path. Mikr. 1928. 7) Goliborska — Warsz. Cz. Lek. Nr. 20, 30, — 1935. 8) Gundel — Zbl. f. Bakt. 101 Bd. — 1927. 9) Gundel u. Erzim — Klin. Woch. Nr. 33 — 1935. 10) Hammersmidt — Klin. Woch. Nr. 27 — 1935. 11) Hasenbach — Zbl. f. Bakt. 137 — 1935. 12) Hettche — Klin. Woch. Nr. 3 — 1935. Zbl. f. Bakt. — 134 Bd. Heft 7/8. 421. 433 — 1935. 13) Kemkes — Dsch. M. Woch. 1631 — 1934. 14) Kliwe — Zbl. f. Bakt. 101 Bd. — 1927. 15) Piasecka-Zeyland — Ann. Inst. Past. 50 — 1933. 16) Schlossberger — Zbl. f. Bakt. 135 Bd. Heft 1/3—1935. 17) Schmidt—Dtsch. M. Woch. Nr. 24 — 1933. Seydel — Warsz. Cz. Lek. Nr. 6 — 1935. 19) Stroe — Arch. Kinderheilk. 100, 86 — 1933.

Z Oddziału wewnętrznego A Szpitala fund. Małż. Poznańskich w Łodzi.

(Ordynator: Dr. Leon Sz y f m a n).

Uwagi w sprawie leczenia chorób wątroby insuliną*)

Podał

L. SZYFMAN (Łódź).

Wprowadzony przez Richtera i Umbra sposób leczenia schorzeń wątroby insuliną i glukozą zyskał sobie szybko prawo obywatelstwa w Niemczech; francuscy klinicyści (M. Labbé) odnieśli się jednak do tej metody leczniczej z wielką rezerwą. U nas natomiast jest ona bardzo rozpowszechniona i tak już spularyzowana i „modna“, że domagają się jej często sami pacjenci i ich otoczenie, tak, że dziś trudno już w praktyce o przypadek schorzenia wątroby, w którymby nie stosowano insuliny. Dzieje się to jednak niezawsze z korzyścią dla chorego, przeciwnie — bezkrytyczne stosowanie insuliny u chorych na wątrobę wyrządza nieraz pacjentom krzywdę. Dlatego też uważamy za właściwe poruszenie tego, zdaniem naszym, aktualnego tematu.

Na wstępie kilka słów z dziedziny teoretycznej. Richter i Ueber wychodzili z założenia, że podawanie insuliny wraz z glukozą sprzyja wzbogacaniu wątroby w glikogen, co wzmacnia jej wydolność i siłę obronną. Uzasadnienie to jest mało przekonujące: jeśli w dzisiejszym stanie wiedzy można uważać za pewne, że insulina sprzyja magazynowaniu glikogenu w ustroju chorego na cukrzycę, to jest jeszcze kwestią sporną, czy wywiera ona analogiczny wpływ i na wątrobę niedjabetyka. Rathery F. z całą stanowczością temu prze-

czy. Można więc uważać za teoretycznie uzasadnione podawanie insuliny tylko w tych przypadkach schorzeń wątroby, w których wtórnie jest zaatakowany aparat wysepkowy trzustki; w pozostałych zaś — zrozumiała jest potrzeba podawania glukozy jako materiału do wytwarzania glikogenu, insulina natomiast wydaje się nam, zgodnie z poglądem Brugscha, zbędna.

Ale nie o teoretyczną, lecz o praktyczną stronę tego zagadnienia nam idzie. A więc pragniemy przede wszystkim odpowiedzieć na pytanie, kiedy metoda ta jest wogóle przeciwwskazana, kiedy zaś może być stosowana i jak wtedy powinna być przeprowadzona, by uniknąć niepożądanych następstw.

Odpowiedzieć na to pytanie będzie nietrudno, jeśli wyjdziemy z założenia, że u chorych na wątrobę niewolno doprowadzać do niedocukrzenia, gdyż odbija się ono ujemnie na czynnościach wątroby. Prace Kugelmanna z kliniki Bergmanna dowiodły, że pod wpływem hipoglikemii zdolność wątroby asymilowania wodoru węgla zostaje wyraźnie upośledzona. Doprowadzając więc w schorzeniach wątroby do hipoglikemii, osiągamy skutek przeciwny zamierzonemu: chodzi nam wszak w tych razach o nagromadzenie glikogenu w wątrobie, a wywołujemy zakłócenie gospodarki węglowodanowej wątroby. Z tej zasadniczej tezy wynika, że kuracja insulinowa jest przeciwwskazana we wszystkich przypadkach schorzeń wątroby o niskim poziomie cukru we krwi, ponadto i w tych, w których pomimo normo- a nawet lekkiej hiperglikemii można się spodziewać, że względu na wyniszczenie ustroju lub znaczne uszkodzenie wątroby, skłonności do hipoglikemii poinulinowej. Im bardziej uszkodzona jest wątroba, tem większego spadku glikemii należy oczekiwać po zastrzykiwaniach insuliny, nawet w połączeniu z glukozą — na tem wszak oparta jest próba czynnościowa wątroby Althausena, która dlatego właśnie poczęści została zarzucona, że pociągała za sobą przykre skutki z powodu wstrząsów hipoglikemicznych. Szczególnie wrażliwi na insulinę są pacjenci wychudzeni wobec minimalnych zasobów glikogenu w wątrobie; z tego względu klinika Nagelieg o uważa stosowanie insuliny w schorzeniach wątroby u osób wychudzonych za niebezpieczne.

To, co jest pożądane przy kuracji tuczającej, t. zw. „Mastkur“, mianowicie nieznaczna hipoglikemia poinulinowa, jako czynnik, pobudzający łaknienie, jest absolutnie przeciwwskazane w schorzeniach wątroby ze względu na szkodliwy wpływ niedocukrzenia na wątrobę.

Dawkowanie insuliny w razie jej stosowania musi być bardzo ostrożne. Na oddziale, zgodnie z doświadczeniem klinik Nageliego i Bergmanna, stosujemy początkowo 2 razy dziennie po 5 jednostek, a przy dobrej tolerancji powiększamy do 2 razy dziennie po 10 jednostek. Konieczne jest przytem ściśle spostrzeganie kliniczne i częsta kontrola poziomu cukru we krwi.

A teraz kilka słów w sprawie podawania glukozy, względnie innego cukru w przypadkach schorzeń wątroby. Jednorazowe wprowadzenie dużej ilości cukru do ustroju powoduje często po przemijającej hiperglikemii znaczną następczą hipoglikemję, zwłaszcza w przypadkach z wydolną trzustką, reagującą na pierwotne przecukrzenie wzmocnionem wydzielaniem insuliny. By zapobiec hipoglikemii, należy unikać jednorazowych większych dawek cukru; według Kugelmanna, nie powinno się podawać więcej ponad 40 gr. cukru naraz. Należy przytem zaznaczyć, że *larga manu* stosowane w lekkich przypadkach dożylnie zastrzykiwanie glukozy nie

*) Według odczytu, wygłoszonego w Towarzystwie Lekarskim Łódzkim w dniu 29 stycznia, 1936 r.

są wcale konieczne; wszak lekko chorym możemy z takim samym skutkiem podawać często małemi dawkami cukier doustnie w postaci czyto ocukrzanej herbaty, miodu, czyto soków owocowych; tylko w cięższych przypadkach musimy się uciekać do kroplówek, podskórnego lub dożylnego wprowadzania cukru w postaci glukozy lub lewulozy; ta ostatnia powinna być w tych razach specjalnie polecana, albowiem, jak wykazały prace Neubauera i innych, chorzy na wątrobę lepiej asymilują lewulozę, niż glukozę.

Na zakończenie podkreślić pragniemy, że, jeśli powyższe uwagi przyczynią się do bardziej krytycznego ustosunkowania się ogółu lekarzy do omawianej metody leczenia i do bardziej ogłédnego stosowania jej w praktyce, cel niniejszego referatu będziemy uważali za osiągnięty.

W sprawie odczynu pocenia się u osobników ze schorzeniem rdzenia.

(Notatka historyczna)

Podał

Dr. med. Henryk HIGIER (Warszawa).

Niedawno opisali w angielskim „Archiwum neurologiczno psychiatrycznym” C. Burns Craig i C. Marc nowy odczyn pocenia się pilokarpinowy u osobników z chorobą rdzenia.

Metoda ich polega na tem, że przykrywają obnażonego w łóżku pacjenta prześcieradłem i kocem, po półtorej godziny kładą jeszcze jeden koc i dają podskórnie 0.012 *pilocarpini muriatici* aż do wystąpienia bardzo obfitych potów. Reakcja ta ma mieć jednolitą wartość i jednolity przebieg w guzach opon rdzenia a mniejszą nieco wartość w guzach samego rdzenia. Ich odczyn potowydzielniczy polega więc na obfitem występowaniu potu pod wpływem pilokarpiny w pewnych okolicach ciała, zależnie od lokalizacji guza pozardzeniowego.

Autorzy tą drogą badali 22 przypadki i stwierdzili wyraźną granicę okolic powyżej pasa położonych, mocniej pocących się po zastrzyknięciu pilokarpiny, od poniżej pasa położonych, pozostających prawie suchemi. Dermatomet czyli segment skóry, dzielący oba te obszary, ma świadczyć o segmentalnym umiejscowieniu guza i ułatwić odszukanie go.

W sprawie tej, według autorów zupełnie nowej i oryginalnej metody diagnostycznej uważam za wskazane zakomunikować, co następuje: Przed laty 35-ciu, a poraz wtóry przed laty 28-u, pisząc o zaburzeniach potowydzielniczych na zasadzie własnego materiału szpitalnego, zwracałem obszerniej uwagę na absolutnie prawie nieznaną wartość diagnostyczną i zastosowalność lokalizacyjną „ograniczonej” hiperidrozy i anidrozy w opisanych przezemnie przypadkach chorób rdzenia: zapalnych (*poliomyelitis acuta*, *encephalomyelitis disseminata*), urazowych (*haematomyelia centralis*, *haematorhachis*),

wrodzonych (*syringobulbia*) i nowotworowych (*sarcomatosis caudae equinae*).

Zużytkowałem zarówno stany samoistnej hiperidrozy, jak sztucznie przezemnie wywołanej wówczas za pomocą zawiązań w koce, salicylu i pilokarpiny.

W pierwszych latach wojny (1916) prof. G. Bikeles i J. Gerstmann z Wiednia notowali zupełnie identyczny „nowy” objaw diagnostyczny w dwu przypadkach gruźlicy kręgu. Wówczas uważałem za stosowne w artykule „Zum Kapitel der Schweissanomalien bei Rückenmarkskrankheiten” zwrócić uwagę na powyższy swój artykuł oraz przy sposobności wspomnieć o ośmiu nowych, aktualnych, bo wojennych przypadkach swoich postrzału kręgosłupa lub traumatyzacji rdzenia z umiejscowioną nadmierną potliwością odcinkową i powołać się na końcowy ustęp dawnego swojego komunikatu z roku 1901, który powtarzam—wobec nowego odkrycia angielskich autorów—dosłownie: „Ich bin der Meinung, dass Schweissanomalien (Anidrose, Hyperidrose, paradoxe Hidrose) sich bei den Myelopathien bedeutend häufiger würden nachweisen und diagnostisch werwerten lassen, wenn sie nur gesucht und beachtet werden“.

(Mam to przekonanie, że zaburzenia potowydzielnicze znajdują się w myelopatiach nierzadko i dadzą się rozpoznawczo zużytkować, o ile będą częściej odszukiwane i przy badaniu klinicznym należycie uwzględniane).

Rzecz jasna, iż pod myelopatjami rozumiałem zarówno sprawy urazowe i zapalne, jak degeneracyjne i blastomacyjne. Nikt też nie przeczy, że nowoczesna kolorymetryczna metodyka prof. Minora ujawniania potu za pomocą dodania do pilokarpiny jodu i krochmalu jest bardziej wyrazista od mojej pierwotnej z pilokarpiną, salicylem i kocami. Przy pomocy jej pracują obecnie neurologi, między innemi i warszawska klinika neurologiczna, która opisała w ostatnich latach ciekawy szereg takich przypadków.

Zasadniczo więc zarówno propagowana przezemnie w praktyce koncepcja fizjologiczna umiejscowienia ośrodków potowydzielniczych na całej rozległości rdzenia i opuszki oraz metoda segmentalnego ich usadowienia, jak wreszcie sposób odcinkowego ich ujawniania w praktyce szpitalnej były przezemnie podkreślane i nie są obecnie „nowe”, jak to autorzy angielscy twierdzić usiłują.

PIŚMIENNICTWO:

H. Higier. W sprawie zaburzeń potowydzielniczych w poliomyelitis anter. or (Heine-Medina choroba) et posterior (półpasiec). Kronika Lekarska oraz Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1901. - H. Higier. Zaburzenia potowydzielnicze w przebiegu chorób rdzenia. Gazeta Lekarska oraz Neurologischer Zentralblatt 1907. - H. Higier. Zum Artikel von Prof. A. Adamkiewicz: „Pathologie der bilateralen Functionen”. Neurol Zentralblatt 1909.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

Pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

O współczesnych badaniach nad nowotworami złośliwymi.

Podał

M. PŁONSKI (Warszawa),

kierownik oddziału anatomopatologicznego

w Szpitalu na Czystem.

(Dok. — patrz Nr. 9)

Z badań B e s r e d k i wynika, że w niektórych postaciach nowotworów istnieją zjawiska, które można porównywać (nie utożsamiać) z niektórymi zjawiskami odpornościowymi w przebiegu chorób infekcyjnych. Dal-
sze gromadzenie spostrzeżeń w tym kierunku może mieć niesłychanie ważne znaczenie dla całej nauki o nowotworach; wyciąganie natomiast z takich spostrzeżeń wniosków przedwczesnych może tylko szkodzić sprawie. Istnienie zjawisk odpornościowych w sprawach nowotworowych musi być udowodnione przez skrupulatne spostrzeganie faktów, jaknajmniej skomplikowanych i jaknajmniej uzależnionych od warunków techniki eksperymentu. Odwrotna droga, polegająca na przyjmowaniu *a priori* istnienia odporności nowotworowej i posługująca się metodyką, zapożyczaną z ogólnej serologii, nie dała narazie żadnych, bardziej wyraźnych wyników. L u m s d e n, ostatnio podaje, że w surowicy zwierząt, uodpornionych nowotworem, powstają przeciwciała „cytotoksyny“, które w hodowli homologicznej tkanki nowotworowej wywołują chromatolizę w komórkach nowotworowych. Metodyka L u m s d e n a, jest mało skomplikowana, linja dowodu — bezpośrednia; potwierdzenia tych spostrzeżeń jeszcze niema. C a s p a r i uważa, że w sprawach nowotworowych niema odporności swoistej w sensie serologicznym. C a s p a r i wogóle nie używa słowa odporność i mówi o „środkach obrony“ ustroju przeciwko nowotworom złośliwym; do tych zjawisk zalicza również zjawiska, spostrzeżone przez L u m s d e n a; nie zalicza do nich natomiast bardzo interesujących zjawisk serologicznych, ustalonych w raku przez H i r s z f e l d a, S a c h s a i ich szkoły. Według C a s p a r i e g o, obrona przeciwrakowa ustroju jest ściśle związana z układem siateczkowo - śródbłonkowym; czynnikiem, pobudzającym układ ten do obrony, są nekrohormony, czyli ciała, powstające przy rozpadzie, łatwo ulegających martwicy komórki nowotworowych. Zjawiska, na których opiera się w swej koncepcji C a s p a r i, są tylko poszczególnym przejawem ogólnego zjawiska biologicznego, stwierdzonego przez M i y a g a w a: zjawiska regulowania czynności narządów przez procesy obumierania. M i y a g a w a badał wpływ komórek, ulegających martwicy, z różnych narządów na odpowiednie układy narządów i ustalił, że wpływ ten wyraża się w działaniu regulującym czynności, zgodnie z prawem A r n d t S c h u l z a. C a s p a r i rozszerza prawo A r n d t S c h u l z a i twierdzi, że długotrwałe drażnienie małymi dawkami musi prowadzić do porażenia mechanizmu odpowiadającego, i że jako późny wynik dawek porażających może wystąpić nadmierne podrażnienie. U człowieka chorego na raka stale przechodzą do krwi drobne ilości nekrohormonów i po dłuższym czasie trwania choroby prowadzą do porażenia mechanizmu obronnego

układu siateczkowo - śródbłonkowego. W takim przypadku już całkowitej bezbronności ustroju nie pozostaje nic innego, jak tylko zadziałanie na układ siateczkowo-śródbłonkowy dużymi, porażającymi dawkami jakiegoś czynnika, w tej nadziei, że układ siateczkowo-śródbłonkowy będzie jeszcze zdolny do późnego zareagowania nadmiernym podrażnieniem i obroną. (Spotrzegamy to w niektórych przypadkach raków, leczonych energią promienistą. Twierdząc, że stany obronne przeciwko rakowi nie są swoiste, C a s p a r i przyznaje jednak, że istnieje w nich pewien składnik swoisty: nie jest bowiem obojętnym, jakiego rodzaju są nekrohormony, t. j. z jakiego pochodzą narządu i czy pochodzą z narządu, czy też z nowotworu. W przypadkach nowotworowych najlepszy efekt obronny mogą wywołać nekrohormony nowotworu lub też układu siateczkowo-śródbłonkowego; inne narządy mogą mieć również znaczenie, — może w nieco mniejszym stopniu. Jeżeli z tego punktu widzenia rozpatrzyć zagadnienie naświetlania pooperacyjnego gruczołów limfatycznych, to należy przyjąć, że nie idzie tu o „zabicie“ komórek nowotworowych, lecz raczej o wywołanie rozpadu elementów limfoidalnych i o wyzwolenie nekrohormonów z tychże elementów. C a s p a r i i F l ö r c k e n, otrzymali bardzo pomysłne wyniki u zwierząt po podwiązaniu śledziony: najważniejszy narząd układu siateczkowo-śródbłonkowego ulega stopniowo martwicy, a swoiste nekrohormony przechodzą w dużej ilości do krążenia. W dalszym ciągu C a s p a r i, zwraca uwagę, na to, że w doświadczeniach na zwierzętach osiąga się bardzo znaczne wzmoczenie stanu obronnego przeciwrakowego przez ogólne naświetlanie małymi dawkami, i podaje, że w wielu klinikach niemieckich stosuje się takie naświetlania w przypadkach nowotworów u ludzi. Działanie takich naświetlań daje się wytłumaczyć jedynie przez stan podrażnienia układu siateczkowo-śródbłonkowego. Podrażnienie układu siateczkowo - śródbłonkowego można również wywołać przy pomocy zabiegów djetetycznych. C a s p a r i cytuję pracę D e G a e t a n i, który przeprowadzał następujące doświadczenia: w jednej z grup myszy, którym później miano zaszczyć nowotwór, stosowano t. zw. djetę zmienną; myszy najpierw głodzono, potem na pewien okres czasu pozbawiano wody, potem znów przez pewien czas tuczono, znów zmieniając składniki nadmierne podawanego pożywienia; po zaszczeniu nowotworów okazało się, że w porównaniu z grupą kontrolną liczba myszy odpornych na szczepienia była wyraźnie większa w grupie, utrzymywanej na djetcie zmiennej. Niewiadomo, czy w tym ostatnim punkcie rozumowanie C a s p a r i e g o jest słuszne, i czy tłumaczenie efektów djetetycznych przez podrażnienie układu siateczkowo - śródbłonkowego może być utrzymane. Nie ulega przecież wątpliwości, że w tym przypadku dużą rolę grają procesy czysto chemiczne, decydujące o wzroście lub o zaniku nowotworu. Poglądy C a s p a r i e g o miały w swych pierwszych założeniach dużo stron dogodnych i nawet słusznych, szczególnie, jeżeli idzie o zagadnienie odporności nieswoistej; są one właściwie dogodną hipotezą pracy. Rozszerzone do godności teorii, która ma tłumaczyć wszystkie zjawiska w raku, tracą na wartości; oczywiście, że rola układu siateczkowo - śródbłonkowego we wszystkich

zjawiskach życiowych jest bardzo ważna; nie jest ona wszakże jedyna i decydująca o wszystkim. Rozbudowa poglądów o odporności nieswoistej w raku pod względem teoretycznym jest pewnego rodzaju ucieczką, rezygnacją przed trudnościami, z jakimi się spotykamy w badaniach nad rakiem; pod względem praktycznym prowadzi do zastosowania w chorobach nowotworowych metody leczenia bodźcowego, stosowanego z różnym powodzeniem w innych chorobach.

Wraz z C a s p a r i m odeszliśmy od zagadnienia zasadniczego, — t. zw. teorii infekcyjnej nowotworów złośliwych. Musimy jednak do niej jeszcze powrócić i rozpatrzyć z innego punktu widzenia, a mianowicie, widzenia heterotransplantacji nowotworów złośliwych. Wraz z próbami przeniesienia teorii infekcyjnej w sensie klasycznym na teren zagadnienia nowotworów, zjawily się liczne próby „zakażania” zwierząt nowotworami ludzkimi; próby te kończyły się niepowodzeniem; nie udawało się również przenosić nowotworów zwierzęcych z jednego gatunku na inny (z wyjątkiem bardzo nielicznych przypadków). Dla zwolenników teorii infekcyjnej udane doświadczenia byłyby bezpośrednim dowodem słuszności ich stanowiska. Toteż w dalszym ciągu zjawiają się prace w tym kierunku; jedną z większych prac na ten temat omawialiśmy już dawniej: była to praca H e i d e n h e i n a, który na bardzo dużym materiale przeszczepiał nowotwory ludzkie na zwierzęta i w 9% przypadków otrzymał wyniki dodatnie. Z nowotworów ludzkich przygotowywano autolizaty, które pozostawały w cieplarni w ciągu 10—20 dni; następnie tak przygotowane autolizaty szczepiono myszom; doświadczenia wykonano na 2029 białych myszach. Guzy u myszy zaszczipionych powstały w 8,6%. Z 2128 myszy kontrolnych w 1,9% przypadków stwierdzono nowotwory złośliwe samoistne. U myszy szczepionych guzy powstawały po dłuższym czasie od chwili szczepienia (11 — 24 miesięcy); nowotwory, które powstały, często dawały przerzuty, i nieraz udawało się je dalej przeszczepiać na inne zwierzęta. Ponieważ u myszy, szczepionych nowotworami ludzkimi, liczba powstałych guzów była daleko większa od liczby nowotworów samoistnych, które powstały u myszy kontrolnych, — to należałoby przyjąć, że u myszy szczepionych guzy powstały w związku z szczepieniem. A n d e r s e n, sprawdził doświadczenia H e i d e n h e i n a. Nowotwory ludzkie przeszczepiono na 560 zwierząt: guzy powstały w 7,3% przypadków. W grupie zwierząt kontrolnych nowotwory samoistne powstały w 5,5% przypadków. W doświadczeniach A n d e r s e n a, różnice pomiędzy obiema grupami są tak nieznaczne, że raczej należy przyjąć, iż guzy, które powstały u zwierząt szczepionych, były również samoistne. A n d e r s e n podkreśla, że niezwykle ważne znaczenie w podobnych doświadczeniach należy przypisać dyspozycji nowotworowej w różnych rasach myszy; do szczepienia i do kontroli należy używać zawsze myszy tej samej rasy, wtedy tylko wyniki mogą być miarodajne. H e l l n e r, który przeprowadzał podobne badania, również otrzymał wyniki niezgodne z wynikami H e i d e n h e i n a; u myszy szczepionych nowotworami ludzkimi, spostrzegał nowotwory w 3,7% przypadków, u myszy kontrolnych — w 2,2% przypadków. Tak więc teza H e i d e n h e i n a o przeszczepialności nowotworów złośliwych ludzkich na zwierzęta nie została potwierdzona, i linja dowodu słuszności teorii infekcyjnej na tej drodze pozostaje otwarta dla dalszych prac.

Istnieje grupa chorób, które już dawno są bardzo często porównywane z nowotworami, a przez niektórych autorów wprost zaliczane do nowotworów; etjologia i patogeneza tej grupy chorób jest tak samo niejasna, jak w grupie chorób nowotworowych. Idzie tu o białaczki, które bezwarunkowo w niektórych swych cechach są podobne do nowotworów złośliwych. I znów tak się dziwnie składa, że pokrewieństwo pomiędzy białaczkami i nowotworami jest najwyraźniejsze u kur, a już mniej wyraźne u ssaków; że u kur nowotwory i białaczki są prawdopodobnie chorobami infekcyjnymi, wywoływanymi przez jady przesączalne. O b e r l i n g i G u e r i n, donoszą, że mięsak kur (R o u s a), który się daje przenosić przy pomocy przesączów bezkomórkowych, może po kilku pasażach przejść w białaczkę i odwrotnie; jeżeli jad (w przesączu) z białaczki kurzej przechowywać przez czas dłuższy w glicerynie w lodowni, to działanie tego jadu na kury ulega zmianie; z początku ukazują się we krwi młode komórki, pochodne stałych komórek siatki, a jednocześnie w wątrobie, w śledzionie i w tarczycy zaczyna się rozrost komórek siatki — aż do powstania ognisk nowotworowych. W dalszych przeszczepach z tego samego materiału powstają nowotwory. S t u b b s i F u r t h, opisują szczep białaczki kurzej, który równocześnie może wywoływać mięsaki, śródbłonaki i białaczki; autorzy przypuszczają, że powstaje nowa mutacja jadu białaczkowego, lub też następuje przypadkowe zmieszanie dwóch różnych jadów.

Jeżeli idzie o ssaki, to już oddawna istnieją spostrzeżenia, na których podstawie można byłoby przypuszczać, że istnieje jakieś powinowactwo pomiędzy nowotworami i białaczkami: przemawia za tem choćby istnienie stanów chorobowych, w których obok zmian białaczkowych we krwi stwierdzano w różnych narządach stany przerostowe, często o charakterze nowotworowym; stany takie spostrzegano u ludzi i u zwierząt. W ostatnich latach B ü n g e l e r, na podstawie całego szeregu badań doświadczalnych stwierdza, że warunki powstawania nowotworów złośliwych i białaczek są jednakowe, i że przemiana materji w ogniskach przerostowych w białaczkach nie różni się niczem od przemiany materji w raku, opisaney przez W a r b u r g a. B ü n g e l e r, jest uczniem F i s c h e r a - W a s e l s a i opiera się na przesłankach z jego ogólnej nauki o nowotworach. Część nowotworów powstaje na tle zaburzeń rozwojowych; przykładem mogą być nowotwory wrodzone u noworodków. Okazuje się, że istnieją również białaczki wrodzone (jeden z przypadków spostrzegł B ü n g e l e r w 1931 roku); już więc pod tym względem nasuwają się pewne analogje pomiędzy nowotworami i białaczkami. Inna duża grupa nowotworów powstaje na tle zaburzeń rozwojowych z okresu popłodowego, zaburzeń, które są ściśle związane ze zjawiskami odnowy po uszkodzeniach tkankowych. U zwierząt, poddawanych długotrwałemu działaniu smoły i arsenu, zjawiska odnowy przebiegają odmiennie, aniżeli u zwierząt kontrolnych, i prowadzą w dużej części przypadków do powstania nowotworów. Takie same działanie mogą mieć jady, powstające w ustroju; B ü n g e l e r stwierdził, że indol może wywoływać „ogólną dyspozycję nowotworową”, tak samo, jak smoła lub arsen. W czasie przeprowadzania doświadczeń na myszach, poddawanych działaniu indolu, autor stwierdził, że po pierwszych 8 tygodniach duża część myszy ginęła wskutek ogólnego zatrucia; u niektórych pozostałych przy życiu myszy występowała niedokrewność hemolityczna ze

zmniejszoną liczbą białych ciałek, ogniskami martwicy i wylewami krwawymi w szpiku.

Po zmniejszeniu ilości podawanego indolu stan zwierząt poprawił się: w szpiku, w wątrobie i w śledzionie występują zjawiska odnowy w tkankach krwiotwórczych. W 8-y miesiąc doświadczenia u wielu myszy powstają w narządach krwiotwórczych ogniska rozrostowe; B ü n g e l e r spostrzegł u myszy w tym okresie różne postaci białaczek, podobnych do spostrzeganych u ludzi (*myelosis leucaemica*, *myelosis aleucaemica*, *lymphadenosis aleucaemica*), a poza tym i mięsaki limfatyczne (*lymphosarcomata*) z przerzutami. Tak więc, według B ü n g e l e r a, warunki powstawania różnych postaci białaczek są jednakowe; w zależności od konstytucji w jednych przypadkach rozplem nowotworowy występuje w tkance limfatycznej, w innych — w tkance szpikowej. Ponieważ w tych samych warunkach doświadczalnych powstaje mięsak limfatyczny, który jest napewno nowotworem złośliwym, należy przyjąć, że nowotwory i białaczki są stanami patologicznymi, co najmniej zbliżonymi. Okazało się w dalszym ciągu badań, że przemiana materii w ogniskach rozrostowych białaczkowych jest zupełnie taka sama, jak w nowotworach złośliwych, i przebiega z przewagą zjawisk fermentacyjnych. Na podstawie swoich badań B ü n g e l e r twierdzi, że białaczka jest nowotworem złośliwym narządu krwiotwórczego. Autor przypomina, że L i g n a c wywoływał białaczki doświadczalne przy pomocy benzolu; w doświadczeniach tych białaczki powstawały na tle zjawisk odnowy. W przebiegu przewlekłego zatrucia benzolem, który jest jadem krwi i szczególnie ciężko uszkadza białe ciała, powstają w narządach krwiotwórczych ogniska rozrostowe i białaczki, zupełnie tak samo, jak i w doświadczeniach z indolem. B ü n g e l e r zwraca wreszcie uwagę na to, że indol jest związkiem aromatycznym, który powstaje w jelitach i który zostaje z jelit wessany. Prace nad znaczeniem tego rodzaju „samozatrucia jelitowego” są w toku.

Przedstawiliśmy pokrótce część dróg, po których posuwają się współczesne badania nad nowotworami złośliwymi. Poprzez mało prawdopodobne hipotezy o promieniach ziemi, poprzez szczegółowo wypracowaną przez T e u t s c h l a e n d e r a teorię podrażnienia i poprzez badania nad hormonami — doszliśmy do koncepcji bakterjologicznych, do koncepcji jadu nowotworowego — do badań nad stanami odpornościowymi — wreszcie do zestawienia nowotworów z białaczkami. Czy w obecnej chwili możliwa jest jakakolwiek synteza tego wszystkiego? Odpowiedź na to pytanie musi wypaść prze-

cząco. Wydaje się, że badacze, reprezentujący główne kierunki badań nad nowotworami, zbyt rygorystycznie trzymają się ram swoich hipotez, czy teorii, że chcą być całkowicie samowystarczalni, i że, zamiast szukać punktów styecznych w badaniach własnych i cudzych, badania te sobie nawzajem przeciwstawiają, zapominając o tem, że prawda może leżeć gdzieś pośrodku.

Ten stan rzeczy jest jedną z przyczyn chaosu w naszych wyobrażeniach i pojęciach o nowotworach złośliwych; stąd trudności w wyborze choćby półśrodków przy wysiłkach leczenia nowotworów złośliwych.

Celowa koordynacja wysiłków w badaniach nad nowotworami mogłaby tu wiele zdziałać. W obecnym stanie rzeczy w poszukiwaniu prawdy o nowotworach złośliwych dużą rolę może odegrać zwykły przypadek.

PISMIENNICTWO.

- 1) Andersen. Ueber Karzinome, Sarkome und Lymphomatosis infiltrans bei weissen Mäusen. Kopenhagen 1934.
- 2) Beclere. Presse medicale 1935, Nr. 37.
- 3) Besredka. Presse medicale 1935, Nr. 98.
- 4) Beitzke. Wien. klin. Woch. 1935, Nr. 30.
- 5) Brehmer. Medizin. Welt. 1934, Nr. 34.
- 6) Büngeler. Prakt. Karzinom - Blätter. 1934, Nr. 5.
- 7) Coni. J. of exper. Med. 1927, Nr. 45.
- 8) Caspari. Wissensch. Woche zu Frankf. a/M. Carcinom. 1934. Verlag G. Thieme. Leipzig.
- 9) Caspari i Flörocken. cyt. wedl. Caspari.
- 10) Dobler. Fortschr. d. Med. 1934, Nr. 44.
- 11) Engel. Zeitschr. f. Krebsforsch. 41.
- 12) Gaetani, de cyt. w. Caspari.
- 13) Godlewski. Prakt. Karz. — Blätt. 1933, Nr. 8.
- 14) Heidenhain. cyt. w. Andersena.
- 15) Hellner. cyt. w. Andersena.
- 16) Kolle. Wissensch. Woche Frankf. a/M. Carcinom, str. 21.
- 17) Lehmann. cyt. w. Doblera.
- 18) Loeb. J. of med. Res. 40, 477.
- 19) Lacassagne. C. R. Acad. Sc. Paris. 1932. 195.
- 20) Lambert i Driessens. C. R. Soc. Biol. T. 120. Nr. 30, 188.
- 21) Lumsden. Wissensch. Woche Frankf. a/M. Carcinom, str. 35.
- 22) Lignac. cyt. w. Büngelera.
- 23) Miyagawa. cyt. w. Caspari.
- 24) Mercier i Gosselin. C. R. Soc. Biol. T. 68, Nr. 1.
- 25) Murray. Science. N. J. 1927, 66.
- 26) Oberling i Guerin. Paris med. 1934. I. 239.
- 27) Pico. Riv. Il Cancro. 1933. 12. 4.
- 28) Pierson. Z. Kr. 41.
- 29) Riegler. Prakt. Kaarz. - Blätt. 1933. Nr. 8.
- 30) Roffo. Z. Kr. 41.
- 31) Rous i Beard. J. of exper. Med. 1935. 62, Nr. 4.
- 32) Revelis. Prakt. Karz.-Blätt. 1933. Nr. 8.
- 30) Roffo. Z. Kr. 41.
- 31) Rous Welt. 1934. Nr. 34. i Wissen. Woche Frankfurt a/M. Carcinom. Str. 18.
- 34) Schüffner. Wissensch. Woche Frankf. a/M. Carcinom. str. 22. 1934.
- 35) Samuels, Howard i Simpson. ref. Z. Kr. 39. str. 143.
- 36) Stubbs i Furth. J. of exper. Med. 1935. 61, Nr. 5.
- 37) Teutschlaender. Wissensch. Woche Frankf. a/M. 1934 Carcinom.

Oceny książek

Prof. Dr. Albin OPPENHEIM (Wien). **Biologisch—orthodontische Therapie und Wirklichkeit.** (Urban & Schwarzenberg. 1936 r., Str. 193, rys. 127.)

Ścisłe mówiąc, jest to praca nawskroś polemiczna. Autor, długoletni praktyk, nieprzejednany zwolennik przedwojennych metod regulacyjnych A n g l e a, powstaje przeciw prądom nowym, ściślej przeciw stosowaniu łuku wewnętrznego. A n g l e, twórca naukowych podstaw ortodoncji, wprowadził łuk elastyczny zewnętrzny, umocowany na zębach trzonowych w ten sposób, że przez dokręcanie nakrętek może być ku przodowi wysuwany. Do łuku tego przywiązuje się lub w inny sposób

dołącza (często używa się do tego pierścieni gumowych) podlegające przesuwaniu zęby, na które przenosi się za pośrednictwem tego łuku działanie nakrętki. Ponieważ nakrętkę podkreca się co kilka dni na $\frac{1}{3}$ lub $\frac{1}{4}$ obrotu, a na 1 mm wypada około 3 pełnych obrotów, wywierany więc w ten sposób na zęby ucisk istotnie jest bardzo słaby, podlegający jeno co kilka dni nieznacznym nasileniom. Ten okresowy wzrost nacisku wywołuje w tkankach, otaczających korzeń zębowy, reakcję w postaci rozsypiania się kości. Proces ten jednak nie trwa długo, gdyż po przesunięciu zęba siła przestaje (zdaniem autora) działać — zjawiają się odontoblasty i przez odbudowę bardziej zni-

szczonych miejsc tkanki kostnej wyrównują poniesione przez organizm straty. Ponadto łuk ekspansywny Anglea rozsuwa te zęby, na których jest umocowany, i to jego działanie już nie jest pulsujące, ale stałe i ciągłe, o czym jednak autor, zdaje się, zapomina. Działanie łuków wewnętrznych, przebiegających po stronie podniebienia, jest nieco inne. Same łuki z zębami przeważnie się nie stykają. Przytwierdzone do nich w odpowiednich miejscach bardzo słabe sprężynki wywierają na zęby ucisk stały, aczkolwiek nieznaczny. Autor słusznie zauważa, że wszelkie sposoby przesuwania zębów muszą być połączone z pewnymi uszkodzeniami tkanek przyległych: bez tego obcyć się nie może. Chodzi mu jednak o to, aby z dwójga złego wybierać zło mniejsze, i za taki mniej szkodliwy system uważa metodę Anglea. Zdaniem autora, jedynie ucisk przerywany można uważać za względnie nieszkodliwy, gdyż przy nim może w okresach odpoczynkowych odbywać się po stronie uciskanej odbudowa kości, czego przy stałym ucisku niema. Twierdzenie to autor stara się udowodnić szeregiem bardzo ładnych mikrofotografii, niestety, dotyczących wyłącznie zębów, przesuwanych łukiem Anglea. Taki dobór materiału, jako zupełnie jednostronny, dowodzi tylko, że przy stosowaniu metody Anglea w pewnych okresach działania łuku kość może się odbudowywać. Trudno jednak zgodzić się z wnioskiem autora, że, skoro odbudowa odbywa się w okresach remisji, a sprężyny łuków wewnętrznych działają bez przerwy — więc przy ich użyciu odbudowa jest niemożliwa. Wniosek ściśle teoretyczny... i z niezbyt ścisłej obserwacji wypływający. Łuk Anglea jest elastyczny, i tego przeoczać w rozważaniach nie można. Kształt łuku i przebieg wyrostka zębodołowego wyłączają absolutną remisję ucisku nawet w okolicy zębów przednich. Czyli tak wielkiej różnicy w działaniu obu metod niema. Zresztą, liczba zwolenników metod nowoczesnych wciąż wzrasta — a to nie byłoby możliwe, gdyby metody te nie dawały wyników zadawalających. Nie bez podstawy autor w przedmowie do omawianej pracy powiedział, że oczekuje wystąpień przedstawicieli obozu przeciwnego, którzy się z jego poglądami nie zgadzają. Wątpliwem się bowiem wydaje, czy praca Oppenheim'a kogo z nich nawróci: w dowodzeniach swych autor zupełnie pominął stałą prężność łuku Angliowskiego, zwiększoną jeszcze bardzo często działaniem służących do przymocowywania zębów gumowych pierścieni, nie uwzględnił wcale przypadków, leczonych łukiem wewnętrznym, którego działające sprężynki mają w porównaniu z prężnością łuku Anglea wprost wartość znikomą. Otóż ta niezmiernie niska siła ciśnienia przy łukach wewnętrznych może do pewnego stopnia kompensować remisję w łukach Anglea. Bardzo wielką zasługą autora tej pracy jest zaznajomienie ogółu z niezmiernie ciekawymi preparatami z materiału ludzkiego, przedstawionymi w postaci pięknych mikrofotografii.

Leopold Brenneisen.

FIEBIGER Joseph — Die tierischen Parasiten der Haus- und Nutztiere, sowie des Menschen. Urban und Schwarzenberg, Berlin und Wien, 1936. Dritte, umgearbeitete Auflage p. p. 1—374, fig. 1—352.

W ostatnich latach zjawilo się tyle doskonałych podręczników z dziedziny parazytologii, głównie w języku angielskim, że, przyznam się, przystępowałem z pewną nieufnością do nowego wydania podręcznika Fiebigera. Nieufność moja była tem bardziej usprawiedliwiona, że pierwsze dwa wydania tego dzieła nosiły wszystkie cechy autora, który w tę dziedzinę nie wniósł własnych prac oryginalnych — zwykła kompilacja i to, ze względu na czasy wojenne, nie oparta w dostatecznej mierze na nowej literaturze. Trzecie wydanie jest w dal szym ciągu kompilacją, ale uwzględniającą w znacznej mierze najnowsze zdobycze wiedzy. Autor opisuje w podręczniku pasorzyty zwierząt domowych, użytkowych i człowieka, jednakże, powiedzmy odrazu, że te ostatnie traktowane są dość po-

bieżnie, i podręcznik przeznaczony jest głównie dla studentów i lekarzy medycyny weterynaryjnej. Pomimo wprowadzenia nowych działów: pasorzytów zwierząt futerkowych, drobiu i zwierząt laboratoryjnych, podręcznik został z korzyścią zmniejszony objętościowo dość znacznie, a to przez pominięcie rozdziału o *Chlamydozoa* i *Spirochaeta*, których przynależność do pierwotniaków jest bardzo wątpliwa. Największym zmianom uległa jednak w podręczniku nomenklatura. Autor nie jest zwolennikiem nowoczesnych reguł nomenklatury, zaznaczając, że z zalem tylko zmuszony był im się poddać. Zal ten usprawiedliwiony jest poczęści niemożnością śledzenia przez praktykujących lekarzy nowej literatury, niekiedy dość specjalnej i trudno dostępnej. Zarzut wielokrotnej zmiany nazw gatunkowych jest o tyle niesłuszny, że znajdujemy się dopiero w okresie przejściowym ustalania priorytetu, po którym nazwy gatunkowe otrzymają formę ostateczną. Z drugiej strony zamęt, panujący dzisiaj w nomenklaturze podręczników klinicznych, jest tak wielki, że potrzebna jest niejednokrotnie duża erudycja, aby wiedzieć, o jakim pasorzyty jest mowa. Zresztą, i dziś już dla wielu pasorzytów ustalono nazwy ostateczne, nie mogące podlegać zmianom (*nomina conservanda*). Szkoda więc, że autor nie przeprowadził tej zasady w jednym, ale bardzo ważnym przypadku. Chodzi mi o użycie przez Fiebigera dla świerzbowca nazwy rodzajowej *Acarus*. Autor opiera się tu na zdaniu doskonałego, zresztą, specjalisty Oudemansa, według którego Linneusz nazwę *Acarus siro scabiei* stosował do świerzbowca. Nie wchodząc w słuszność tego poglądu, należy zwrócić uwagę, że dla powyższego pasorzyty została ustalona przez Międzynarodową Komisję Zoolog. Nomenklatury nazwa rodzajowa *Sarcoptes* i jako taka nie może podlegać zmianom. Obawiam się, że rozpowszechniony ten podręcznik sprawi w tej dziedzinie nowe zamieszanie, tembardziej, że naogół lekarze nazwą rodzajową *Acarus* obejmują „nurzańca“ (*Demodex*). W ogólnej części podręcznika autor wprowadza czytelnika w właściwości budowy i sposób życia pasorzytów w zależności od ich odrębnego trybu bytowania, w ich wpływ na żywiciela przez „odjadanie“, działania mechaniczne i wydzielanie jądów. Szkoda, że autor nie omówił szerzej zjawisk odporności, zagadnienia, nad którym odbywa się obecnie bardzo intensywna praca. W dziale pierwotniaków pasorzytniczych na uwagę zasługuje dobre opracowanie *Coccilia* na podstawie nowych danych literatury. W tej dziedzinie zmieniło się w ostatnich latach b. wiele, w szczególności opisano liczne nieznane dotychczas gatunki, pasorzytujące u drobiu. Świdrowce (*Trypanosoma*) uwzględnione są zato w bardzo szczupłym zakresie, co pozostaje, zresztą w związku z ich pozazaupejskim naogół rozmieszczeniem. Przywry, z wyjątkiem kilku gatunków, mają naogół mniejsze znaczenie gospodarcze, toteż autor poświęcił im mniej uwagi, jednakże niesłusznie przeoczył autor fakt, że dzięki pracom Vogela cykl rozwojowy *Opisthorchis tenuicollis* (— *O. felineus*) został już rozwiązany. W dziale tasiemców pominięte w poprzednim wydaniu cenne prace Janickiego i Rozena nad rozwojem brzoogłowca (*Diphyllbothrium latum*) zostały całkowicie uwzględnione. Ważne pod względem gospodarczym nicienie pasorzytnicze zajmują poczesne miejsce w podręczniku Fiebigera. I tutaj również nastąpiła korzystna zmiana, przede wszystkim przez uwzględnienie nowoczesnej systematyki, opartej na cennym dziele Yorka i Maplastona. Nawet tak gruntownie przerobiona systematyka robaków płucnych została tu całkowicie uwzględniona. Mniejszych zmianom podległa w nowym opracowaniu gromada Pajęczaków, która zresztą była dobrze opracowana już w poprzednim wydaniu. W dziale owadów autor nie zwrócił uwagi, że *Trichodectes scalaris* zaliczamy obecnie do rodzaju *Bovicola* (*B. bovis*), a *Trichodectes subrostratus* — do rodzaju *Felicola*. Podobnie wszy ludzkie głowową i odzieżową zaliczamy według współczesnej koncepcji

do jednego gatunku *Pediculus humanus* z odmianami *humanus* i *corporis* (pomijając odmiany, właściwe różnym rasom ludzkim). Pchła psia otrzymała obecnie nazwę rodzajową *Ctenocephaloides*, zamiast *Ctenocephalus* (*pro parte*). Korzystnie odbija się w nowym opracowaniu „gierz bydlęcy” (*Hypoderma*), przynoszący tak znaczne szkody gospodarcze przez zniszczenie skór bydlęcych i zmniejszenie mleczności opadniętych przez gza krów. Na szczególną uwagę zasługują liczne tabele, reasumujące dane rozwojowe poszczególnych grup pasorzytniczych, jak również i cechy systematyczne. Tabele te są tem cenniejsze, że, zestawione według żywicieli, pozwalają na względnie łatwe zorientowanie się w pasorzytynie, który wymaga określenia. Wspomnijmy więc o zestawieniu tasiełców owcy, ptactwa domowego, psów, tabela robaków płucnych, nicieni ptactwa i t. p. Nie-specjalista nie powinien jednak zbytnio polegać na swych siłach w stosowaniu powyższych tabel, bardzo wiele bowiem gatunków wymaga przy określaniu dużej wprawy i znajomości materiału porównawczego. Do podręcznika dodane są dwa spisy: pasorzytów, zgrupowanych w porządku systematycznym, i pasorzyty według żywicieli. Obydwa spisy, uwzględniające ważniejsze pasorzyty, są bardzo cenne. Pierwszy pozwala nie-specjalistom, przy spotkaniu w piśmiennictwie nazwy pasorzyty, odszukać jego żywiciela, drugi — ogranicza pożytecznie zakres poszukiwań przy próbach określania pasorzyty. Pożyteczną innowacją w nowym wydaniu jest uwzględnienie pasorzytów zwierząt futerkowych, których hodowla jest tak już dzisiaj rozprzestrzeniona, oraz pasorzytów zwierząt laboratoryjnych, z którymi przyrodnicy tak często mają do czynienia. Jeżeli dodamy, że podręcznik jest bardzo obficie ilustrowany i starannie wydany, to należy przyznać, że wypełnia on dotkliwie lukę w piśmiennictwie, ale... niemieckim. Studenci i lekarze polscy, znający ten język, będą mogli bezsprzecznie posługiwać się tym podręcznikiem z wielką dla siebie korzyścią.

Witold S t e f a n s k i.

Choroby wewnętrzne w zarysie dla Lekarzy-Praktyków i studentów medycyny, Warszawa 1936. (Podręcznik Djagnostyki i Terapii).

Na 872 strony drobnego druku, zawarte w wyż. wymienionym podręczniku, składa się XIII rozdziałów, w których omówiona została obszerna dziedzina chorób wewnętrznych w sposób skondensowany, a jednak dostatecznie, jak na zadanie podobnej książki, wyczerpujący. Dzieło to, stworzone przez szereg wybitnych specjalistów z każdej dziedziny, łączących znaczne doświadczenie praktyczne z rozległą wiedzą teoretyczną, posiada doskonały i planowy układ. I-ty rozdział poświęcony został metodom badania klinicznego, bez pomijania najnowocześniejszych zdobyczy medycyny w dziedzinie djagnostyki; w każdej poszczególniej jednostce chorobowej omówione są zmiany anatomopatologiczne i patogeneza, potem objawy kliniczne, różniczkowanie i leczenie. Z uznaniem podnieść należy

staranne i obiektywne opracowanie wskazań i postępowania leczniczego zarówno farmakologicznego, jak i dietetycznego, przy czem uwzględnione są i najnowsze sposoby i środki terapeutyczne. Dzięki przejrzystemu i jasnemu układowi znajdzie tam czytelnik ścisły i konkretny plan leczenia w każdym poszczególnym przypadku, najważniejsze recepty i przepisy dietetyczne, przystosowane do praktycznego użytku, co jest szczególnie ważne i cenne dla młodszych, nie operujących jeszcze rozleglejszem doświadczeniem osobistym lekarzy. Wiele uwagi poświęcono w omawianej tu książce metodom badania fizykalnego, które, niestety, coraz bardziej zaniedbywane są przez młodsze pokolenia lekarzy, wychowywanych w okresie rozkwitu i przerostu metod laboratoryjnych — fizycznych, chemicznych i biologicznych. Ten rozwój techniki laboratoryjnej stanowi niewątpliwie silną, ale jednocześnie i słabą stronę medycyny współczesnej, szczególnie jeżeli o stronę pedagogiczną chodzi. Oczywiście, że ściśle metody dzisiejsze djagnostyki klinicznej pozwalają na takie pogłębienie możliwości rozpoznawczych, o jakich marzyć nawet dawniej nie można było. Z drugiej jednak strony to pogłębienie, ta „standardyzacja” niejako pracy lekarskiej odbija się fatalnie na indywidualności przeciętnego lekarza - praktyka, pozbawiając go szerszego pofołu myślowego, osłabiając intuicję i zdolność syntezy i czyniąc z wysokiego kunsztu lekarskiego dawnych mistrzów pospolite rzemiosło, jeżeli nie czysto biurokratyczne „urzędowanie”. Dlatego też z radością powitać należy książkę, która, nie zaniedbując niczego w zakresie postępu wiedzy medycznej przypomina młodszyim lekarzom i studentom o istnieniu tak ważnych i często przez żadne laboratorium niezastąpionych przyrządów, jak dobrze wyćwiczone oko i ucho, a przede wszystkim przywykła do samodzielnej pracy myśl. To połączenie nowoczesnego poziomu z szerokim uwzględnieniem fizykalnych metod badania i różniczkowania klinicznego cechuje właśnie omawiane dzieło, które stanowić będzie niewątpliwie wybitniejszy ewenement w skromnej jeszcze, niestety, dotąd historii rodzimego piśmiennictwa podręcznikowego. Przy względnej szczupłości miejsca w stosunku do ogromu objętego materiału potrafili autorzy dać wszechstronne i dostatecznie wyczerpujące oświetlenie każdego poruszonego zagadnienia, co nadaje książce do pewnego stopnia charakter podręcznej encyklopedji. Nie ulega więc wątpliwości, że znajdzie się ona nie tylko w księgozbiórce, ale będzie stała na biurku każdego lekarza - praktyka nie tylko internisty zresztą. Ze względu na ten właśnie par excellence praktyczny charakter, jaki mieć powinno podobne dzieło, celoweby się wydawało poświęcenie specjalnego rozdziału omówieniu ogólnych zasad leczenia fizykalnego i uzdrowiskowego z krótką charakterystyką uzdrowisk krajowych i ważniejszych zagranicznych, a także umieszczenia dokładnych tabel dietetycznych oraz tabelki do obliczania podstawowej przemiany materji. Nie powiększając zbytnio objętości tomu, stanowićby to mogło jeszcze znaczne udogodnienie dla czytelników

M. F e j g i n.

Wskazówki praktyczne

Leczenie moczenia nocnego zapomocą prądu faradycznego według metody A. Szeligmüllera daje w 85% przypadków zupełne wyleczenie po 1—20 seansach, czasem już po 3—4. Postępowanie polega na zastosowaniu płaskiej elektrody na okolicę spojenia łonowego i wprowadzenie drugiej metalowej elektrody do cewki na długość 1 ctm. Obok tego należy ograniczać dowóz płynów (zupełny zakaz picia od godziny 4 po poł.) i budzić dziecie w nocy z początku co 2 godziny, później rzadziej. (Fortschr. Ther. 1935 Nr. 6).

Proklimanem „Ciba” leczy K. Peters z powodzeniem dolegliwości okresu przekwitania. Lek ten składa się z 0,02 hor-

monu jajninkowego, 0,015 peristaltyny, 0,0002 nitrogliceryny, 0,1 dimetylamino-fenyl-dimetylpyrasolonu i 0,05 kofeiny. Dawka: 2 razy dziennie po 2 pastylki. Leczenie trwa około 3 tygodni. (D. m. W. 1935 Nr. 42).

—o—

W uporczywych przypadkach pleśniawek u dorosłych radzi A. Kriebel przede wszystkim zapomocą aparatu ssącego usunąć czopy z migdałków, a następnie wypłukać ciepłym płynem: Jodii 0,1; Alcohol. 1,0, Aq. dest. ad 2,0. Po wypłukaniu pendzlować migdałki płynem: Acid. salicyl. 5,0; Glycerin., Alcohol. aa ad 50,0 aż do zjawienia się na migdałkach i słuzówce jamy ustnej mlecznego nalotu. (Med. Welt. 1936 Nr. 4).

H. Geuting poleca w ostrem i przewlekłym zapaleniu oskrzeli, rozedmie i zapaleniu płuc Calcio-coramnę, która działa pobudzająco na krążenie i oddychanie i ułatwia wykrztuszanie. Dawka: w lżejszych przypadkach 3—4, w ciężkich — 4—6 pastylek dziennie. (Med. Welt. 1934 Nr. 2).

—o—

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne z dnia 12 grudnia 1935 r.

Obecnych 15.

Przewodniczył Dr. Srebrny.

Odczyt:

Dr. J. Nelken. *Pamiętnik Forela*. (Było umieszczone w Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim).

Dr. Srebrny podziękował prelegentowi za bardzo ciekawy odczyt.

Posiedzenie plenarne z dnia 9 stycznia 1936 r.

Obecnych 25.

Przewodniczył Dr. Srebrny.

Odczyt:

Dr. J. Hozer. *Przed zmianą kierunku w organizacji ubezpieczeń społecznych*. (Drukuje się w Warsz. Czas. Lek.).

Dyskusja:

Dr. Łazarowicz uważa sprawę bezpieczeństwa pracy za pierwszorzędną, lecz tyczy się to tylko 2 milionów ubezpieczonych. Zwraca uwagę na nierealność ubezpieczenia małej grupy ludności. Akcję zapobiegawczą należy prowadzić, mając na uwadze całą ludność. Niewolno przytem zapominać o wsi. Na terenie powiatu warszawskiego samorząd urządził 11 przychodni, które kosztują 100.000 złotych, natomiast Ubezpieczalnia Społeczna wydaje na swoich ubezpieczonych na terenie tego samego powiatu cztery miliony zł. Mówca podkreśla kolosalną różnicę kosztów administracyjnych. Pomoc lekarską powinny wziąć na siebie samorządy dla całej ludności.

Dr. Martynski uważa, że głęboko ujętego referatu prelegenta nie można oświeślać sporadycznymi przykładami, zwłaszcza przedstawionymi w pewnym tendencyjnym oświetleńiu. Zagadnienie ochrony pracy, zapobiegania chorobom i wypadkom jest zagadnieniem bardzo ważnym i niestety dotychczas zaniedbanym. O treści trudno jest mówić przed dokładnym zapoznaniem się z referatem. Zagadnienie powinno być dokładnie przedyskutowane, a główne tezy podsunęte odpowiednim czynnikiem. Świat lekarski musi się wypowiedzieć, w jakim kierunku chce iść: czy wolny wybór lekarza, czy też zurzędniczenie i gonitwa za stanowiskami lekarskimi. Ubezpieczenie chorobowe jest pożyteczne, choćby nie obejmowało całej ludności Państwa. Wadą dotychczasowej organizacji jest brak stałej formy organizacyjnej, a częste nowe formy organizacyjne i stałe reorganizacje.

Dr. Maciewicz gorąco popiera myśl referenta stworzenia Instytutu Medycyny Zawodowawczej, którego zadaniem byłoby: 1) badanie chorób zawodowych i warunków ich powstawania, 2) badanie nieszczęśliwych wypadków i akcja zapobiegawcza (pouczenia, plakaty i t. p.). Obecnie istnieje odpowiednia koniunktura zapoczątkowania danej akcji tak, że nie należy pominąć sposobności, w szczególności dlatego, że przemysł woła o taką instytucję.

Dr. Knappe zwraca uwagę na wzorową organizację fabrycznych lekarzy przed wprowadzeniem Kas Chorych, podkreśla niskie koszty w porównaniu z kosztami na rzecz ubezpieczeń społecznych. W prywatnych towarzystwach ubezpieczeń od wypadków koszty są minimalne w porównaniu z obecnie istniejącymi ubezpieczeniami społecznymi. Kasy Chorych zawiodły pokładane w nich nadzieje i powinny być skasowane. Żadne reformy, jak widać dotąd, warunków nie uzdrowiły.

Dr. Szware uważa, że, dopóki nie będzie Ministerstwa Zdrowia Publicznego, spraw tych nie rozwiąże się. Biedna ludność, nie ubezpieczona w Ubezpieczalni Społecznej, powinna mieć również zapewnioną pomoc lekarską. W obecnych czasach wypowiada się za wprowadzeniem wolnego wyboru lekarza.

Dr. Niedzielski stwierdza, że w Ubezpieczalni obecnie są lekarze sumienni, którzy wkładają w swą pracę całą wiedzę i całą sumienność. Chorzy posyłani są do specjalistów

W wątpliwych przypadkach *plonicy* ma, według V. D. Allisona, rozstrzygać wynik badania bakteriologicznego śluzu, wziętego z gardła: brak w nim paciorkowca hemolizującego ma wyłączać *plonice*. (Brit. med. Journ. 1935 Nr. 3912).

i do szpitali. Jest nawet i wybór lekarza w pewnym rozmiarze. Wypowiada się, żeby krytyki takie, jak Dr. Knappego, nie wychodziły z łona Towarzystwa Medycyny Społecznej.

Dr. Kroszczyński podkreśla, że ubezpieczenia pracują w ciężkich warunkach. Brak ochrony pracy i higieny pracy. Mimo niekorzystnych warunków, mimo przeżycia 12 reorganizacji, Ubezpieczenia Społeczne zdały egzamin co do leczenia. Ubezpieczenia Społeczne znalazły uznanie w świecie pracy. Głosy takie, jak Dr. Knappego, są pojedyncze, subiektywne i nie mogą być brane pod uwagę. Profilaktyka musi znaleźć swój wyraz w zagadnieniu sanitarnym naszego kraju. Wiedza jest nastawiona na to, by być leczoną, nie rozumie pomocy zapobiegawczej. Obecnie nie można prowadzić należytej akcji profilaktycznej. Wprowadzeniu lekarzy fabrycznych należy się przeciwstawić jaknajenergiczniej. Powstałaby w ten sposób jeszcze inna organizacja, co stanowiłoby głębokie przeoranie ubezpieczenia chorobowego. Sprawa wolnego wyboru powinna być usunięta z obrad lekarskich.

Dr. Srebrny wyjaśnia, że Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej zawsze popierało ideę Ubezpieczeń Społecznych, chodzi tylko o przeprowadzenie właściwej ich reformy. Mówca jest zwolennikiem wolnego wyboru lekarza.

W odpowiedzi ostrzega Dr. Hozer, że zebrań lekarskich nie powinna wychodzić myśl o zarzuceniu samej idei Ubezpieczeń Społecznych, inaczej powtórzy się błąd, który popełniono w r. 1920. Ubezpieczenia pozostaną, tylko dostaną się w ręce niepowołane, w ręce świata urzędniczego. Nie można tutaj mówić o asekuracjach, gdyż do Ubezpieczeń Państwo nawet musi dokładać. Mówca jest zwolennikiem Ministerstwa Zdrowia Publicznego i powszechnej służby zdrowia.

Posiedzenie plenarne z dnia 23 stycznia 1936 r.

Obecnych 12.

Przewodniczył Dr. Kacprzak.

Odczyt:

Dr. B. Ostromiecki. *Kryzys a wydatki na zdrowotność publiczną w Polsce* (streszczenia nie nadesłano).

Dyskusja:

Dr. Knappe stwierdza, że Polska przeżywa od dłuższego czasu ostry kryzys. Brak pieniędzy zmusza sfery rządzące do ograniczenia wydatków, ograniczono przeto i wydatki na sanitariat. Dysponują funduszami laicy, a ci zawsze będą uważali wydatki na zdrowie publiczne za pewien komfort. Polska potrzebuje szkół, nie ma dróg, utrzymuje bezrobotnych, potrzebuje policji i t. d. Są to sprawy niemniej ważne, niż sprawy zdrowia publicznego. Drogi mamy w Polsce najgorsze, bezpieczeństwo obywateli jest zagrożone (bandytyzm); wydatki na bezrobotnych wzrastają; szkoły zamyka się. Mając tyle palących potrzeb, ogranicza się wydatki na zdrowie w tem przekonaniu, że lekarze sobie dadzą jakoś radę z chorobami, a w razie epidemji zawsze znajdzie się środki na kolumny sanitarne, które pokonają niebezpieczeństwo. Tak będzie postępował każdy z obecnych, jeżeli znajdzie się na stanowisku państwowem, obejmującym całokształt potrzeb państwowych.

Prof. Hirszfild dziwi się, że Dr. Knappe, będąc lekarzem i społecznikiem, uważa wydatki na inne cele państwowe za równie ważne, a może i ważniejsze od wydatków na zdrowie. Mówca zapytuje prelegenta, jakie są wydatki na profilaktykę.

Dr. Prylucki zwraca uwagę, że ludność w Polsce znacznie wzrosła, przeto ograniczenie wydatków na zdrowie publiczne, w obliczeniu na jednego obywatela, jest jeszcze znaczniejsze, niż przedstawił prelegent.

Dr. Ostromiecki dziwi się opinii, wypowiedzianej przez Dr. Knappego, że wydatki na szkoły, drogi, bezrobotnych, a nawet policję są równie ważne, jak wydatki na zdrowie publiczne. Prof. Hirszfildowi odpowiada, że profilaktyka kosztuje więcej, niż dawniej, i więcej się na nią wydaje, lecz dokładnych liczb nie może obecnie podać.

Dr. K n a p p e zaznacza, że nie cofa zdania, iż wydatki na szkolnictwo, na walkę z bezrobociem i wspieranie bezrobotnych, na naprawę skandalicznych w Polsce dróg i na powiększenie na prowincji liczby policji z ogólnopaństwowego punktu widzenia są równie ważne, a w chwili obecnej może jeszcze ważniejsze, niż wydatki na zdrowie publiczne. Tylko minister zdrowia, którego w Polsce niema, mógłby przekonywać rząd o zgubnych następstwach takiej gospodarki. Inni ministrowie takiego stanowiska nie zajmą.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja kliniczna.

CCXI posiedzenie, z dnia 28 października 1935 r.

Obecnych 48.

Przewodniczył G a n t z.

Pokazy:

1) B. K a r b o w s k i: Z kazuistyki krwotoków nosowych, zagrażających życiu.

O podwiązaniu tętnicy szyjnej w przypadkach krwotoków nosa, zagrażających życiu, znajduje się bardzo mało wzmianek w piśmiennictwie rynecologicznym. Ci nieliczni autorzy, którzy zabierają głos w interesującej nas sprawie, są zdania, że podwiązanie tętnicy szyjnej zewnętrznej nie odgrywa poważniejszej roli w opanowaniu krwotoków z tylnych odcinków nosa i nosogardzieli. Tłumaczy się to tem, że tylne odcinki nosa i nosogardzieli są unaczynione nie tylko przez rozgałęzienia tętnicy klinowo-podniebiennej, lecz i przez tylne tętnice nosowe, które są rozgałęzieniami tętnicy ocznej, a więc odchodzą od tętnicy szyjnej wewnętrznej. Ponadto istnieją liczne połączenia między tętnicami klinowo-podniebiennymi jednej i drugiej strony.

W roku bieżącym w trzech przypadkach krwotoków nosa, zagrażających życiu, podwiązana została tętnica szyjna, i we wszystkich trzech przypadkach na tej drodze udało się opanować krwotoki.

W pierwszym przypadku u 52-letniego pacjenta kichnięcie spowodowało tak silny krwotok, że chorego przywieziono do szpitala. Badanie wykryło zmiany miażdżycowe w tętnicach obwodowych. Ciśnienie krwi 160/90, krzepliwość normalna. Czas krwawienia normalny. Płytek 90.000. Wzór krwi prawidłowy. Odczyn W a s s e r m a n n a ujemny. Mocz bez zmian. Badanie rynecologiczne wykazało, że krwawi z tylnego odcinka nosa, nie udało się jednak ustalić dokładnie miejsca krwawienia. Pomimo zastosowania wszystkich dostępnych środków, nie wyłączając dwukrotnego przetaczania krwi (700 cm.³), nie udało się opanować krwotoku. Długotrwała tamponada nosa i nosogardzieli spowodowała pomimo częstych zmian tamponów obustronne zapalenie ucha środkowego. Na czternasty dzień w nocy stan chorego stał się tak groźnym, że prelegent zdecydował się na podwiązanie tętnicy szyjnej zewnętrznej. Po podwiązaniu tętnicy krwawienie natychmiast ustało. Choremu przetoczono 400 cm.³ krwi. Po kilku tygodniach stan chorego ożył o tyle dobry, że poddany został obustronnej trepanacji wyrostka sutkowego. Chory czuje się obecnie zupełnie dobrze.

Drugi przypadek dotyczy 27-letniej pacjentki, która przybyła do szpitala na oddział D-ra F e j g i n a, z krwotokiem, który miał pozory krwotoku płucnego. Badanie na oddziale ustaliło, że w dolnym odcinku gardzieli zbiera się w dużej ilości krew, którą chora przeważnie bez kaszlu spłukiwała. Chora była w siódmym miesiącu ciąży. Odczyn W a s s e r m a n n a ujemny. Krzepliwość krwi i czas krwawienia normalne. Wzór krwi prawidłowy. Mocz bez zmian. Badanie kliniczne płuc nie stwierdzało uchwytanych zmian. Badanie rentgenologiczne wykazało zmniejszoną powietrzną w lewym dolnym płacie. Wobec podejrzenia na krwawiący guz w dolnym gardle, ewentualnie w oskrzelach, skierowano chorą na oddział laryngologiczny. Badanie dolnego gardła, przeliku, tchawicy i oskrzeli nie wykryło żadnych zmian patologicznych. Pozostało poddać dokładniejszemu badaniu nosogardziel. Badanie ustaliło obecność guza wielkości fasoli między wałem trąbkowym a tylnym koncem dolnej muszli. Dokładne obserwacje wykazały, że guz ten okresowo obrzmiewa i staje się widoczny przy wziernikowaniu od przodu. W tych okresach guz ten samodzielnie krwawił. Wobec tego, że chora była bardzo wykrwawiona (33% hemoglobiny i 2.200.000 czerwonych ciałek krwi), i przy najmniejszym wysiłku wznowiały się krwotoki, których opanowanie wymagało tylnej tamponady podwiązał prelegent tętnicę szyjną zewnętrzną. Krwotoki ustały. Badanie biometryczne (Dr. P ł o Ń s k i e r) ustaliło, że miało się do czynienia z guzem złośliwym — mięsakiem. Guz został zniszczony zapomocą elektrokoagulacji z następczym naswietlaniem promieniami R o e n t g e n a

(Dr. M e s z). Chora po dwóch tygodniach odbyła poród. Urodziła zdrowe dziecko i jest po pięciu miesiącach bez nawrotu.

Trzeci przypadek dotyczy 40-letniej pacjentki, która przybyła do szpitala w stanie wtórnej niedokrwistości spowodowanej bardzo silnych krwotoków nosa. Badanie krwi nie ustaliło odchyleń od normy. Odczyn W a s s e r m a n n a ujemny. Mocz bez zmian. Badanie nosa nie wykryło żadnych zmian. W okresach, kiedy chora krwawiła, krwawienie było tak silne, że nie sposób było ustalić, skąd krwawi. Krwotoki opanowane zostały przez podwiązanie tętnicy szyjnej zewnętrznej. Chora została wypisana bez rozpoznania. Po trzech miesiącach chora zgłosiła się do szpitala spowodu nawrotów krwawienia z nosa, które nie były tak silne, jak przed operacją, i trwały od dziesięciu dni. Tym razem badanie ustaliło obecność guza bardzo małych rozmiarów w tylnym odcinku szpary węchowej. Badanie biometryczne (Dr. P ł o Ń s k i e r) ustaliło: *endothelioma cavernosum*. Chora będzie leczona elektrokoagulacją i promieniami R o e n t g e n a.

Przytoczone przypadki są ciekawe z tego względu, że krwotoki, zagrażające życiu chorych, opanowane zostały przez podwiązanie tętnicy szyjnej zewnętrznej, a dwa ostatnie są ponadto ciekawe ze względu na trudności rozpoznawcze (streszczenie własne).

Dyskusja:

Lubelski nie kwestionuje zabiegu w pierwszym przypadku, zapytuje tylko, czy przed zabiegiem była robiona tamponada B e l o c q u e a. Zastanawia się, czy w pozostałych dwóch przypadkach nie należało rozpocząć leczenia od usunięcia guza zapomocą djatermokoagulacji czy elektrokoagulacji, analogicznie do postępowania w krwawieniach, spowodowanych przez brodawczaki pęcherza moczowego. Nie należy zapominać, że podwiązanie tętnicy szyjnej zewnętrznej stanowi poważny zabieg operacyjny.

W odpowiedzi stwierdza K a r b o w s k i, że w pierwszym przypadku nakładano B e l o c q u e a, lecz działał on za ledwie 2—3 godziny. B e l o c q u e jest skuteczny, jeżeli krwawi tętnica nosowa tylna. Jeżeli krwawi tętnica klinowo-podniebienna na bocznej ścianie nosa, ucisk jest niewystarczający. Elektrokoagulacji nie można robić bez znieczulenia, przy próbach zaś znieczulenia nosa kłkainą krwawienie się wzmacniało. Rozpoznania nie można było postawić spoczątku, gdyż miejsce krwawienia było niedostępne dla badania.

2. B. E n d e l m a n. Trudności rozpoznawcze w kilku przypadkach urologicznych.

Badanie rentgenowskie dróg moczowych posunęło naprzód diagnostykę urologiczną. Prawie w każdym przypadku korzystamy z usług kolegów rentgenologów. Niekiedy jednak odczytanie zdjęcia rentgenowskiego nastrocza dość duże trudności. Dla przykładu pokazuje prelegent kilka zdjęć i w krótkich słowach opisuje demonstrowane przypadki.

Przypadek I dotyczy kobiety lat 29, cierpiącej od szeregu lat na lewostronne bóle o typie kamicy nerkowej. W 1931 roku pacjentka wydalila z moczem niewielki kamień. Od tego czasu nie miała ostrych bólów, lecz zaniepokojona jest stale utrzymującym się ropomoczem. Zdjęcie Rtg. wykazuje dwa cienie w obrębie zarysów lewej nerki, podejrzane na złogi. Ponieważ górny cień swym umiejscowieniem i kształtem nie był dość charakterystyczny dla kamienia nerkowego, wykonał prelegent pyelografię wstępującą, która od razu wykazała, że górny cień znajduje się poza obrębem miedniczki nerkowej. Dokonano wówczas zdjęcia bocznej i okazało się, że wspomniany cień leży poza obrębem nerki (przypuszczalnie zwapniały gruczoł), drugi zaś cień znajduje się w obrębie miedniczki nerkowej. Obecność jednego tylko kamienia przy stale utrzymującym się ropomoczu była dostatecznym wskazaniem do zakwalifikowania chorej do zabiegu operacyjnego, mającego na celu usunięcie kamienia z miedniczki nerkowej.

Przypadek II dotyczy mężczyzny, lat 49, cierpiącego od szeregu lat na bóle w okolicy nerek i pęcherza moczowego. W ciągu kilku lat z moczem odchodziły kamienie szcianowe różnej wielkości. Ostatnio dość silny atak lewostronny, a następnie częste i bolesne parcie na mocz. Zdjęcie rentgenowskie wykazało cień, rozpoznany jako kamień pęcherza moczowego. Ponieważ zdjęcie nie nastroczało żadnych wątpliwości, wprowadził prelegent do pęcherza optyczny miarządk kamicy, ale ku swemu zdziwieniu kamienia nie znalazł. Polecil wówczas wykonać zdjęcie kontrastowe (tenebrylem) celem umiejscowienia cienia w malej miednicy, i zdjęcie to wykazało, że owalny cień odpowiada kamieniowi, znajdującemu się w uchyłku dolnego odcinka jednego z prawych moczowodów. Za uchyłkiem przemawia brak znaczącego rozszerzenia wyżej leżącego odcinka moczowodu oraz jaśniejsza obwódka, którą

amerykańscy rentgenolodzy uważają za objaw stały w uchyłkach moczowodowych. Pacjent ma 4 miedniczki i 4 moczowody, a pozatem zmiany w szyjce udowej typu *ostitis fibrosa*.

Przypadek III dotyczy pacjenta lat 36 ze skargami na bóle w okolicy lędźwiowej prawej o typie kolki nerkowej. Historia choroby datuje się od 10 lat, przytem w ciągu ostatnich 2 lat występował obfity makros opowy krwiomocz. Na zdjęciu rentgenowskim widać nasycony cień o kształcie haczyka w obrębie prawej miedniczki; pozatem szereg drobnych cieni w obrębie lewej nerki. Celem dokładnego odzwierciedlenia stanu choroby zalecił prelegent wykonanie pyelografii dożyłnej. Okazało się wówczas, że kamień wywołał duże zniszczenie w nerce: kielichy są rozdęte w postaci jam, a miedniczka jest zniekształcona, znacznie rozszerzona ku wewnątrz, i cień jej zlewa się z haczykowatym cieniem, widocznym na poprzednim zdjęciu. Prelegent operował chorego i stwierdził, że prawa miedniczka jest wypełniona przez twardy kamień. Cały kamień był przepuszczalny dla promieni Roentgena, i tylko część jego w postaci haczyka zatrzymywała promienie i dawała cień na kliszy. Prelegent usunął kamień, pozostawiając nerkę. Obecnie po roku stan pacjenta dobry.

Następne 2 przypadki dotyczą niezwyklego umiejscowienia nerki.

Przypadek IV dotyczy chorego lat 45, który skarżył się na częste parcia na moc. W moczu stałe utrzymują się mikroskopowy krwiomocz. Zwykle zdjęcie rentgenowskie wykazało obecność szeregu cieniów w obrębie miednicy małej. Umiejscowienie ich nie odpowiadało jednak zwykłemu położeniu kamieni pęcherzowych, a wykonana pyelografia wykazała dopiero, że cienie te znajdują się w obrębie lewej nerki, położonej w małej miednicy.

W przypadku V-tym, chora lat 35 zgłosiła się z powodu częstych bólów napadowych w dole brzucha po stronie lewej. Podaje, że nasilenie bólów zwiększa się podczas periodów. Wymacywaniem w miednicy małej po stronie lewej stwierdza się twór wielkości dużej pięści, małowruchomy, dobrze wyczuwalny oburęcznie (przez pochwę), dość bolesny przy ucisku. Spowodu tego guza pacjentka była operowana w r. 1931 przez ginekologa, który łączył ten guz z lewym jajnikiem. Podczas zabiegu stwierdzono pozaotrzewnowe położenie guza i brak łączności z narządami rodniemi. Brzuch zaszyto. W 1932 roku szereg dalszych silnych napadów. Pyelografia dożylna, wykonana wtedy, wykazuje brak lewej nerki w normalnym miejscu; lewy moczowód, wężykowato zagięty, kończy się w miednicy małej. Prelegent operował pacjentkę i podczas zabiegu stwierdził, że od tętnicy biodrowej zewnętrznej odchodził dodatkowo naczynie, które wcinano się w dolny biegun nerki i utrzymywało ją w nienormalnym położeniu. Po przecięciu tego naczynia łatwo udało mu się unieść nerkę i umocować ją w normalnym miejscu. Przebieg pooperacyjny gładki. Chromocystoskopia wykonana po zabiegu wykazała prawidłową czynność podniesionej nerki. Od czasu zabiegu stan chorej dobry, na bóle nie skarży się. (Streszczenie własne).

Dyskusja:

D. Szenkier podkreśla, że na błędach uczymy się, lecz z błędów należy wyciągać wnioski. W pierwszym przypadku cień leżał zbyt wysoko (na wysokości XI i XII kręgu piersiowego) i zbyt blisko kręgosłupa, by można było go uważać za cień kamienia miedniczkowego. Pozatem cień ten nie miał jądra, charakterystycznego dla kamienia. Boczne zdjęcia lepiej jest projektować na kręgosłup, cień kamienia pada wówczas na II krąg lędźwiowy. W drugim przypadku obwódka dookoła kamienia jest charakterystyczna dla kamieni, znajdujących się w torbielowatym rozszerzeniu dolnego końca moczowodu. W trzecim przypadku cienie znajdowały się zbyt wysoko, jak na pęcherz moczowy. Przypadek ten kwalifikuje się do zabiegu operacyjnego.

W odpowiedzi stwierdza Endelman, że po obejrzeniu wszystkich zdjęć łatwiej jest dostrzec błędy w interpretacji pierwszych. Prelegent apeluje do rentgenologów, by nie rozpoznawali, zbyt pochopnie tego, czego nie ma.

Odczyt:

J. Węgierko. *Leczenie dychawicy oskrzelowej wstrząsami insulinowymi.*

Na myśl stosowania wstrzykiwań insuliny celem przerwania napadu dychawicy oskrzelowej naprowadził autora chory z dychawicą oskrzelową i moczówką cukrową, a którego w okresie wstrzykiwania insuliny ustąpiły napady dychawicy, po odstawieniu zaś insuliny — wystąpił spowrotem. Wobec tego prelegent zaczął stosować wstrzykiwania insuliny w chwili napadu dychawicznego. Okazało się, że wstrzyknięcie podskórne 40 jednostek klinicznych przerywa z matematyczną dokład-

nością napad dychawicy. Nie było wypadku, by wstrzyknięcie insuliny nie usunęło duszności. Duszność znika w niejednakowym czasie po wstrzyknięciu insuliny. Wstrząs insulinowy, którego prelegent zupełnie się nie obawia, uważając go za całkowicie niewinny, usuwa on zapomocą podania węglowodanów dopiero wówczas, gdy ustąpi duszność. Jednorazowe przerwanie napadu dychawicy zapomocą wstrzyknięcia insuliny usuwa napady duszności na dłuższy przeciąg czasu. Jednakże prelegent powstrzymuje się jeszcze od stanowczego wypowiedzenia się w sprawie uleczalności dychawicy oskrzelowej pod wpływem wstrzykiwania insuliny. Zamiast podskórnych można stosować wśródźylne wstrzykiwania odpowiednio mniejszych dawek insuliny.

Dyskusja:

Szour uważa spostrzeżenia prelegenta za nader interesujące. Niewolno zapominać, że dychawica jest nader kapryśną chorobą. Każdy lekarz żywi w głębi duszy przesvědzenie, że dychawica oskrzelowa jest chorobą uleczalną, tylko że nie w każdym przypadku udaje się natrafić na właściwą metodę leczenia. Lecz metoda prelegenta budzi również pewne zastrzeżenia. Trudno sobie wyobrazić jakieś swoiste działanie insuliny, może raczej chodzi tutaj tylko o wpływ wstrząsu, z którego korzystamy również w innych metodach leczenia wstrząsu. Są przecież autorzy, którzy uważają napady dychawicy za objaw hiperinsulinemji. Dziwnieji wobec tego musiałiby się wydawać pomyślnie wyniki leczenia dychawicy insuliną. Napady dychawicy ustępują przeważnie pod wpływem wstrzykiwań adrenaliny, hipofizyny, efetoniny. A przecież środki te są antagonistami insuliny. Są autorzy, którzy uważają napady dychawicy za napadową alkalozę, a wszak insulina jest „*alcalisateur de choix*”. Teoretycznych podstaw do stosowania insuliny celem przerywania napadów dychawicy brak. Leczenie dychawicy oskrzelowej zapomocą wstrzykiwań insuliny i cukru gronowego stosował już Kauffmann. Jeżeli chodzi o wstrząs poinśulinowy, to niezawsze jest on środkiem niewinnym. Są znane ciężkie wstrząsy, kończące się zejściem śmiertelnym. Niewolno przytem zapominać o tem, że długotrwała dychawica oskrzelowa pociąga za sobą zmiany w sercu. Część naszego arsenału środków przeciw dychawicy (np. morfinę, pantopon) przestaliśmy stosować w obawie, że się wyrządzi szkodę choremu. Co do insuliny niewiadomo również, czy nie może ona w pewnych przypadkach wyrządzić szkód. Metodę prelegenta należy tymczasem wypróbować w warunkach szpitalnych.

Landsberg dotąd nie stosował insuliny w leczeniu dychawicy oskrzelowej. Jeżeli dychawica sama nie przechodzi, to nasze dotychczasowe środki nie pomagają. Nie żywi żadnych obaw co do stosowania insuliny u ludzi w wieku poniżej 50 lat. Jak ma działać insulina, nie rozumie. Lecz nie wiemy, od czego zależy wstrząs hipoglikemiczny, jaką rolę w jego powstawaniu odgrywa insulina. Ale nie wiemy też, co to jest dychawica oskrzelowa. Metodę prelegenta należy bezwzględnie wypróbować. Insulina wywołuje pokrzywkę, a pomimo to bywa stosowana w jej leczeniu; wiemy też, że adrenalina usuwa pokrzywkę.

Bychowski przypomina, że w świetle neuropatologii leczenie wstrząsowe jest zupełnie niewinne. W leczeniu schizofrenji insuliną stosuje się 100—120 jednostek, wywołuje się ciężkie stany śpiączki, a nawet drgawki. Sacket miał na 155 przypadków, leczonych insuliną, tylko 3 przypadki zejścia śmiertelnego, które zresztą tłumaczył innemi przyczynami. Działanie wstrząsu insulinowego tłumaczy się w schizofrenji w ten sposób, że wstrząs rozwiązuje zestalony spłot odruchów, dychawica też stanowi podobny spłot odruchów. Proponuje wyprobowanie w dychawicy cięższych wstrząsów insulinowych.

Gantz uważa sceptycyzm w stosunku do nowych metod leczenia dychawicy za usprawiedliwiony z punktu widzenia praktycznego, gdyż tyle metod, przyjętych zrazu z entuzjazmem, następnie zawiodło. Wystarczy przypomnieć sobie popokarmowych i późniejsze rozczarowanie w stosunku do nich. czątkowy entuzjazm w stosunku do amerykańskich alergenów. Dychawica oskrzelowa jest przejawem anafilaksji, zaś insulina, jak wiadomo, może wywoływać wstrząs anafilaktyczny (w 14% przypadków). Są znane przypadki dychawicy, wyleczone wśródźylnymi wstrzykiwaniami rozczyńców cukru gronowego. Przed napadem dychawicy stwierdza się podobno hipoglikemję. Janowski stosował morfinę z atropiną, które usuwają wstrząs, czasami nawet na długo. Świder na podstawie teoretycznych rozważań dochodzi do wniosku, że insulina może dać wyniki w leczeniu dychawicy.

W odpowiedzi stwierdza Węgierko, że nie leczy dychawicy insuliną, lecz wstrząsami poinśulinowymi. Prelegent

operuje materiałem klinicznym i doświadczeniem, podczas gdy Szour i Świder rozważaniami gabinetowymi, Prace Sackera i Benedeka dowodzą, że wstrząs poinśulinowy jest zjawiskiem niewinnym. Prelegent mówił o przerywaniu napadów dychawicy, nie zaś o jej wyleczeniu, gdyż obserwacje jego są zbyt krótkotrwałe. Zapaść lub śpiączka poinśulinowa w moczwocce cukrowej noszą inny charakter, niż u chorych z dychawicą oskrzelową. Insulina może wywołać napad dychawicy, lecz nie czyni tego wstrząs poinśulinowy.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Wiedniu z dnia 31 stycznia 1936 r. (Wien. med. Wschr. Nr. 6/1936) E. Hammerschlag przedstawił kobietę z *niedokrewnością złośliwą i zaburzeniami mózgowymi, którą leczono z dobrym wynikiem* na I oddziale wewnętrznym Child-Spital Chora, przyjęta na oddział 20 grudnia 1935 r., była zawsze „nerwowa”, cierpiała na stany lękowe, miała stałe zaparcia. W ostatnich czasach rozwinął się tic sapania, który w ostatnich czasach przybrał na natężeniu; obok tego istniały parestezje i bóle we wszystkich kończynach. Wskutek osłabienia chora nie mogła się nawet ubrać. Była apatyczna i senna; mowa była wahająca. Objaw Romberga dodatni, istniał beład. Liczba czerwonych ciałek w 1 mm.³ nieznacznie przekraczała 1.000.000, w rozmazie widać było dużo megalocytów i erytroblastów, ilość hemoglobiny wynosiła 30%. Miało się więc do czynienia z niewątpliwą niedokrewnością złośliwą, wobec czego dokonano przede wszystkim przetaczania krwi. Następnie w ciągu 7 tygodni zastrzykiwano chorej Procythol forte (jedno wstrzyknięcie tygodniowo). Obraz krwi jest obecnie prawie normalny: prawie 4.000.000 czerwonych ciałek w 1 mm.³, 73% hemoglobiny, wskaźnik barwnikowy mniejszy od 1. Objawy powróżkowe w dużym stopniu cofnęły się: pacjentka dobrze chodzi, parestezje ustąpiły, jak również objawy mózgowie. Piśmienictwo odnosi się naogół sceptycznie do możliwości cofnięcia się objawów powróżkowych. Objawy te wymagają stosowania przez czas dłuższy dużych ilości preparatów wątrobowych. W przeciwieństwie do dawniej szeroko rozpowszechnionego mniemania, że tiki są pochodzenia psychorodnego i czysto czynnościowe, uważa się obecnie, że rytmiczne skurcze grup mięśniowych są uwarunkowane organicznie. Prelegent przypuszcza, że u pokazywanej pacjentki były zmiany w ciele prąkowanem. Ponieważ objawy, spowodowane przez zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym, mogą wyprzedzać rozwój

niedokrewności, uważa prelegent niedokrewność i zmiany w układzie nerwowym za współrzędne stany następne zadziałania tego samego czynnika szkodliwego. Czy wcześniej zostanie uszkodzony narząd krwiotwórczy, czy też ośrodkowy układ nerwowy, zależy to od konstytucji. W każdym bądź razie wyleczenie zapomocą diety wątrobowej jest bardzo znamienne.

Na posiedzeniu Biofizycznego Towarzystwa do badań nad krótkimi falami w Wiedniu z dnia 22 maja 1935 r. (Wien. med. Wschr. Nr. 6/1936) J. Kowarschik mówił o *wybiórce działaniu krótkich fal*. Prelegent wskazuje na stwierdzone przez wielu autorów fakt, że elektrolity w krótkofalowym polu kondensatorowym rozgrzewają się wybiórczo zależnie od ich przewodnictwa i stałej dielektrycznej. Przy odpowiednio dużym natężeniu pola udało się prelegentowi zabić ryby, pływające w szklanej waniencie; pomiary ciepłoty wykazały, że ryby ogrzały się prawie o 9° wyżej, niż otaczająca woda. Dalej udało się prelegentowi przy zastosowaniu wysokich sił pól i przy dostatecznie długim ich działaniu doprowadzić do ściśnięcia się znajdujące się w lodzie kawalki mięsa.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Wiedniu z dnia 7 lutego 1936 r. (Wien. med. Wschr. Nr. 7/1936) H. Finsterer przedstawił 58-letniego mężczyznę, którego operował z powodu *uszypulowanego mięsaka chłonnego żołądka*. Pacjenta, który miał od 1919 r. dolegliwości żołądkowe, operowano pod rozpoznaniem wrzodu dwunastnicy. Znalezione zbliżnowały wrzód przedniej ściany, który już groził przeżnięciem. Krzywizna mała była zgrubiała aż do przelęku. W ostatnich czasach chory miał biegunki i nieznaczny cukromocz. Makroskopowo widać było poza wrzodem dwunastnicy jeszcze 5 wrzodów z guzowatymi brzegami. Badanie histologiczne wykazało prócz tego mięsaka chłonnego, wychodzącego z błony podśluzowej, który sięgał aż pod błonę surowiczą. Mięsaki żołądka bywają rzadko tylko spostrzegane; wśród 600 wyciętych przez prelegenta żołądków znaleziono tylko 9 razy mięsaka. Ich bezpośrednie rokowanie operacyjne nie jest pomyślne, gdyż nacieczenie, sięgające częstokroć aż do wstępu, utrudnia wycięcie. Według dawniejszych poglądów, rokowanie mięsaka chłonnego było jeszcze gorsze, niż rokowanie raka. Przeczy temu doświadczenie prelegenta. Operowany podczas wojny pacjent był przez 3 lata zupełnie wolny od dolegliwości, poczem znikł z oczu prelegenta; inny chory jest stale wolny od dolegliwości od r. 1911, trzeci — od r. 1922, czwarty — od r. 1923. Badanie rentgenowskie pokazywanego chorego wykazuje zupełnie normalny kikut żołądka.

Z j a z d y

Sprawozdanie ze zjazdu lekarzy powiatowych i miejskich Województwa Kieleckiego w Sosnowcu w dniach 24 i 25 stycznia 1936 r.

W zjeździe wzięli udział lekarze powiatowi (19) i lekarze miejscy (7) Województwa oraz przedstawiciele ubezpieczalni społecznych, przedstawiciele miejscowych towarzystw lekarskich i miasta Sosnowca, w charakterze gości — Naczelnicy Wojewódzkich Wydziałów Zdrowia sąsiednich Województw Krakowskiego i Śląskiego, przedstawiciele Państwowego Zakładu Higieny w Katowicach i inni.

Zagaił zjazd w zastępstwie Wojewody Kieleckiego Wicewojewoda Witkowski. W imieniu Ministerstwa Opieki Społecznej witał zjazd inspektor Dr. Kowarski, w imieniu miasta Sosnowca — prezydent Kaczkowski. Przemówienia powitalne wygłosili również przedstawiciele Towarzystw: Lekarskiego i Higienicznego i Ubezpieczalni Społecznej w Sosnowcu.

W pierwszym dniu zjazdu omówiono sprawy stanu zdrowotności województwa i zamierzenia na przyszłość (sprawozdanie wojewódzkiego urzędu oraz informacje lekarzy powiatowych i miejskich) i organizację ośrodków zdrowia na terenie województwa. W drugim dniu wysłuchano referatu Doc. Dr. Przesmyckiego z Państwowego Zakładu Higieny o zachorzenia utajone i jego roli w szerzeniu się epidemii, oraz Dr. Molickiego, Naczelnika Wydziału Zarządu Miejskiego, o durze brzuszny w Sosnowcu. W tym dniu zwiedzono Ośrodek Zdrowia w Sosnowcu, oddział gruźlicy otwartej przy szpitalu miejskim i wodociąg w Maczkach.

Pomimo trudnego stanu finansów samorządu miejskiego i wsi służba zdrowia zdolała rozbudować swój aparat czy to

w postaci instytucji leczniczych (szpitale), czy też (i zwłaszcza) zapobiegawczych (przychodnie, ośrodki zdrowia). Stały wzrost potrzeb sanitarnych, spowodowanych ogólnym zubożeniem i bezrobociem, na tym terenie wymaga wzmożonej aktywności służby zdrowia. Toteż niektóre powiaty i miasta zupełnie zadawalająco rozwinęły swoją służbę zdrowia: dostateczna sieć lekarzy rejonowych i położnych, przychodni zapobiegawczych i ośrodków zdrowia (Olkusz, Miechów, Częstochowa). Wśród miast na pierwszym miejscu należy postawić Sosnowiec — ośrodek zdrowia, prowadzący dobrze zorganizowane najważniejsze działy pracy w zakresie higieny zapobiegawczej (gruźlica, jaglica, opieka nad matką i dzieckiem, kuchnia mleczna, dentystyka szkolna, t. zw. szkoła zdrowia i t. p.) oraz połączony z urzędem sanitarnym i pracownikami badania żywności, może być wzorem organizacji i celowości tego rodzaju instytucji dla pracy zdrowotnej na terenie miasta. To samo należy powiedzieć o budowie niezwykle tanim kosztem i w dodatku z ofiarności publicznej (sprzedaż znaczków) przy szpitalu miejskim oddziału gruźlicy płuc (miasto wydało tylko 10.000 zł. na zakup placu). Należy podkreślić, iż jest to zasługa wyłączna kierownictwa miejskiej służby zdrowia.

Tem niemniej przed województwem stoją nadal niezwykle trudne zadania: utrzymania dorobku, z takim trudem zdobytego, konieczność dalszej rozbudowy aparatu szpitalnego (zwłaszcza szpitale zakaźne), usuwanie braków zaopatrzenia w wodę — są wieś, gminy całe i miasta, odczuwające wielki brak wody (państwowy wodociąg w Maczkach, bardzo dobrze i celowo rozbudowujący się, ma znaczenie raczej dla sąsiedniego Województwa Śląskiego, na którego terenie musi zastąpić wodociągi, przechodzące przez teren niemieckiego Śląska) — wreszcie w szeregu powiatów niezbędna jest odbudowa sieci personelu sanitarnego (lekarze rejonowi, położne, kontrole-

rzy sanitarni), zlikwidowanej w pierwszych latach kryzysu i t. p.

Trudności te pogłębia przewidywany na najbliższy okres budżetowy spadek dochodów samorządu terytorjalnego i rygory nieprzekraczania bardzo okrojonych jego budżetów.

Jako zjawisko niezwykle dodatnie należy podkreślić pomoc i współdziałanie czynników społecznych, w pierwszym

rzędzie towarzystw lekarskiego i higienicznego, przeciwgruźliczego, Polskiego Czerwonego Krzyża i innych, które w zrozumieniu ciężkiej sytuacji samorządowej służby zdrowia nie szczędzą wysiłków, wspomagając ją moralnie i materialnie.

W drugim dniu zjazdu odbyło się walne zebranie członków Koła Kieleckiego Związku Lekarzy Rządowych w Państwie Polskiem z udziałem prezesa Związku Dr. Kowarskiego.

Krytyka lekarska

Pomnik Jane Todd Crawford.

Jane Todd Crawford nie była ani learką, ani pielęgniarką, ani siostrą miłosierdzia, ani działaczką społeczną, ani filantropką. Była tylko... pacjentką, ale pacjentką wyjątkową, jak wyjątkowo tylko zdarzyć się może wzniesienie pomnika pacjentowi lub pacjentce. Pomnik Jane Todd Crawford został przed niedawnym czasem odsłonięty w miasteczku Danville w stanie Kentucky w parku Mc Dowella. Mc Dowell? Zapewne niewielu znajdzie się lekarzy, którymby nazwisko to było znane. O obojgu-pacjentce i jej lekarzu - opowiada Dr. R. H. Jaffé*), prof. patologii Uniwersytetu w Chicago, z pochodzenia wiedeńczyk. Prof. Jaffé osnuł swoje ciekawe, a ponieważ i wzruszające opowiadanie na pracy Dra Augusta Schachnera**), wydanej w r. 1921.

Jane Todd pochodziła z rodziny pionierów, która osiedliła się w Virginii. Przyszła na świat 23 grudnia r. 1763 w Rockbridge County. Komu nieobce są walki i życie pełne trosk i trudów pierwszych kolonistów, ten łatwo zrozumie, że lata jej młodości obfitowały w ciężkie przejścia, że ciągle walczyła z nieposkromioną, dziką naturą musiała wyrobić w niej ten hart i tę dzielność, jakie były niezbędne do powzięcia śmiałej decyzji, która dała Mc Dowellowi sposobność do wykonania wielkiego czynu chirurgicznego.

9 czerwca r. 1794 Jane Todd wyszła za mąż za Tomasza Crawforda, a w 9 lat po zamążpójściu wywędrowała wraz z mężem i kilku krewnymi do Green County w stanie Kentucky. Tam nad małą rzeczką znaleźli odpowiednią dla siebie siedzibę. Trafili na grunt żyzny, na którym rosły pszenica i tytoń, i mała rodzina, jak się zdaje, doszła do względnego dobrobytu. Jane obdarzyła swego małżonka 5-giem dziećmi: trzema synami i dwiema córkami.

W pierwszych miesiącach roku 1809 zauważyła, że brzuch jej zaczyna nanowo rosnąć: kładziono to na karb nowej ciąży. Gdy atoli upłynął termin oczekiwanego rozwiązania, które jednak nie nastąpiło, postanowiono zasięgnąć porady Dra Ephraima Mc Dowella, praktykującego od lat 14 w odległym o 60 kilometrów miasteczku Danville. 13 grudnia r. 1809 odwiedził Mc Dowell pacjentkę, rozpoznał właściwy charakter jej cierpienia, wyjaśnił pani Crawford, że dotknięta jest guzem jajnika i zaproponował usunięcie go drogą operacyjną, nie ukrywając przytem, że operacji takiej nietylko nigdy jeszcze nie robił, ale nawet nie słyszał i nie czytał, aby coś podobnego było kiedyś wykonane. I lekarz i pacjentka zdawali sobie

zatem najdokładniej sprawę, że idzie tu o śmiały, ryzykowny eksperyment, którego wynik wydawał się więcej, niż wątpliwy. Stawiona przed decyzją, Jane bez wahania wolała wybrać wielkie ryzyko operacji, niż długie beznadziejne chleractwo. Po trudnych do przebycia drogach, opierając ciężkie ciało o kulę u siodła, odbyła konno 100 kilometrową podróż do Danville. W dzień Bożego Narodzenia r. 1809 przystąpił Mc Dowell do operacji. Dużo było sporów na temat, gdzie zabieg operacyjny się odbył, wszystko jednak przemawia za tem, że Mc Dowell przeznaczył na salę operacyjną jeden z pokoiów swojego mieszkania. Asystował operatorowi bratanek jego James Mc Dowell, który tylko co ukończył studia w Filadelfji, oraz uczeń szkoły prywatnej nazwiskiem Baker. Oprócz nich obecna była przy operacji służąca pani Crawford.

Pacjentkę ułożono na zwykłym stole. Znieczulanie i postępowanie bezgnilne nie były, naturalnie, w owym czasie znane. Linja cięcia, oznaczona atramentem, leżała 7 ctm. nalewo od lewego mięśnia prostego brzucha. Cięcie rozpoczął Dr. James, doprowadził je do końca Dr. Ephraim. Obnażony został wielki guz torbielowy, połączony za pomocą szypuły z macicą. Podwiązawszy jajowód i szypułę, Dr. Ephraim utworzył guz, z którego wylał się brudny, śluzowaty płyn. Teraz całą solidną część guza wycięto, i jelita, które podczas operacji wyłoniły się z brzucha, reponowano. Następnie pacjentkę ułożono na boku, aby zebrana w jamie brzusznej krew mogła wypłynąć, i, po wyłonieniu kikuta, brzuch zaszyto. Operacja trwała 25 minut. Przez cały ten czas pani Crawford zachowała całkowitą przytomność i odmawiała psalmy. Guz ważył 22½ funta.

Więść o śmiałej operacji szybko rozniosła się po małej miejscinie, a, jak niesie podanie, zebrany przed domem Mc Dowella wzburzony tłum groził wtargnięciem do mieszkania doktora i rozprawieniem się z nim. Jedynie perswazji szeryfa miano zawdzięczać, że tłum groźby swej nie wykonał. Pacjentka rychło przyszła do siebie i na 5 dzień już sama porządkowała swoje łóżko, a 25-go dnia po operacji powróciła zdrowa do domu.

Ponieważ Mc Dowell traktował wykonany zabieg jako próbę, przeto rzekł się zań wynagrodzenia, ale pan Crawford podobno z własnej inicjatywy hojnie operatora wynagrodził.

W rok po operacji, w grudniu r. 1810, sprzedali Crawfordowie swój dobytek i powędrowali dalej; dokąd ich ta wędrówka zaprowadziła — niewiadomo. W kilka lat później ślad ich odnajdujemy w Jefferson County w Stanie Indjana. W r. 1820 po nieszczęśliwym wypadku, który położył kres życiu Crawforda, Jane pozostawała jeszcze przez pewien czas w Jefferson County

*) Wien. med. Woch. 1935 N 50.

**) „Ephraim Mc Dowell“, J. B. Lippincott Company. Filadelfja i Londyn 1921 r.

u swojej zameężnej córki, poczem przeniosła się do jednego z synów do Graysville w tymże stanie Indjana, gdzie zmarła d. 30 marca r. 1842, mając lat 78, w 33 lata po owej pamiętnej operacji.

Nie pozostał po bohaterce tej notatki żaden portret, nie wiemy, jak wyglądała Jane Todd Crawford, jedynie tylko biały, wytarty kamień nagrobny na małym cmentarzu w pobliżu Graysville świadczy o jej ziemskiej wędrówce.

Dom w Danville, w którym pracowity swój żywot pędził, w którym epokową operację swoją wykonał Mc Dowell, dom ten i dziś jeszcze stoi. Gdy w roku ubiegłym zwiedzał go prof. Jaffé, smutne sprawiał wrażenie. Wprawdzie świadczy umieszczona obok drzwi wejściowych tablica z brązu o wielkiem zdarzeniu, jakie się pod dachem tego domu rozegrało, ale ze ścian tynk opada, okna są zabite deskami, a jedyną mieszkającą tam istotą ludzką jest golibroda murzyński, który z dumą opowiada, że w dawniejszych pokojach ordynacyjnych Mc Dowella obecnie on swój zawód uprawia. Przed niedawnym czasem zawiązało się towarzystwo, mające na celu nabycie owego domu i przeniesienie go do parku, w którym pochowani są Mc Dowell i jego małżonka, i gdzie wznosi się także pomnik Jane Todd Crawford.

Mc Dowell, skromny lekarz małomiasteczkowy, przypisywał powodzenie swojej owarjotomji więcej szczęśliwemu przypadkowi, niż zręczności swej i wiedzy. W tem przekonaniu narazie milczał i dopiero po upływie lat siedmiu, po udanem wykonaniu jeszcze dwóch takich operacji, opisał swoje spostrzeżenia i oparte na nich doświadczenie. Rękopis złożył bratanek autora profesorowi chirurgji Uniwersytetu w Pensylwanji, D-rowi Filippowi Syngowi Physickowi, który pracy tej nie przyjął. Nielepszy los spotkał ją ze strony profesora Johna Bella w Edynburgu, gdzie Mc Dowell studjował medycynę, nie doczekawszy się jednak stopnia doktora. Pod nieobecność profesora rękopis odebrał jego zastępca, Dr. John Lizers, i, nie poświęciwszy mu żadnej uwagi, odłożył go

gdzieś na bok, aż dopiero w r. 1824 ogłosił go jako część własnej pracy. Po niepowodzeniu, doznaniem ze strony Physicka i Bella, złożył Mc Dowell swoją pracę profesorowi akuszerji w Filadelfji, D-rowi C. Jamesowi, który ją w „Eclectic Repertory” wydrukował. W r. 1819 ogłosił Mc Dowell drugą pracę, w której opisał dwie nowe z powodzeniem wykonane owarjotomje i gdzie rozprawił się ze swoimi krytykami. I ta praca ukazała się również w „Eclectic Repertory”. Te tylko dwie prace wyszły z pod pióra Mc Dowella. Wytykano mu w nich wiele braków i powierzchowne opracowanie tematu, nie liczone się jednak z tem, że Mc Dowell nie był żadnym uczonym, że był tylko lekarzem praktykiem, który w małym, 300 mieszkańców liczącym miasteczku, zdala od klinik uniwersyteckich i bibliotek w ciężkiej walce o byt zdobywał swój chleb powszedni. Kto pod tym kątem widzenia czyta skromny dorobek naukowy Mc Dowella, tego wzruszyć musi jego bezpretensjonalność. W końcu zamilkła walka dokoła jego osoby: zaczęto pojmować, że zwykły lekarz z małej odległej mieściny dokonał wielkiego czynu chirurgicznego. Jednak wszystkie te zaszczyty, które spotykały już teraz Mc Dowella, nie zmieniły nic w skromnem jego bytowaniu: pozostał wierny swej praktyce i środowisku swemu w słonecznym Kentucky. Tu zmarł w 59 roku życia 20 czerwca r. 1830 po krótkiej chorobie — „ostrym napadzie zapalenia żołądka”. Jego biograf Schachner przypuszcza, że było to zapalenie wyrostka robaczkowego *).

Z. Srebrny (Warszawa).

*) Czy Mc Dellowi należy się zasługa wykonania pierwszej owarjotomji? Na pytanie to daje odpowiedź A. Martin (p. Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde Bd. VI. r. 1895. Wydanie III, str. 297) w następujących słowach: „Chociaż już w 17 wieku Plater i Schorkopf uważali za możliwą operację wyluszczenia jajnika, a przez różnych autorów operacja ta przypadkowo była wykonana, to jednak nie ulega wątpliwości, że pierwsze z obmyślnym zgóry planem wyluszczenie jajnika było dziełem Ephraima Mc Dowella z Kentucky”. (Redakcja).

Korespondencja

List z Paryża.

Plotki.... plotki....

Przed kilku dniami, w obecności Prezydenta Republiki, w wielkim amfiteatrze Sorbony odbyło się inauguracyjne posiedzenie nowej Akademji Chirurgji. Na marginesie owej uroczystości godzi się podać kilka nieurzędowych i mniej uroczystych faktów.

W październiku ubiegłego roku Akademia Medycyny wraz z ówczesną Societé Nationale de Chirurgie święciły dwa wieki swego istnienia, chociaż w istocie żadne z owych towarzystw lekarskich nie jest bezpośrednio związane z Królewską Akademją Chirurgji, założoną przez Ludwika XV, a pochłoniętą następnie przez fale Rewolucji francuskiej. Dopiero bowiem w roku 1820 Ludwik XVIII wydał dekret, nadający godność Akademji Medycyny gronu najwybitniejszych francuskich lekarzy. Stowarzyszenie chirurgów pod nazwą „Societé Nationale de Chirurgie” zostało założone znacznie później.

Obecna Akademia Medycyny gromadzi bezsprzecznie

elitę naukowego społeczeństwa francuskiego. Nic zatem dziwnego, że otrzymanie tytułu „academicien” stanowi najwyższy zaszczyt dla każdego lekarza. Akademia Medycyny, która w przeciwieństwie do Akademji Francuskiej, gromadzącej literatów, nie wchodzi w skład Institut de France, liczy około stu członków, podzielonych na sekcje: lekarską, chirurgiczną, higienistów, fizyków, chemików, przyrodników, weterynarzy i farmaceutów. Zadaniem Akademji Medycyny jest ocena i ogłaszanie prac naukowych i nowych metod leczniczych. Cel ten jest raczej platoniczny, gdyż wielka liczba nieporównanie czynniejszych i mniej tradycyjnych towarzystw naukowych o wiele lepiej spełnia powyższe zadanie. Akademia Medycyny, mimo że nie ma urzędowego charakteru, jest jednak uważana za najwyższą instancję lekarską i z tego właśnie powodu wspólnie z Radą Zdrowia przy Ministerstwie decyduje w sprawach ochrony zdrowia społecznego, dokonywa zmian w farmakopei i t. d.

Każdy krytyczny obserwator potrafi po pewnym czasie właściwie ocenić wartość owej Instytucji i odkryć pewne wady zarówno w doborze tematów, omawianych na tradycyjnych

wtorkowych posiedzeniach, jak i w zupełnie swoistym systemie „wizyt akademickich“, poprzedzających zaszczyt wstąpienia do znakomitego grona. A przecież trudno zapomnieć, że z katedry Akademii Medycyny ogłaszano najpiękniejsze odkrycia lecznictwa, a w owej ciemnej, ozdobionej licznymi portretami, niezbyt wielkiej sali rozlegały się głosy *Laënneca*, *Magerdie*, *Claude-Bernarda*, *Charcot*, *Pasteura*. Z tytułu zgromadzenia, jednoczącego symbolicznie całość medycyny francuskiej, nie można Akademii Medycyny odmówić prawa do sławy.

Ale oto u progu bieżącego roku stało się coś niezwyklego. *Société Nationale de Chirurgie* drogą wyjątkowo dyskretnych i szybkich zabiegów zdobyła sobie potężnych protektorów w rządzie i dość nieoczekiwanie została mianowana Akademią Chirurgii, zaopatrzoną we wszelkie odpowiednie prawa włącznie z przywilejem noszenia przez swych członków haftowanego fraka i fantazyjnego nakrycia sędziwej głowy.

W ten sposób Francji nagle przybywa jeszcze dziewięćdziesiąt historycznych nazwisk.

Trzeba znać nieco stosunki, istniejące w francuskim społeczeństwie lekarskim, aby zrozumieć, jak ta nowa schizma pomieszała szeregi dawnej hierarchii tytułów i jaką wywołała reakcję wśród członków Akademii Medycyny. Ustupający zeszłoroczny jej prezydent, *Prof. Siredey*, nie powstrzymał się w swej pożegnalnej mowie od wyraźnych, a nawet dość ostrych napomnień, skierowanych w stronę uzurpatorów tytułu i burzycieli jedności najwyższego zgromadzenia lekarskiego. Przy odrobinie złośliwości i odpowiednim talencie możnaby owych „akademijnych nieporozumień“ użyć jako tematu do sztuki scenicznej, wzorowanej na „Zielonym fraku“ *Caillaveta* i *Flersa*, lecz dziejącej się w innym środowisku.

Co ciekawsze, że przykład chirurgów okazał się zaraźliwy i doprowadził już do prób stworzenia „Akademii Klimatologii i Terapeutyki“, która z pewnością nie byłaby ostatniem z nowych zrzeszeń, ujmujących powagi Akademii Medycyny.

—o—

Śmierć *Paula Bourgeta* zwróciła jeszcze raz uwagę na ciekawe i stałe zbliżenie medycyny i literatury. Oddawna wiadomo było, że *Bourget*, lubujący się w długiej powieściowej analizie psychologicznej, czuł specjalny pociąg do lekarzy i wśród nich właśnie miał najwierniejszych wielbicieli i przyjaciół. Pasjonował się stałe postępami medycyny i licznym swym powieściom nadawał tło laboratorium naukowego lub szpitala. *Bourget* przez długi czas był cierpliwym słuchaczem wykładów *Dieulafoya* w *Hôtel-Dieu* i wraz z nim wprowadził do słownika lekarskiego termin „*pathomimie*“, określający celowe naśladowanie objawów chorobowych.

Nic dziwnego, że *Cabanès* zaliczał *Bourgeta* do tych, których obdarzył przydomkiem „*les evadés de la médecine*“.

O czynnym charakterze pozaliterackich zainteresowań zmarłego pisarza świadczyć może rok 1914, w ciągu którego *Bourget* pracował jako sanitariusz-ochotnik w szpitalu wojсковym w *Clermont-Ferrand*. W roku 1930 — rzecz charakterystyczna — zostaje obrany honorowym prezydentem kongresu chirurgów i wygłasza piękną mowę o kierowniczej idei zabiegu chirurgicznego. Ostatnia powieść *Bourgeta*, zatytułowana „*Laborantine*“ i poświęcona życiu sióstr szpitalnych, oparta jest na osobistych przeżyciach autora. Znany jest tu romantyczny epizod z ostatnich lat życia *Bourgeta*, kiedy to

ciężko chory pisarz postanowił zawrzeć ślub z swą pielęgniarką, która otaczała go niezwykle troskliwą opieką. Małżeństwo to nie doszło jednak do skutku spowodu ciężkiego stanu zdrowia *Bourgeta*.

Śmierć jego nie przeszła bez echa w paryskim świecie lekarskim. Liczne wspomnienia pośmiertne, umieszczone w pismach naukowych, świadczyć mogły o sympatji lekarzy dla zmarłego powieściopisarza.

—o—

Przed kilku miesiącami złożony został w Parlamencie, a ostatnio przyjęty przez komisję higieny Izby Deputowanych, projekt stworzenia instytucji, która, na wzór naszej Naczelnej Izby Lekarskiej, mogłaby prawnie reprezentować ogół lekarzy, a równocześnie mieć własny głos w sprawach fachowych i prawno-lekarskich. Zadanie owego przyszłego „*Ordre des Médecins*“ ma polegać na karaniu wykroczeń w dziedzinie etyki zawodowej, referowaniu sądom spraw między lekarzami a chorymi, kontroli uprawnień do wykonywania praktyki lekarskiej i t. d.

Warto zaznaczyć, że należenie do dotychczasowych związków zawodowych jest nieobowiązujące, a rola owych związków przeważnie dość nikła.

Zrozumiałą zatem jest rzeczą, że nowa instytucja powinna składać się wyłącznie z lekarzy niezależnych w zakresie swych czynności ani od Państwa, ani od władz administracyjnych.

Przyjęty zrazu z zapalem projekt „*Ordre des Médecins*“, jako najwyższego trybunału korporacyjnego, uległ w czasie przechodzenia przez tryby maszyn parlamentarne bardzo znacznym zmianom. Liczne poprawki doprowadziły do tego, że w ostateczności „*Ordre des Médecins*“ będzie zależny od współzasiadających w trybunale apelacyjnym radców prawnych. Oczywiście, że taka kompromitacja ustawy nowej instytucji wywołała liczne głosy protestu. Ponieważ jednak sprawa ta stanie niebawem przed ostatecznem rozwiązaniem, przeto dziś już prowadzi się w pewnych sferach kampanję raczej za zupełnem pogrzebaniem sprawy „*Ordre des Médecins*“, niż za uchwaleniem jej w postaci obecnej.

—o—

W początku bieżącego roku akademickiego rada wydziału lekarskiego w porozumieniu z *Assistance Publique* przystąpiła z inicjatywy *Prof. Carnota* do badania lekarskiego wszystkich studentów medycyny. Narazie badanie owo ogranicza się do słuchaczy I roku studjów, ale w przyszłości ma być rozciągnięte na inne lata oraz inne wydziały. Badanie to odbywa się w ten sposób, że każdy słuchacz otrzymuje zawiadomienie o obowiązku stawienia się w szpitalu *Laënnec*, gdzie podlega szczegółowemu zbadaniu klinicznemu, radiologicznemu i laboratoryjnemu. Parę miesięcy istnienia owej kontroli lekarskiej nie może jeszcze dać statystycznych podstaw do uznania jej celowości. Warto jednakże przypomnieć, że w *Strasburgu* podobna kontrola studjującej młodzieży trwa już od pięciu lat. W ciągu tego czasu dokonano tam około 1.600 badań i wykryto wśród studentów 39 przypadków czynnej gruźlicy płuc, 21 — zastawkowych wad serca, 4 — wrzodu żołądka, 1 — gruźlicy nerek, 48 — białkomoczu (przeważnie ortostatycznego) oraz 68 przypadków nadczynności tarczycy.

Paryż, w styczniu.

Leonard Chwatt.

Przegląd terapeutyczny.

Z I. Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J.
(Dyrektor: Prof. Dr. Tadeusz T e m p k a).

Leczenie przewlekłych zapaleń stawów antygenem metylowym — „AntiTBC. Klawe”

Podał

Dr. Adolf MESTER (Kraków).

W obecnym stanie wiedzy o zapaleniach stawów najważniejszą sprawą jest rozpoznanie etiologiczne, później dopiero bierzemy w rachubę charakter kliniczny, cechy indywidualne pacjenta i szereg innych danych — i dopiero po powiązaniu tychże składników decydujemy o postępowaniu leczniczym. Rozpoznanie etiologiczne danego schorzenia stawowego nie jest jednak rzeczą łatwą; w rzadkich tylko przypadkach możemy z całą stanowczością orzec, jakie jest tło, np. w przypadku ostrej rzeżączki z zajęciem stawów w bliskim okresie czasu od zakażenia rzeżączkowego, i t. p. Natomiast przypadki gośćcowe i gruźlicze nastroczają bardzo wiele trudności, a nawet czynią często niemożliwym rozstrzygnięcie między temi dwiema przyczynami schorzenia, przyczem nie należy zapominać o tem, że nierzadko istnieją obok siebie obie te sprawy chorobowe jednocześnie. Tak reumatyk o zaawansowanej sprawie stawowej może chorować na gruźlicę płuc bądźto o typie nieczynnym, bądźto czynnym włóknistym lub rozpadowym — natenczas powstaje pytanie, czy sprawa stawowa pozostawała w przyczynowym związku z gruźlicą. Należy też wziąć pod uwagę, iż obie sprawy — tak reumatyczna, jak i gruźlicza — mają pewną swoistą dynamikę, jużto zależną, jużto niezależną od siebie, dającą szereg możliwych kombinacji, które na pozór mogą wydawać się uproszczeniem; głębsza analiza okazuje jednak, że przeciwnie, sprawa stawowa uległa przez to raczej zawiłaniu. Dowodów na to mamy wiele tak z własnych spostrzeżeń, jakoteż i z piśmiennictwa. Potwierdzają one, że wszelka jednostronność w myśleniu biologicznym jest szkodliwa, że doprowadza do uogólnień, w których zatracą się jasny sąd. Niezależnie od częstości gruźlicy, mogącej powikłać sprawę chorobową o innym tle — może ona być rzeczywiście właściwą i wyłączną przyczyną schorzenia stawowego, przejawiającego się bądź to jako ostry, bądź to jako przewlekły proces stawowy. Tak G h o r m l e y podał na podstawie materiału operacyjnego i sekcyjnego, że z 41 rozpoznanych klinicznie przypadków gruźlicy stawów tylko w 27 przypadkach, t. j. w 66%, potwierdzono gruźlicę. W 52 przypadkach, w których przyjęto jako prawdopodobne tło gruźlicze schorzenia stawowego, w 27 przypadkach, t. j. w 52%, potwierdzono tło gruźlicze. Zaś z 42 przypadków, w których wogóle tło gruźlicze nie wchodziło w rachubę, jednak w 23 przypadkach, t. j. w 55%, stwierdzono istniejącą sprawę stawową jako gruźliczą. Z 289 przypadków zapaleń stawów w 29% tło schorzenia nie zostało ustalone pomimo zastosowania wszystkich nowoczesnych badań klinicznych i laboratoryjnych.

Jak więc widzimy, skutkiem specjalnych trudności sprawa ta daleka jest od rozstrzygnięcia pomimo znacznie udoskonalonej techniki badań klinicznych i pomocniczych, któremi posługujemy się dla wykrycia gruźlicy. Odczyny skórne, śródskórne, podskórne i inne, jednorazowe, jak i dwurazowe (B e s s a u) nie dają u dorosłych zasadniczych wskazówek; badania na świnie morskiej, bakterjoskopowe, serologiczne również bardzo często za-

wodzą. Badania bakterjologiczne L ö w e n s t e i n a przez większość autorów nie zostały potwierdzone, a z drugiej strony nawet przypadki dodatnie L ö w e n s t e i n a nie są jeszcze dowodem gruźliczego pochodzenia danej sprawy chorobowej, np. stawowej, gdyż gruźlik może zapaść na gościec stawowy prawdziwy, a reumatyk może zachorować na gruźlicę, względnie z nieczynnej sprawy gruźliczej może ona przejść w czynną z krążącemi wtenczas prątkami K o c h a we krwi.

Z tych danych widzimy, że nawet zastosowanie najnowszych metod badawczych definitywnie etiologii danego schorzenia stawowego, zwłaszcza w kierunku roli gruźlicy, nie rozstrzyga. Stąd łatwo wytłómaczyć rozbieżność danych cyfrowych co do częstości gruźliczego zapalenia stawów: jedni uważają je za bardzo częste, a nawet sądzą, że przyczyną wszystkich tak zwanych gośćcowych zapaleń stawów jest gruźlica, inni zaś rzadko tylko przyznają gruźlicy rolę w etiologii zapaleń stawów. Nasze zdanie o roli gruźlicy w etiologii zapaleń stawów wypowiedzieliśmy w innej publikacji — wspomnę jedynie, że, opierając się na immunobiologicznym odczynie swoistym dla reumatyzmu, będziemy mogli w przyszłości podać cyfry odsetkowe tak dla form gośćcowych, jak i gruźliczych.

Ponieważ gruźlica tak bezpośrednio, jak i pośrednio przez swe jady może być przyczyną zapaleń stawów ostrych, podostrych i przewlekłych, stosuje się w tych przypadkach leczenie tuberkuliną. W tym celu jest w użyciu obok starej tuberkuliny K o c h a cały szereg innych tuberkulin, np. tuberkulina D e n y s a, emulsja bakteryjna, tuberkulomucyna W e l e m i n k y e g o — bądźto drogą zastrzykiwań podskórnych, bądźto drogą szczepień skórnych (P a u l, P o n n d o r f). Zpośród całego szeregu tuberkulin szczególnie właściwości przy równoczesnej małej toksyczności rozwija antygen metylowy N è g r e a i B o q u e t a, znany u nas pod nazwą Anti — TBC „Klawe”. Otrzymuje się ten preparat w ten sposób, że bakterje gruźlicy, wyjałowione przez ogrzanie w ciągu godziny w temperaturze 120°, przemyte i wysuszone zadaje się w pewnym określonym stosunku acetonem, następnie znowu alkoholem metylowym w temperaturze 99°. Poczem po doprowadzeniu do izotonji, równej krwi, fizjologicznym roztworem soli kuchennej, wyjaławia się powtórnie. N è g r e i B o q u e t wykazali doświadczalnie na zwierzętach korzystne działanie antygeny metylowego na objawy zatrucia gruźlicą doświadczalną, tudzież wzrost liczby limfocytów. Do leczenia antygenem metylowym nadają się według N è g r e a i B o q u e t następujące sprawy chorobowe u dorosłych i u dzieci: gruźlica gruczołów chłonnych, kostno - stawowa, otrzewnowa, oczna, skórna i błon śluzowych, gruźlica krtani, narządu moczopłucowego, płuc i opłucny. Anti - TBC znajduje się jako rozzczyn antygeny dziesięciokrotnie rozcieńczony (*mitius*) i jako nierozcieńczony (*fortius*).

Leczyliśmy 8 pacjentów z przewlekłym gośćcem stawowym preparatem Anti TBC „Klawe”, z czego pięciu pacjentów wykazywało włóknistą gruźlicę płuc i powiększenie gruczołów węzkowych (klinicznie i rentgenologicznie) o procesie nieczynnym, na co wskazywała między innymi danymi również próba B e s s a u a. Najmłodsza pacjentka liczyła lat 16 — najstarsza 78. Stosowaliśmy leczenie powoli i metodycznie, unikając odczynów ogólnych tudzież znaczniejszych ogniskowych. Wy-

niki lecznicze były bardzo dobre, z wyjątkiem pacjentki najmłodszej St., której sprawa nie uległa polepszeniu, prawdopodobnie na skutek ciągle istniejącego ogniska zakażenia w postaci przewlekłego ropnego zapalenia migdałków, których specjalista - laryngolog usunąć nie chciał. We wszystkich innych przypadkach leczenie Anti TBC dało bardzo korzystne wyniki. Dla przykładu podam w krótkości kilka przypadków:

Chora Z. M. lat 25 — przebywała na oddziale od 23.X. 1934 — 14.II. 1935. Chora zgłosiła się na oddział ze skargami na silne bóle w stawach kończyn górnych i dolnych tudzież w kręgosłupie trwające od 3-ich tygodni, na osłabienie i bóle głowy. Przed 4-ma laty przechodziła ostre zapalenie stawów, leżała wtedy 6 tygodni, wysoko gorączkując. Od tego czasu zjawiała się okresowo bóle w stawach kolanowych, łokciowych i w drobnych stawach palców rąk, w mniejszym stopniu nóg. Często zapadała na anginę i „grypę”. Od kilku lat miewa też wyciek z ucha prawego. *Menarche* w 16 r. ż., potem miesiączki regularne, prawidłowe. *Hereditas*: 0. Mieszkanie suche. Z badań przedmiotowych podam tylko odchylenia od normy: wszystkie stawy, tak duże, jak i małe, kończyn górnych i dolnych zniekształcone, obrzękłe, o skórze nad niemi ścięnczałej, lecz niezaczerwienionej, bardzo bolesne w czasie wykonywania ruchów czynnych i biernych, w znacznej mierze ograniczonych. W okolicy prawego stawu łokciowego torebka skórna wielkości orzecha włoskiego, wypełniona licznymi guzkami, również w okolicy prawego stawu kolanowego i około stawów palców rąk szereg pojedynczych guzków — wszystkie te guzki wykazywały cechy guzków reumatycznych. Badanie narządu oddychania wykazało: *synechiae apicales ambilat.* *Hypertrophia hili utr. min. gr.* (bad. kliniczne i rentgenologiczne). W zakresie przewodu pokarmowego po próbnym śniadaniu brak wolnego HCl, Def.100, A-330. Badanie rentgenologiczne stawów: szpary stawowe zwężone, znaczne odwapnienie, ubytki nieregularne w nasadach kostnych, jakoteż nadwichnięcia. Badania laboratoryjne: O. *Wassermann* a, *Meinickego*, citochołowy — ujemne. O. *Bessa* a II $\geq$ I. Badanie krwi: O. *Biernackiego* — 50—95—110 mm. C. b. 11.400 w 1 mm³. Obraz krwi: Pał. 12%. Wieloj. 62%, L. 19%, M. 7%. Eo. 0%. Ilość kwasu moczowego we krwi po odpowiedniej djeie przygotowawczej: 3.55 mg%. — Chora gorączkuje wieczorami do 38°C. — Torebkę z guzkami z okolicy prawego stawu łokciowego tudzież guzek z okolicy stawu między 1-ym a 2-gim członem palca wskazującego po wyluszczeniu (Dr. G a s i ń s k i — II Klinika Chirurgiczna U. J. Dyr. Prof. Dr. J. G l a t z e l), zbadano histologicznie. Badanie histopatologiczne wyciętego guzka: silne zwłóknienie tkanki łącznej, miejscami szklisto zmienionej, napęczniałej miejscami. W brzeźnych częściach wśród tkanki łącznej włóknistej — ogniska naciekowe zapalne okołonaczyniowe, przeważnie limfocytarne. Ściany naczyń nieco zgrubiałe. (Dr. Syrek — Zakład Anatomji Patologicznej U. J. Dyr. Prof. Dr. S. C i e c h a n o w s k i). U chorej stwierdzono *otitis media chron. pur. d.* — Obok leczenia objawowego leczono chorą preparatem Anti-TBC „Klawe”. Po pierwszym zastrzyknięciu podskórnym Anti-TBC *mitius* 0.25 cm³ nie było żadnej reakcji miejscowej, ani ogólnej, ani też ogniskowej. Następnie aż do 13 lutego wstrzykiwano chorą w dalszym ciągu Anti-TBC *mitius*, dochodząc do najwyższej dawki 0.9 cm³ w całości chora miała 14 zastrzyknięć. Chorą wypisano z oddziału w stanie podmiotowo bardzo dobrym, zaś przedmiotowo stwierdzono ciepłotę prawidłową, znaczne polepszenie ruchomości stawów, jedynie zniekształcenia pozostały. Poprawę najlepiej ilustruje badanie krwi: O. B. 7—24—70 mm. C. B. 7.200 w 1 mm³. Pał. 1%, Wiel. 66%, L. 27%, M. 6%, Eo. 0%.

Chora S. *polyarthritis rheum. chron. prim., t. b. c. fibr.*

pulm., hypertrophia hili utr. Odczyn Bessa II $\geq$ I. Leczenie Anti-T.B.C. *mitius* dało w czasie od 7.I. do 27.II. 1935 wyleczenie prawie zupełne. O. B. przed leczeniem 70—102 mm c. b. 6200 w 1 mm³ pał.: 10%, wielo.: 32%. Limfo.: 47.5% mon.: 7.5% eo.: 3%. Po leczeniu O. B. 15—40 mm c. b. 6800 w 1 mm³, pał.: 4%, wielo.: 53% limfo.: 34%, mono.: 5%, eo.: 2%.

Chora R. W. lat 38, zgłosiła się 20.I. 1935, ze skargami na silne bóle w stawach barkowych, łokciowych i garstkowych, tudzież na szczególnie silne bóle w stawach kolanowych i w stawie podstawowym palucha prawego. Obok tego chora kaszle, nie odpluwa, szybko się męczy, osłabiona, miewa bóle w plecach, szczególnie po stronie lewej, kołatanie serca. Temp. dochodzi do 38°C wieczorami. Badanie kliniczne i rentgenologiczne wykazało: w obu szczytach złepy opłucnowy, silniejsze po stronie lewej, struktura obu szczytów jest zagęszczona, silniej u podstawy lewego szczytu. Wnęki obie są powiększone i w częściach podszczytowych silnie wzmożona struktura. Serce trójkątne, wymiaru poprzecznego 14 cm, o wygładzonych łukach, przedstawia cechy osłabienia mięśnia sercowego. Tętnica główna bez zmian. *Metatarsus I* jest w stawie z pierwszym członem palca w nadwichnięciu na wewnątrz. Obrisy główki *metatarsus* wykazują lekkie nierówności (ubytki). Badanie krwi: O. B. 15—25 mm, c. b. 6200, pał.: 7.5%, wielo.: 63%, limfo.: 20.5%, mono.: 7%, eo.: 1.5%, baso.: 0.5%. Chora jest ambulatoryjnie leczona preparatem Anti-TBC. Zaczęto od 0.2 cm³ *mitius* i ze względu na podniesienia ciepłoty i na pracę chorej wstrzykuje się co 7 do 10 dni małą dawkę, tak, że po 5 miesiącach chora dostaje 0.4 cm³ *mitius*. Wynik leczenia jest następujący: chora bólów stawowych nie ma już zupełnie, bóle w plecach (pochożenia opłucnowego) znacznie słabsze, ciepłota niższa — waha się około 37°C, przyrost na wadze wynosi 4 kg., mimo uciążliwej pracy. Chora jest nadal w leczeniu

Ch o r a B l. Lat 36, *polyarthritis chron. rheum. prim., t. b. c. fibr. diffusa pulm.* Sprawa stawowa trwa od 4 lat — duże zniekształcenia w zakresie wszystkich stawów palców rąk i nóg, jakoteż w stawach garstkowych i skokowych, przykurczenia w stawach łokciowych, zwłaszcza w prawym. W obu stawach kolanowych również przykurczenia i wysięki, zwłaszcza w lewym. Stany podgorączkowe, dochodzące wieczorami do 37.5°C. Leczenie preparatem Anti-TBC *mitius* prowadzono od 13.VI do 14.VIII. 1935., w którym to czasie zastrzyknięto 0.2 cm³ — 2 razy, 0.4 ccm — 2 razy, 0.6 ccm 3 razy, 0.8 ccm — 3 razy, 1 ccm również 3 razy. Chorą, którą przywieziono do kliniki, opuściła oddział w takim stanie, że sama chodziła bez laski. O. B. spadł z 65 — 110 mm na 18 — 35 mm. W obrazie krwi zmniejszenie pałeczkowych form i wzrost limfocytów.

Jakkolwiek przepis nakazuje powtarzać każdą dawkę 4-krotnie, zanim przechodzi się do wyższych dawek — w naszych przypadkach nie trzymaliśmy się niewolniczo schematu, lecz indywidualizowaliśmy, stojąc na stanowisku, że każdy pacjent wymaga indywidualnego leczenia, zależnie od wieku, okresu, nasilenia choroby, od jej przejawów, będących sumą części składowych ustrojowych wewnętrznych i bakteryjnych zewnętrznych. Anti-Tbc. nadaje się szczególnie do leczenia spraw stawowych przewlekłych na tle gruźlicy, jakoteż w mniejszym stopniu niegruźliczych, w których działa jako nieswoista proteino-terapia. Dzięki łagodności jej działania nie widzieliśmy żadnych ogniskowych zaostrzeń, ani odczynu miejscowego, ani też ogólnego — a w arsenale leków przeciwgośćcowych preparat Anti-Tbc zajmuje poczesne miejsce, gdyż leczenie złotem napotyka czasami przeciwwskazania, jak schorzenia nerek, wątroby, stany nadwrażliwości i inne.

PIŚMIENNICTWO:

L. Nègre i A. Boquet: Le traitement de la tuberculose par l'antigène méthylique. Masson et Cie 1932. Tamże obszerne piśmiennictwo. S. Bagiński: Antygen metylowy w lecznictwie

gruźlicy. Mester: P. G. L. Nr. 3 i 43. 1935. Béthoux et Berthety: Rhum. Chron. tuberculeux du type inflammatoire traité et amélioré par l'antigène méthylique. Congr. Scientifique Intern. du Rhum. Chron. Progr. Mr. Chevallier: Un cas de Rhum. Progr. Déf. amélioré par l'antigène méthylique. *Ibid.*

Medycyna społeczna

Przed zmianą kierunku w organizacji Ubezpieczeń Społecznych *)

Podał

Dr. Jan HOZER (Warszawa).

Niebawem stanie Rząd, ciała ustawodawcze, przemysł, świat pracy i świat lekarski wobec konieczności zajęcia się sprawą ubezpieczeń społecznych. Jestto zagadnienie trudne i skomplikowane, gdyż krzyżują się tutaj interesy socjalne świata pracy i pracodawców ze sprawami zdrowia publicznego, ze sprawami podatkowymi, ze sprawami obronności kraju i ogólną polityką gospodarczą Państwa.

Świat lekarski, jako ten, dla którego ubezpieczenia społeczne, a w szczególności ubezpieczenie chorobowe i wypadkowe są naturalnym warsztatem pracy, musi zająć tu zdecydowane stanowisko i ustosunkować się zupełnie jasno i wyraźnie do ubezpieczeń jako takich oraz do kwestji odpowiedzialności za stan lecznictwa i profilaktyki społecznej.

Wyrażam głębokie przekonanie, że tylko w nauce medycyny społecznej znaleźć można rozwiązanie dla zagadnień, związanych nie tylko z lecznictwem, ale i zagadnień natury czysto prawnej i czysto finansowej tych ubezpieczeń.

Słuszność zarzutu, głoszącego, że ubezpieczenia społeczne są w dzisiejszej postaci zbyt wielkim ciężarem dla produkcji i świata pracy oraz konkurentem podatkowym dla skarbu Państwa — nie leży w tem, aby ciężar ten stanowiły ubezpieczenia jako takie, gdyż są one koniecznością państwową uznaną przez wszystkie państwa, koniecznością, wypływającą z ducha medycyny społecznej.

Ciężarem stają się tylko takie ubezpieczenia, które wskutek swych podstaw ideologicznych, matematycznych, prawnych i organizacyjnych nie mogą wywiązywać się należycie ze swych zadań, pracują nieprodukcyjnie i niecelowo, a racji swego istnienia czynią zadość połowicznie, niedostatecznie. I takie są właśnie ubezpieczenia dzisiejsze.

Ograniczę się do ubezpieczenia wypadkowego i chorobowego, jako tych, które są głównym terenem działania medycyny społecznej.

Wychodzę z założenia, że głębsza przyczyna upadku tych ubezpieczeń, ich depopularyzacji, ich przewlekłe deficytowe i z dnia na dzień prowadzonej gospodarki, ich t. zw. sztywności w kosztach produkcji leży w tem, że ubezpieczenia te usuwają, wzgl. łagodzą tylko skutki ryzyk ubezpieczeniowych, a nie spełniają funkcji równie ważnej — zapobiegania przyczynom świadczeń. Zachowują się prawie biernie wobec ryzyk ubezpieczeniowych. Zwalczają nie całość szkła ryzyka, to jest jego przyczyny i skutki, lecz tylko jego drugą połowę, t. j. skutki.

Z punktu widzenia przewidywania spo-

łeczno — i finansowo — zapobiegawczego nie pracują tedy dla przyszłości ani w znaczeniu ubezpieczeniowo — finansowym, ani ogólnie — gospodarczym, ani zdrowotnym. Dopuszczają do narastania z roku na rok wydatków na renty dla inwalidów pracy i inne świadczenia powypadkowe, do szerzenia się chorób zawodowych, zachorowań ogólnych i t. d. Nie są tem, czem być powinny: pełną formą świadczeń publicznych na rzecz zdrowotności publicznej i zdolności do pracy.

Dzisiejszy stan rzeczy nie pozwalałby jednak na zasadnicze przestawienie zwrotnicy ubezpieczeń na tory zapobiegawcze. Nie pozwala na to bowiem podstawa matematyczna ubezpieczeń, która przewiduje prawie wyłącznie pokrycie finansowe dla „skutków”, a tylko w minimalnym stopniu pokrycie dla działań zapobiegawczych.

Ideologia ubezpieczeniowa od chwili swych narodzin nie została nasycona pierwiastkiem przewidywania społeczno — zapobiegawczego, lecz została usztywniona i zwięziona w ramach asekuracyjnej odpowiedzialności za wypadki lub choroby, które już się zdarzyły.

Ubezpieczenia społeczne działają sprzecznie z ideologią, która powinna być podwaliną ich działalności, a która da się streścić w słowach: racją istnienia ubezpieczeń społecznych jest w równej mierze niwelowanie następstw ryzyka ubezpieczeniowego, jak działania zapobiegawcze w tym kierunku, aby świadczenia stawały się zbędne.

Z powodu tego defektu ideologicznego, ubezpieczenia społeczne zostały już w zaraniu swej działalności skazane na gospodarkę stale deficytową, załamującą się już przy najlżejszych objawach depresji ogólnogospodarczej. Zepchnięte zostały do roli paliatywu społecznego i to paliatywu zanadto kosztownego w porównaniu z efektem.

Dopóki podstawa ideologiczna oraz dostosowana do niej kalkulacja matematyczno — ubezpieczeniowa i organizacja ubezpieczeń nie zostaną poddane rewizji w duchu powyższych założeń, dopóty żadna reforma ubezpieczeń nie może dać trwałego wyniku.

Ustawowy obowiązek zapobiegania wprowadzie istnieje, lecz ma charakter teoretyczny, zupełnie nie ujmując całości zagadnienia, a ponadto z braku pokrycia finansowego i nieodpowiedniej organizacji ubezpieczeń spełniony być nie może.

Nie można uważać za działalność zapobiegawczą wydatkowania na ten cel 1 zł. rocznie na głowę ubezpieczonego, ani tem mniej reform w duchu lekarza domowego. Nie odgrywa tu również większej roli inspekcja pracy, zajęta głównie zatargami, zbiorowami na tle najmu pracy, nie mająca w swym składzie stale zatrudnionych lekarzy i obca miejscom pracy, poza dorywczym przeglądem zakładów pracy raz lub 2 razy w roku.

*) Odczyt wygłoszony dnia 9.I.1936 na posiedzeniu Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej.

Prócz braku pokrycia finansowego na poważną organizację zapobiegawczą za bardzo istotną przeszkodę w rozwijaniu takiej działalności uważać należy związanie ubezpieczenia chorobowego oraz części zapobiegawczej i leczniczej ubezpieczenia w wypadkowego ze scaloną aparaturą ubezpieczeń długoterminowych wraz z jej skomplikowanymi czynnościami, administracyjno - finansowymi, polityką lokacyjną, personalną, centralizacją i t. d.

Lecznictwo i zapobieganie stanowią zupełnie odrębną dziedzinę, która podlegać winna prawom medycyny ścisłej, medycyny społecznej oraz nauce o organizacji i bezpieczeństwie pracy z punktu widzenia lekarskiego, technicznego, psychotechnicznego, zaś przepisom administracyjno - ubezpieczeniowym chyba tylko o tyle, o ile chodzi o granice finansowe, zakreślone wpływem składek i ich ściągalnością.

Ubezpieczenie chorobowe i wypadkowe ma do czynienia z zupełnie innymi ryzykami, niż ubezpieczenia długoterminowe, i w zupełnie inny sposób można zwalczać ryzyko zachorowania lub choroby zawodowej, czy wypadku przy pracy, aniżeli ryzyko bezrobocia, starości i t. p. Ryzyka te powstają i przebiegają na zupełnie innej płaszczyźnie. Gdy ryzyko chorobowe i wypadkowe (z wyjątkiem trwałego kalectwa) pociągają świadczenia krótkotrwałe, ubezpieczenie emerytalne nie operuje wogóle ryzykiem w ścisłym tego słowa znaczeniu. Nie każdy musi być chory, nie każdy musi ulec wypadkowi przy pracy, lecz każdy musi być w końcu niezdolny do pracy wskutek starości. Zapobieganie chorobie, czy wypadkowi wygląda zupełnie inaczej, niż zapobieganie bezrobociu. Widzimy tu przeważnie różnice, nie widzimy natomiast motywów najistotniejszych scalenia. Jeśli tym motywem była w swoim czasie konieczność wprowadzenia jednolitych ustaw, w różnych częściach kraju, to jednolitość tę można było dla poszczególnych ubezpieczeń wprowadzić bez scalenia, a zasadę za daleko idącego scalenia zastąpić koordynacją ubezpieczeń. Jeśli motywem była konieczność scalenia funduszków, to można to było przeprowadzić przez stworzenie odpowiednich funduszków wyrównawczych w ramach każdego ubezpieczenia z osobna.

Również względy, uzasadniające rzekomą konieczność scentralizowania ubezpieczeń upadają, gdyż widzimy, że administracji nie tylko nie obniżyły, ale ją niesłychanie podniosły i skomplikowały. Działalność lecznicza i profilaktyczna nie może być scentralizowana choćby tylko z powodu zupełnie różnorodnych warunków lokalnych na terenie poszczególnych ubezpieczalni. Centralizacja nie tylko że kosztuje mnóstwo pieniędzy, ale zdejmuje zupełnie ciężar odpowiedzialności z lokalnych władz ubezpieczalni, przerzucając go na centralę, która wobec różnorodności warunków w poszczególnych częściach kraju nie może sobie dać rady i nie da rady nigdy z zagadnieniami, które decentralnie są nieraz bardzo łatwe do rozwiązania. Najodpowiedniejszą formą jest tu samorząd i decentralizacja świadczeń.

Z tych i wielu innych przyczyn, których wyliczanie i analiza mogłaby zająć gruby tom, konieczne jest odłączenie ubezpieczenia chorobowego i wypadkowego od ubezpieczeń długoterminowych. Ponadto w ramach ubezpieczenia chorobowego rzeczą konieczną jest odłączenie lecznictwa i profilaktyki od administracji.

Lecznicza i zapobiegawcza dziedzina ubezpieczenia chorobowego i wypadkowego wymaga organizacyjnej, leczniczej i finansowej samo-

dzielności, aby ubezpieczenia te mogły pełnić swoje zadanie.

W niniejszych wywodach chcę się ograniczyć tylko do omówienia działalności zapobiegawczej ze szczególnym uwzględnieniem organizacji bezpieczeństwa i higieny pracy w przemyśle polskim, aby na tym odcinku dowieść konieczności zmiany kierunku ubezpieczeń społecznych. Zapobieganie wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym daje efektywny zysk finansowy: dla przedsiębiorstw, instytucji ubezpieczeniowych, pracobiorców, ogólnego gospodarstwa społecznego i skarbu Państwa.

Jest zyskiem w znaczeniu gospodarczym, bo zmniejsza wielomilionowe straty przemysłowe, zdolność zarabkowania, wydajność pracy i zdolność konkurencyjną pracobiorców i przedsiębiorstw. W znaczeniu ubezpieczeniowym, bo zmniejsza renty i koszty lecznictwa. W znaczeniu zdrowotnym i kulturalnym, bo podnosi ogólną zdrowotność i kulturę społeczną. W znaczeniu wojskowym, bo podnosi zdolność rekruta i zmniejsza straty w przemyśle wojennym. W znaczeniu podatkowym, bo zapobiega utracie pełnowartościowych podatników, a dzięki spadkowi rent i innych świadczeń, pozwala na niższą składkę na rzecz podatku dochodowego.

Wkładany w organizację zapobiegawczą zasób pieniędzy i energii społecznej staje się z biegiem czasu coraz mniejszy. Amortyzuje się szybko. Obfita literatura doświadczalna z tej dziedziny dowodzi, że zapobieganie konsumuje tylko nieznaczny ułamek tych zysków, jakich przysparza. Organizacja zapobiegawcza redukuje ubezpieczenie od „skutków” do roli urzędującego z ubezpieczenia, które staje się tem mniej kosztowne, im lepiej i wszechstronniej wywiązuje się ze swych zadań to pierwsze.

Aby rozstrzygnąć pytanie, w jakim kierunku winna iść reforma ubezpieczeń społecznych, należy najpierw na zasadzie rozumowania *par exclusionem* wyliczyć te reformy, które nie prowadzą do celu.

1. Redukcja świadczeń w ubezpieczeniach nie może być, oczywiście, uważana za środek ich sanowania. Świadczenia spadły do minimum i nie zaspakajają już najpilniejszych potrzeb ubezpieczonych i zdrowotności publicznej. Nawet jeszcze dalej posunięta redukcja świadczeń nie byłaby zdolna usunąć przewlekłego deficytu ubezpieczeń, i droga ta jest zupełnie błędna. Widzimy bowiem, że częstotliwość i ciężkość wypadków i zachorowań nie spada, renty i inne świadczenia dla inwalidów pracy wzrastają, choć przy wszechstronnym zapobieganiu powinny spadać. Stan taki będzie z roku na rok gorszy, nigdy bowiem nie zniknie potrzeba tych świadczeń. Przeciwnie, przy redukcji świadczeń, przedsięwziętej dla przywrócenia równowagi finansowej ubezpieczeń, przyczyny świadczeń będą wzrastały, gdyż:

a) Kryzys gospodarczy, bezrobocie, pauperyzacja, wzrost ogólnej chorobowości i rozwój techniki — tworzą coraz to nowe i dotąd nieoponowane ryzyka ubezpieczeniowe,

b) Redukcja ilości i jakości świadczeń prowadzi automatycznie, do zmniejszania i tych nielicznych i nie-

dostatecznych świadczeń zapobiegawczych i zapobiegawczo-leczniczych, jakich instytucje ubezpieczeniowe udzielają w toku i z okazji leczenia oraz w ramach obecnego minimalnego wydatku na profilaktykę.

c) Świadczenia spadły już do *minimum*, stanowiącego o wartości ubezpieczenia wogóle,

2. Obniżka składek ubezpieczeniowych bez kompensacji skądinąd, pod postacią organizacji zapobiegawczej, załamałaby finansowo do reszty te i tak deficytowo pracujące instytucje, nie dając wzajemian nic. Ponadto musiałaby pociągnąć obniżenie świadczeń, a więc skutki, wyżej omówione.

3. T. zw. uelastycznienie składek, t. j. uzależnienie ich wysokości od wahań koniunkturalnych w życiu gospodarczym kraju, jakkolwiek lansowane przez sfery gospodarcze, byłoby niewykonalne z następujących powodów:

a) w obecnej depresji gospodarczej oznaczałoby gwałtowną niższkę składek i świadczeń, a więc ruinę ubezpieczeń,

b) stałoby w sprzeczności z samą ideą ubezpieczeń społecznych, których racja istnienia leży między innymi w tem, aby były czynnikiem możliwie ponadkoniunkturalnym,

c) wymagałoby zupełnej zmiany podstaw matematycznych ubezpieczenia, to jest wykonania prac olbrzymich, długotrwałych, naukowo nawet jeszcze nie przepracowanych, być może nawet niewykonalnych, a poza tem bez zmiany ideologii ubezpieczeniowej w kierunku zapobiegawczym — bezcelowych i szkodliwych.

Gdyby składki wahały się w tych samych granicach, w jakich waha się dzisiaj inne elementy życia gospodarczego, ubezpieczenia nie spełniłyby swego głównego zadania, którem jest zapewnienie skromnych, lecz odpowiednich świadczeń dla sfer, najbardziej gospodarczo upośledzonych, najbardziej w swym bycie wahaniami koniunktury zagrożonych i najbardziej ubezpieczenia potrzebujących. Jeśli z pewną słuszością można uważać ubezpieczenia jako zbędne w okresie trwałej i powszechnej „prosperity”, to są one urządzeniem najniezbędniejszym właśnie w okresie złej koniunktury gospodarczej, zwłaszcza dla wszystkich niżej zarabiających, żyjących i pracujących w najgorszych warunkach, a więc przedstawiających najwyższe ryzyko ubezpieczeniowe. Składki, wpłacane w okresie lepszej koniunktury, są przeznaczone na pokrycie gorszych ryzyk i świadczeń, które wzrastają w okresie złej koniunktury i zmniejszono go wpływu składek.

W tym też kierunku poszła matematyka i gospodarka ubezpieczeniowa, która i tak już w możliwie dużych granicach przewidywała przystosowanie się ubezpieczeń do wahań koniunkturalnych, jednak nie przez uelastycznienie składki, lecz przez ograniczanie świadczeń w ramach wahań się wpływu składek o stałej wysokości.

4. Reforma ubezpieczeń przez samą tylko zmianę ustawy scaleniowej w kierunku jej uproszczenia również nie osiągnęłaby celu, gdyż bez rewizji podstaw ideologicznych i matematycznych nawet najrzetelniej przepracowana ustawa o ubezpieczeniu społecznym nie usunie wzrastających, względnie niezmięszających się przyczyn świadczeń.

5. Reforma nie spełniłaby nakreślonego zadania nawet gdyby doprowadziła do drastycznego ukrócenia istniejących przerosłów administracyjnych i przelania nadmiernych wydatków administracyjnych na czyste świadczenia. Reforma ustawy

i zmniejszenie administracji, zwłaszcza przy przywróceniu bezpośredniego nadzoru państwowego — może niewątpliwie wpłynąć dodatnio na poziom świadczeń i niż ich koszt administracyjny, więc winna być niezależnie od wszystkiego dokonana. Jednak same przez się reformy te nie będą miały ani zasadniczego znaczenia dla zdrowotności publicznej, ani znaczenia gospodarczego. Zawsze bowiem pozostanie niewypełnione to drugie zadanie, zapobieganie świadczeniom.

6. Również sanacja polityki lokacyjnej funduszów ubezpieczeniowych, jakkolwiek wskazana, może być uważana tylko za nieistotny szczegół reform i nie może odegrać zasadniczej roli. Natomiast lokowanie części kapitałów w obiektach i urządzeniach, poświęconych zwalczaniu przyczyn świadczeń, byłoby w świetle niniejszych wywodów lokatą słuszną i niezwykle celową.

7. Wreszcie podkreślić należy z naciskiem, że przeprowadzone ostatnio reorganizacje ubezpieczenia chorobowego w duchu „lekarza domowego”, połączone ze zwijaniem ciężko nabytego dorobku ambulatoryjnego i daleko idącym ograniczaniem leczenia specjalistycznego, prowadzi w kierunku przeciwnym, niż zasady ideologiczne, reprezentowane w niniejszych wywodach. Na temat wartości „lekarza domowego” wypowiedziały się już dostatecznie, a w duchu negatywnym i związku lekarskie i Izby i poszczególni publicyści lekarscy, dlatego mogą sobie oszczędzić tej krytyki. Ogólnie tylko podkreślić należy, że instytucja lekarza domowego pogorszyła znacznie poziom leczenia, z lekarza zrobiła maszynę recepturową i poddała zawód lekarski pod zupełną hegemonję czynników administracyjnych, obcych istocie zawodu lekarskiego. Dziś ubezpieczenia nie są w stanie spełnić należycie nawet tej jednej połowy swojej racji istnienia, to jest łagodzenia skutków wypadków i zachorowań, nie mówiąc nawet o profilaktyce społecznej, która w tej chwili jest pustym dźwiękiem mimo szumnej frazeologii profilaktycznej, która towarzyszyła wprowadzaniu tej reorganizacji.

Reorganizacja ta izolowała służbę lekarską od zakała dów pracy, a związała ją z miejscem zamieszkania lekarza, wzgl. ubezpieczonych, oraz określonym przydziałem „głów” w rejonach terytorjalnych. Likwidacja ambulatorjów, zmniejszenie liczby szpitali i dni szpitalnych, zakładów leczniczych do przywracania zdolności do pracy, likwidacja ośrodków chorób zawodowych i t. d., oznacza zarzucenie najracjonalniejszej z punktu widzenia zapobiegawczego i dającej najefektowniejże zyski finansowe zasady zarządzania obiektami pomocy lekarsko - zapobiegawczej przy warsztatach pracy. Równocześnie daleko idące redukcje i ograniczenia pomocy specjalistycznej pogorszyły znacznie możność niesienia ubezpieczonym najracjonalniejszej pomocy nie tylko w znaczeniu leczniczym, ale i profilaktycznym. Nie ulega bowiem wątpliwości, że choroby zawodowe, wypadki przy pracy i zachorowania, związane pośrednio z pracą, stanowią najliczniejszą domenę właśnie specjalistów, a nie lekarzy domowych. Czy to weźmiemy choroby skórne, wśród których 20% stanowią choroby zawodowe, czy b. liczne uszkodzenia narządu wzroku, czy uszkodzenia natury chirurgicznej, nerwice, czy cały szereg innych spraw, wszystko to są dziedziny medycyny specjalnej, która wczesnym wkroczeniem i prosto do celu dążącym leczeniem i zapobieganiem może zapobiec nieobliczalnym wydatkom następczym.

Reorganizacje te zneglizowały postulat udo-
stępnienia leczenia, zapobiegania i pierwszej po-

mocy dla robotników w miejscach pracy lub w ich bezpośrednim pobliżu i otrzymywanie świadczeń uzależniły od bardzo dużych strat w godzinach roboczych. Robotnik pracujący i zdolny do pracy (a takich jest 95%) musi dla zgłoszenia roszczeń i otrzymania świadczeń tracić z reguły cały dzień roboczy, zaś w razie potrzeby badań specjalistycznych nieraz 2 i 3 dni

robocze. W tych warunkach robotnik często rezygnuje z tej pomocy, zwłaszcza, że obawia się represji ze strony pracodawcy z powodu zbyt częstej i długiej absencji w służbie. Naraża przez to siebie, przedsiębiorstwo i instytucje ubezpieczeń na najpoważniejsze konsekwencje takiej rezygnacji.

(Dok. nast.)

Wiadomości bieżące.

— Jak donoszą pisma codzienne, jedyny w Warszawie szpital Ubezpieczalni Społecznej przy ulicy Solec ma być zlikwidowany. Jakiemi następstwami decyzja ta grozi ubezpieczonym wobec braku łóżek szpitalnych w Polsce, o tem rozwodzić się nie trzeba, ciekawe jednak byłyby motywy tej decyzji. Szpital na Solcu jest wprawdzie rudera, która Ubezpieczalni zaszczytu nie przynosi, ale w braku czegoś lepszego oddaje ubezpieczonym niejaki usługi: zatrudnia pewien kontyngens lekarzy. Niewątpliwie należałoby wybudować nowy szpital współczesny, lub nabyć na ten cel gotową już budowlę, ale dopóki tego lepszego szpitala niema, należało utrzymać choć tę parodję zakładu leczniczego.

— Pierwszy kurs walki z grzybami i owadami w budownictwie z inicjatywy Departamentu Techniczno-Budowlanego Min. Spraw Wewn. w gmachu Chemii Politechniki Warszawskiej pod kierownictwem Doc. D-ra F. Skupieńskiego (Krakowskie Przedmieście 26/28, tel. 691-83). Poniedziałek 23.III.1936 r., godz. 17 — Otwarcie kursu przez inż. mag. Z. Rudolfa; godz. 17.15—18 — Budowa anatomiczna drewna — inż. R. Zieliński; godz. 18.15—19 — Własności techniczne drewna — inż. R. Zieliński; godz. 19.15—20 — Zasadnicze wady drewna — inż. R. Zieliński; 20.15—21 — Skład chemiczny drewna — inż. T. Nowicki. Wtorek 24.III.1936 r., godz. 17—19 — Ćwiczenie z anatomji drewna — Dr. T. Gorczyński; godz. 19.15—20 — Grzyby niszczące budulec — Doc. Dr. F. Skupieński; godz. 20.15—21 — a) Ogólna charakterystyka i morfologia grzybów, b) Zagadnienia fizjologiczne: fizjologia rozwoju i rozmnażanie u grzybów. Środa 25.III.1936 r., godz. 17.15—18 — Grzyby niszczące budulec — Doc. Dr. F. Skupieński; godz. 18.15—19 — c) Systematyka grzybów niszczących budulec, d) Systematyka grzybów niszczących budulec, Sinizna. Bakterje rozkładające drewno; godz. 19.15—21 — Ćwiczenie z anatomji drewna opianowanego przez grzyby — inż. D. Hilkerowa. Czwartek 26.III.1936 r., godz. 17.15—19 — Owady rozkładające budulec. — Dr. K. Strawiński; godz. 19.15—20 — Pokaz próbek drewna zniszczonego przez owady. — Dr. K. Strawiński; godz. 20.15—21 — Przyczyny pojawienia się epidemji grzybów po wojnie światowej — Inż. S. Zaykowski. Piątek 27.III.1936 r., godz. 17.15—18 — Szkody materialne powodowane przez grzyby drzewne. — Inż. M. Tuszwowski; godz. 18.15—19 — Środki grzybobójcze — Inż. S. Eljasz; godz. 19.15—20 — Środki grzybobójcze oraz pokaz próbek środków grzybobójczych oraz próbek drewna nasyczonego różnymi środkami — Inż. S. Eljasz; godz. 20.15—21. — Jak budować, aby uniknąć grzyba w budynkach — Inż. Z. Przewalski.

— Sekretarjat Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów i Epidemiologów zawiadamia, że w czasie ostatniego Zjazdu Towarzystwa, który się odbył w r. 1935 w Łodzi, przyjęto na Walnem Zebraniu sprawozdanie z 2-letniej pracy ustępującego Zarządu Towarzystwa, oraz wybrano nowy Zarząd w następującym składzie: Przewodniczący — Prof. Dr. N. Gąsiorowski, zastępca przewodniczącego — Prof. Dr. L. Hirsfeld i Prof. Dr. S. Legeżyński; Sekretarz i Skarbnik — Doc. Dr. I. Maternowska i Doc. Dr. E.

Mikulaszek. Redakcję Pamiętnika Zjazdu poruczono Doc. Dr. A. Ławrynowiczowi.

— Kurs rozpoznawczo-leczniczy i operacyjny z otorino-laryngologii dla lekarzy od 12. VI. do 25. VI. 1936 r. w Klinice Otolaryngologicznej U. P. ul. Fredry 7, pod kierunkiem Prof. Dr. A. Łaskiewicza, ze współudziałem: Doc. Dr. Skubiszewskiego (chirurgja), Dr. Warpechowskiego (neurologja) oraz asystentów Kliniki Otolaryngologicznej U. P. Dr. Iwaszkiewicza, Dr. Zakrzewskiego, Dr. Małolekiewicza i Dr. Rafińskiego (anatomja). 12. VI. piątek. Godz. 9 — 11. Repetytorjum z anatomji i fizjologii nosa, jam bocznych i gardła. Prof. Łaskiewicz. 11.30 — 13. Anatomja topograficzna nerwów czaszkowych, jako wstęp do znieczulenia przewodowego w oto-rino-laryngologii Tenże 15.30 — 17. Repetytorjum z patologji nosa, jam bocznych i gardła z uwzględnieniem terapii. Tenże. 17 — 18. Doc. Dr. Skubiszewski: Transfuzja krwi i jej znaczenie w oto-rino-laryngologii. (Klinika Otolaryngologiczna U. P.). 18 — 19.30. Prof. Dr. Łaskiewicz: Znieczulanie miejscowe i przewodowe w rynologii. 13. VI. sobota. Godzina 8.30 — 10.30. Pokazy zabiegów operacyjnych ze szczególnem omówieniem wskazań i techniki. Prof. Łaskiewicz (sala operacyjna). 10.30—13. Badanie chorych przychodnich (diagnostyka i terapia szczegółowa chorób uszu, nosa, gardła i krtani na przypadkach). Tenże. 15 — 16.30. Kurs operacyjny z ćwiczeniami na zwłokach: Znieczulanie przewodowe w rynologii. operacje plastyczne i korektury nosa. Tenże wspólnie z asystentem lek. R. Rafińskim. Zakład Anatomji opisowej U. P. ul. Heliodora Świącieckiego. 16.30—17.30. Doc. Dr. Skubiszewski: Schorzenia śródpiersia w związku ze sprawami chorobowymi gardła i przelyku oraz sposoby ich leczenia operacyjnego. Klin. Otolar. U. P. 17.30 — 19. Dr. Iwaszkiewicz: Powikłania oczne i oczodołowe w ostrych i przewlekłych, ropnych zapaleniach jam bocznych nosa. 15. VI. poniedziałek. 8.30 — 10.30. Pokazy zabiegów operacyjnych ze szczegółowem omówieniem wskazań i techniki. Prof. Dr. Łaskiewicz. (Sala operacyjna). 10.30 — 13. Badanie chorych przychodnich (diagnostyka i terapia szczegółowa chorób nosa, gardła, krtani i uszu na przypadkach). Tenże. 15.30 — 17.30. Kurs operacyjny z ćwiczeniami na zwłokach: Operacje doszczętne jam bocznych nosa, operacja transmaxillonasalna Moura. Tenże wspólnie z asyst. lek. Rafińskim. (Zakł. Anat. Opis. U. P.). 17.30 — 19. Prof. dr. Łaskiewicz: Zasady endoskopji górnych i dolnych dróg oddechowych. 16. VI. wtorek. Godzina 8.30 — 11.30. Pokazy zabiegów operacyjnych ze szczegółowem omówieniem wskazań i techniki. Prof. Dr. Łaskiewicz. (Sala operacyjna). 11.30 — Badanie chorych przychodnich. (Diagnostyka i terapia szczegółowa chorób uszu, gardła, nosa i krtani na przypadkach). Tenże. 16 — 18.30. Repetytorjum z anatomji i fizjologii narządu słuchowego i statycznego. Prof. Dr. Łaskiewicz. 17. VI. środa. 8.30 — 10.30. Pokazy zabiegów operacyjnych ze szczegółowem omówieniem wskazań i techniki. Prof. Dr. Łaskiewicz. (Sala operacyjna). 10.30 — 13. Badanie chorych przychodnich (Diagnostyka i te-

rapja szczegółowa chorób gardła, nosa, krtani i uszu na przypadkach.) Tenże. 15.30 — 16.30. Kurs operacyjny wraz z ćwiczeniami na zwłokach: Znieczulanie miejscowe w otętracji, antrotomia i operacja doszczętna. Tenże wspólnie z asystentem lek. Rafińskim. Zakład Anat. Opis U. P. 16.30 — 18.30. Repetytorjum z anatomji i fizjologii krtani, badanie krtani stroboskopem. Prof. Dr. Laskiewicz. 18.30 — 20. Badanie słuchu. Tenże wspólnie z Dr. Zakrzewskim. 18. VI. c z w a r t e k. Godz. 9 — 11. Zabiegi operacyjne mniejsze: mukotomia, eperotomia, wycięcie podśluzowe przegrody nosa, przekucie próbne jamy szczękowej, endonasalne otwarcie jam bocznych nosa. Prof. Dr. Laskiewicz. 11.30 — 12.30. Wizyty na salach chorych, omówienie przypadków leżących i leczenia pooperacyjnego. Tenże. 15.30 — 17. Diatermia, elektrokoagulacja i fototerapia w praktyce oto-rino-laryngologicznej. Prof. Dr. Laskiewicz wspólnie z Dr. Zakrzewskim. 17 — 18.30. Dr. Iwaszkiewicz: Zespół toksyczno-uszno-jelitowy u dzieci. 18.30 — 19.30. Prof. Dr. Laskiewicz wspólnie z Dr. Zakrzewskim. Rentgeno-diagnostyka schorzeń jam bocznych nosa, i ucha. 19. VI. p i a t e k. Godz. 8.30 — 10.30. Pokazy zabiegów operacyjnych ze szczegółowym omówieniem wskazań i techniki. Prof. Dr. Laskiewicz (Sala operacyjna). 10.30 — 13. Badanie chorych przychodnich (diagnostyka i terapia szczegółowa chorób nosa, gardła, krtani i uszu na przypadkach.). Tenże. 13 — 16. Kurs operacyjny wraz z ćwiczeniami na zwłokach.: Operacje błędnikowe, odsłonięcie opuszki żyły jarzmowej, podwiązanie żyły jarzmowej oraz tętnic: językowej, szyjnej zewnętrznej i wewnętrznej. Tenże wspólnie z asyst. lek. Rafińskim. Zakład Anatomji Opis U. P. 16.30 — 18. Badanie narządu statycznego. Prof. Laskiewicz wspólnie z Dr. Zakrzewskim. 18—19.30. Dr. Warpechowski. Powikłania wewnętrzno-czaszkowe pochodzenia usznego, guzy mózgu i mózdzku (w szczególności w związku z nerwem VIII), ze stanowiska neurologji. 20 VI. s o b o t a. 8.30 — 10.30. Pokazy zabiegów operacyjnych ze szczegółowym omówieniem wskazań i techniki. Prof. Dr. Laskiewicz. (Sala operacyjna). 10.30—13. Badania chorych przychodnich (Diagnostyka i terapia szczegółowa chorób nosa, gardła, krtani i uszu na przypadkach.). Tenże. 15 — 17. Kurs operacyjny wraz z ćwiczeniami na zwłokach: Trecheotomia, laryngofissura, oesophagotomia externa. Tenże wspólnie z asyst. lek. Rafińskim. Zakład Anat. Opis U. P. 17 — 18. Doc. Dr. Skubiszewski: Schorzenia tarczycy ze szczególnym uwzględnieniem zmian chorobowych występujących w związku z niemi w krtani i tchawicy. Klinika oto-laryngologiczna U. P. 18.30—19.30. Pokaz filmu badania narządu statycznego. 22.VI. p o n i e d z i a l e k. 8—11. Zabiegi operacyjne mniejsze: adenotomia, tonsillektomia modo Sluder i Portmann. Prof. Dr. Laskiewicz. 11 — 12.30. Badanie chorych przychodnich (diagnostyka i terapia szczegółowa chorób, nosa, gardła, krtani i uszu na przypadkach. Tenże. Godz. 13.30 — 17.30. Tracheobronchoskopia. Technika wydobywania ciał obcych z oskrzeli z ćwiczeniami na psach. Prof. Dr. Laskiewicz. Klinika. 17.30 — 19. Endoskopia gardła dolnego i przetyku z ćwiczeniami na psach. Tenże. 19 — 20. Nowotwory krtani i sposoby ich leczenia. Tenże. 23. VI. w t o r e k. 8.30 — 10.30. Pokazy operacyjne ze szczegółowym omówieniem wskazań i techniki. Prof. Dr. Laskiewicz. (Sala operacyjna). 10.30 — 13. Badanie chorych przychodnich z uwzględnieniem terapii zmian specyficznych krtani (tbc., lues) na przypadkach. Tenże. 15.30 — 17.30. Tracheo-broncho-oesofagoskopia z ćwiczeniami na psach. Tenże. 17.30—19. Dr. Warpechowski: Diagnostyka i terapia zapaleń opon mózgowych pochodzenia usznego. Klinika oto-laryngol. U. P. 24. VI. ś r o d a. 9 — 11.30. Zabiegi operacyjne mniejsze: Gardło, krtani ze szczególnym uwzględnieniem leczenia zwiększeń krtani. 11.30 — 13. Wizyty na salach chorych, omówienie przypadków leżących i leczenia pooperacyjnego. 15.30 — 17. Dr. Łączkowska: Klasyfikacja wad mowy i głosu. 17—18.30.

Dr. Małecki: Leczenie wziewaniami chorób górnych dróg oddechowych. 18.30 — 19.30. Prof. Laskiewicz: Stany posocznice pochodzenia ogniskowego z górnych dróg oddechowych 25. VI. c z w a r t e k 9.30 — 10.30. Dr. Małecki: Problem alergji i anafilaksji w oto-laryngol. 10.30—11.30. Dr. Zakrzewski: O leczeniu ozeny. Z a m k n i e c i e k u r s u. Opłata za kurs wynosi 80.— zł., którą wraz ze zgłoszeniem uprasza się przesłać na ręce prof. Laskiewicza, Poznań, Fredry 7. Ze względu na koszty połączone z organizacją, kurs może się odbyć przy najmniejszej liczbie 5-ciu uczestników.

— V Zjazd Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego w Warszawie, w dniach 22 i 23 marca 1936 r. Program V Zjazdu P. T. O. i T. Dn. 22 i 23 marca 1936 r. I. Klinika Chirurgiczna Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego, Warszawa — ul. Nowogrodzka Nr. 59. N i e d z i e l a 22. III. 1936 r. Godz. 9-ta, Otwarcie Zjazdu. Godz. 9.30 I. Posiedzenie naukowe. Pierwszy temat programowy: 1) Leczenie spraw zapalnych kręgosłupa; a) gruźliczych — referent dr. M. Grobelski (Poznań), b) nieswoistych — referent doc. dr. Fr. Raszeja (Poznań). 2) A. Gruca (Lwów): Wyniki operacji usztywniającej opisu własnego w gruźlicy kręgosłupa. 3) Dyskusja. Godz. 15-ta. Walne Zebranie członków P. T. O. i T. Godz. 16-ta. II. Posiedzenie naukowe. 1) J. Komza (Poznań): W sprawie leczenia koślawości palucha. 2) W. Dega (Poznań): Art-hrorisis talo-cruralis-posterior. 3) A. Gruca (Lwów): Rezekcja główki i osteotomia z oparciem w leczeniu gruźlicy stawu biodrowego. 4) Kowalski (Lwów): Artrodeza w gruźlicy stawu biodrowego. 5) Ambroz (Lwów): O plastyce dachu panewki. 6) A. Janik (Łódź): Wyniki operacyjnego leczenia złamań szyjki kości udowej. 7) A. Gruca (Lwów): Pokaz narzędzi do leczenia złamań szyjki kości udowej (model ulepszonej). 8) A. Kugler (Warszawa): Osteosynteza złamań szyjki kości udowej przy pomocy przyrządu własnego pomysłu. 9) A. Gruca (Lwów): Pokaz przyrządu do ustawiania złamań przedramienia. 10) A. Kugler (Warszawa): Pokaz przyrządu do nastawiania złamań kończyny górnej i dolnej. P o n i e d z i a l e k 23. III. 1936 r. Godz. 9-a. III. Posiedzenie naukowe. Drugi temat programowy: Stan protezowania w Polsce: pracy w Państwach Wytwórnich protez — referent dr. W. Reklewski (Warszawa). b) Nowsze metody protezowania i budowy aparatów ortopedycznych dla kończyny górnej — referent doc. dr. A. Gruca (Lwów). c) Nowsze metody protezowania i budowy aparatów ortopedycznych dla kończyny dolnej — referent dr. L. Kalina (Warszawa). d) Nowsze metody budowy aparatów ortopedycznych dla tułowia — referent dr. K. Opacki (Warszawa). e) Nowsze metody budowy wkładek pod stopę — referent dr. M. Epstein (Kraków). Godz. 15-ta. Posiedzenie komitetu redakcyjnego „Chirurgji Narządów Ruchu i Ortopedji Polskiej”. Godz. 16-a IV. Posiedzenie naukowe. 1) A. Kugler: Protezy kończyny dolnej. 2) Dyskusja nad drugim tematem programowym: „Stan protezowania w Polsce”. Posiedzenia zaczynają się punktualnie. Czas trwania przemówień: Dla pierwszego tematu programowego — referent 45 m., przemówienie w dyskusji 10 min., odczyt 15 min. Dla drugiego tematu programowego: referenci ad a) — 45 min., ad b) — e) — po 30 min. przemówienia w dyskusji 10 min. Dla odczytu zgłoszonego referent 15 min., przemówienie w dyskusji 5 min. Rękopisy wszystkich przemówień należy niezwłocznie składać w Sekretarjacie Zjazdu. Podczas Zjazdu otwarta będzie w I Klinice Chirurgicznej U. J. P. wystawa narzędzi, aparatów ortopedycznych, leków i t. p.

— Program VI Ogólnego Zjazdu Przewodniczącego w Wilnie, w dniach 31 maja i 1 czerwca 1936 r., pod przewodnictwem Prof. Dr. T. Janiszewskiego. Dnia 31-go maja — niedziela. Godz. 9—9.30. Nabożeństwo w Ostrej Bramie. Godz. 9.30—10.30.

Oddanie hołdu I Marszałkowi Polski Józefowi Piłsudskiemu. Punkt zborny placyk przed kościołem św. Teresy. Godz. 10.30 — 11. Otwarcie Zjazdu przez Przewodniczącego Zjazdu Prof. Dr. T. Janiszewskiego. Godz. 11 — 13.30. Obrady. Temat biologiczny: „Wartość odczynów biologicznych w rozpoznawaniu gruźlicy: a) u dzieci i młodzieży; b) u dorosłych“. Referent do p. „a“ Prof. Dr. K. Jonscher z Poznania. Referent do p. „b“ Dr. N. Berdo z Warszawy. — Dyskusja. Uniwersytet Stefana Batorego, ul. św. Jąska. Godz. 13.30—16. Przerwa obiadowa. Godz. 16 — 18. Zwiedzanie Instytucyj Wil. Woj. T-wa Przeciwgruźliczego: 1) Poradni Nr. 1 ul. Wileńska 27 m. 1. wyjaśnień udzieli Dyrektor T-wa Dr. A. Borowski, 2) Oddziałów gruźliczych Miejskiego Szpitala Zakaźnego, Zwierzyńiec, ul. Grodzka 10. wyjaśnień udzieli ordynator Oddz. Dr. Z. Kuncewicz. 3) Poradni Nr. 2, Stacji Odm i Prewentorium dziennego W. W. T. P., w lokalu Miejskiego Ośrodka Zdrowia, ul. Wielka 46. wyjaśnień udzieli Dyrektor T-wa Dr. A. Borowski. Punkt zborny lokal Wileńskiego Wojewódzkiego T-wa Przeciwgruźliczego ul. Wileńska 27 m. 1. Po zwiedzeniu Poradni Nr. 1 przejazd do następnych instytucyj autobusami z placu Orzeszkowej. Godz. 20. Teatr. D n i a 1-go c z e r w c a — p o n i e d z i a ł e k. Godz. 8—10. Zwiedzanie zabytków m. Wilna. Punkt zborny — Skwer Placu Katedralnego. Godz. 11 — 14. Obrady. Temat II kliniczny: „Wyrwanie nerwu przeponowego“, Referent Doc. Dr. Z. Szczepański z Otwocka. Koreferent Prof. Dr. T. Wąsowski z Wilna. — Dyskusja. Uniwersytet Stefana Batorego. Godz. 14—16. Przerwa obiadowa. Godz. 16—19. Obrady. Temat III społeczny: „Walka z gruźlicą wśród dzieci i młodzieży: a) akcja zapobiegawcza; b) akcja społeczna“. Referenci do p. „a“ — Doc. Dr. J. Zeyland i Dr. E. Piasecka Zeylandowa z Poznania. Referent do p. „b“ — Dr. St. Popowski z Warszawy. Koreferent do p. „b“ — Dr. St. Hornung ze Lwowa. — Dyskusja. Godz. 19 — 19.30. Zamknięcie Zjazdu. Uniwersytet Stefana Batorego. D n i a 2-go c z e r w c a — w t o r e k. Wycieczki. Godz. 9 — 13. 1) Punkt zborny — Plac Orzeszkowej. Wyjazd autobusami do Nowo Trok. Zwiedzanie poradni wiejskiej i zabytków historycznych w Nowo-Trokach. 2) Punkt zborny — przystań statków na Wilji, ul. T. Kościuszki. Wycieczka do Werek — Wilj. Koszty każdej wycieczki ponosi uczestnik (około 3 złotych). Zgłoszenia na Zjazd przyjmuje sekretariat VI Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego Wilno, ul. Wileńska 27 m. 1. Karta uczestnictwa dla członków Zjazdu 10 zł. dla ich rodzin — 5 zł. Rodziny korzystają ze wszystkich praw członków lecz nie mają prawa udziału w dyskusji i nie otrzymują druków i pamiątki Zjazdu. Członkowie Zjazdu i ich rodziny korzystają ze zniżki kolejowej. Zgłoszenia na wycieczki podczas Zjazdu będą przyjmowane w sekretarjacie Zjazdu — Wileńska 27 m. 1 i przy wejściu na salę obrad.

— Wojewódzkie Sanatorium dla nerwowo-chorych w Kościanie (województwo poznańskie) przyjmuje chorych obojga płci, cierpiących na wszelkie zaburzenia organiczne i czynnościowe układu nerwowego. Poza lecnictwem fizykalnem stosuje się wszelkie współczesne metody leczenia biologicznego i chemicznego oraz psychoterapię. Sanatorium przyjmuje na kurację również członków Ubezpieczalni Społecznej, Z. U. P. U., urzędników państwowych i in. Oplata dzienna wynosi: dla kuracjuszy z województwa poznańskiego — klasa I 10 zł., klasa II 7 zł., klasa III 3,50 zł., z innych województw — klasa I 11,50 zł. klasa II 8 zł., klasa III 4 zł. Przy Sanatorium czynny jest Instytut Lecznictwa Fizykalnego. Kierownictwo Sanatorium spoczywa w rękach Dyr. D-ra Oskara Bielawskiego. Ordynuje Dr. Kazimierz Golonka. Lecznictwo fizykalne prowadzi Dr. Edward Tomaszewski, pracownię biochemiczną Dr. Jan Zaczynski.

— Związek Lekarzy Kas Chorych „Kolo Kraków“ wydał obszernie sprawozdanie ze swej działalności za r. 1935. Na

Walnem Zgromadzeniu, odbytem w dn. 10-go lutego 1936 r. w Krakowie, wybrano następujący Zarząd: Prezes — Dr. Gołąb Jan, Wiceprezes — Dr. Czapnicki Henryk, Sekretarze — Dr. Cikowski Stanisław i Dr. Swat Adam, Skarbnicy — Dr. Imich Stanisław i Dr. Spoczyńska Jadwiga oraz 8 członków Zarządu i ich zastępców.

— Towarzystwo Lekarskie Śródziemnomorskie organizuje doroczną podróż lekarską po Riwierze francuskiej w czasie Świąt Wielkanocnych od 12 do 19 kwietnia r. b. Punkt zborny w Hyères. Program wysyła i bliższych informacji udziela Sekretariat Towarzystwa (Le Secrétariat de la Société Médicale) 24, rue Verdi, à Nice.

— Międzynarodowa Wycieczka Lekarzy z Wiednia na Kongres patologów w Ate-nach. Uczestnicy zwiedzą zakłady lecznicze w Wiedniu i okolicy (Baden i t. d.), a następnie (4.IV.1936) Wenecję, Tryest, pojadą okrętem z Fiume do Splitu (Spalato), Kotoru (Cattaro), Korfu, Pireusu. W powrocie do Wiednia zwiedzą Soluń (Saloniki), Belgrad, Budapeszt. Osoby (z wszystkich krajów), które pragną się przyłączyć, otrzymają bliższe informacje na piśmie zapytanie pod adresem: „Studien-und Gesellschaftsreisen“ Wien (Wiedeń), I. Biberstrasse 11. 1/6 (pymarjusz Dr. Fr. Barach).

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

24.III. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1) Higier H.: 2 przypadki rodzinnego, dziedzicznego, okresowego porażenia mięśni (pokaz). 2) Pęziński W.: Zapalenie sutka, jako powikłanie duru brzuszego (6 przypadków). 3) Landau A., Pruszczyński A. i Glass B. I. O śimicy i poliglobulji w przebiegu gruźlicy płucnej i w stwierdzonych wraz z nią zaburzeniach płucnej i tkankowej wymiany gazów.

24.III. Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

1) M. Fejgin, Ch. Stuckgold: Przyczynę do patogeny i klasyfikacji marskości wątroby. 2) H. Higier: Dwa przypadki *paralysis paroxysmalis*. Odczyt. 3) S. Neumark (Łódź): Obraz kliniczny i radiologiczny przewlekłej kily stawów.

26.III. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Walne zebranie. 1. Dr. L. Wernic: Eugenika i jej projekty ustawodawcze. 2) Walne zebranie: a) Sprawozdanie roczne Zarządu, Skarbnika i Komisji Rewizyjnej, b) Wybór trzech członków Zarządu, trzech zastępców, sekretarza stałego i Komisji Rewizyjnej, c) Wolne wnioski.

27.III. Wydział Lekarski Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk.

1) Komunikaty Zarządu. 2) Pokazy. 3) Sprawa stosunku Wydziału Lekarskiego do Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. 4) Wykład Prof. Dr. A. Łaskiewicza: „Z kazuistyki rzadkich postaci zaburzeń zatok bocznych nosa u dzieci leczonych w Klinice Laryngologicznej U. P.“.

Résumé des articles originaux.

Léon BINET — La réanimation.

L'auteur mentionne ses recherches concernant l'action de différentes substances pharmacologiques sur le cœur isolé de l'escargot et souligne le rôle de la caféine et du camphre dans la réanimation cardiaque. L'expérimentation physiologique effectuée sur les lapins, les poissons et sur la tête isolée du chien permet également de souligner l'importance du traitement de l'asphyxie par la caféine. Les anciennes méthodes de la mise en jeu de la respiration artificielle sont très utiles. Elles peuvent être avantageusement remplacées par l'utilisation d'un appareil respiratoire pratique, simple et très efficace qui est mis au point par l'auteur.

J. ŻURKOWSKI. Les bacilles diphtériques provenant de Lodz sur les milieux de Clauberg.

En travaillant sur la définition des propriétés biochimiques de bacilles diphtériques provenant de Lodz et en comparant les résultats obtenus avec ceux d'autres auteurs dans d'autres pays et régions, j'y ai pu constater un désaccord évident. L'aspect de colonies de souches de Lodz sur le milieu Clauberg II (1931) ainsi que leur attitude sur les milieux hydrocarbonés avec dextrose, dextrine, glycogène et amidon, sur le liquide hormonal et sur le même liquide additionné d'indicateurs pour la détermination du Ph du milieu, — différaient de ce qui était décrit par les auteurs anglais: Anderson, Happold, McLeod et Thomson. Je n'ai pu trouver dans aucun de mes cas de types décrits par eux comme *gravis*, *intermedius* et *mitis*. Or les souches de Lodz donnaient une très grande diversité de réactions sur les milieux de culture et de la virulence pour les cobayes en injection intracutanée de bacilles vivants et de leurs toxines. La justesse de la conception de Gins, qui affirme, que les bacilles diphtériques et pseudodiphtériques ne sont que de parties d'un même cercle, qui empiètent les uns sur les autres de manière, qu'on ne peut pas faire de limite exacte entre eux, est apparue dans mes travaux avec une évidence incontestable. Le milieu de culture Clauberg IV (1935) ne peut servir non plus pour la différenciation des bacilles diphtériques et pseudodiphtériques. L'aspect de colonies de bacilles diphtériques de Lodz sur le milieu Clauberg II ne correspondait pas avec celui décrit par Clauberg. Hasenbach, Goliborska et Piasecka-Zeyland, qui travaillaient avec des souches provenant de Berlin, Varsovie et de Poznan. Tandisqu'ils trouvaient des souches, qui donnaient sur le milieu Clauberg II des colonies assez abondantes, plates et mates, je ne rencontrais pas de pareilles colonies dans mes recherches. Les données indiquées par Schlossberger dans son rapport du Congrès de Microbiologues allemands à Berlin en 1935 se trouvent dans une concordance parfaite avec mes idées. Il cite le fait, que dans les régions avec la diphtérie à évolution bénigne on rencontre des difficultés de différenciation de types comme cela avait lieu à Staffordshire et à Edinburgh. Schlossberger cite aussi le travail de Parisch, qui dit que sur les milieux de culture utilisés en Angleterre, dénommés milieux de Horgau et de Marshall, il n'a pas pu constater de différences entre le type *mitis* et *gravis*. Il en résulte, que la

phase épidémiologique, dont proviennent les bacilles, n'est pas sans influence sur leurs propriétés biochimiques. C'est pourquoi j'ai voulu déduire une thèse essentielle de ce, que je viens de dire: les propriétés biologiques du microbe sont d'une notion relative et se bornent seulement aux agents pathogènes cultivés d'une agglomération humaine définie dans un temps défini. Toutes les propriétés biochimiques, qui caractérisent le microbe, d'après mon avis, ne se rapportent qu'à une région et un temps défini en dehors des quels le même microbe peut posséder des propriétés tout à fait différentes. La justesse de cette affirmation apparaît particulièrement claire dans les travaux sur la diphtérie.

L. SZYFMAN. Remarques sur le traitement des maladies du foie par l'insuline.

L'auteur arrive aux conclusions suivantes: 1. L'insulinothérapie des affections hépatiques chez des sujets dont le pancréas ne paraît pas être atteint, manque des bases théoriques suffisantes. 2. En appliquant l'insuline chez les hépatiques il faut éviter l'hypoglycémie qui agit d'une façon fâcheuse sur la fonction glycogénique du foie et sur ses facultés de défense. Il s'ensuit que: a. Dans les cas où le taux du sucre sanguin est abaissé l'insuline est tout à fait contreindiquée. b. Chez les individus amaigris et dans les cas d'insuffisance hépatique prononcée la posologie de l'insuline exige des précautions spéciales. c. Comme l'introduction dans l'organisme, en une fois, d'une grande quantité de sucre (dépassant 40 gr.) peut provoquer une hypoglycémie secondaire, ou bien se superposer à une hypoglycémie postinsulinique, il semblerait avantageux de donner le sucre, dans les cas légers, par la bouche et en petites quantités mais souvent répétées; dans les cas plus graves, par la goutte à goutte rectale, par la voie sous-cutanée, éventuellement intraveineuse; il faut encore tenir compte de l'avantage que présente la lévulose, qui chez les hépatiques est mieux assimilée que la glucose.

H. HIGIER. A propos de la réaction de transpiration chez les individus atteints des maladies de la moelle.

Question de priorité auprès de C. Burns Craig et C. Marc. L'auteur démontre, qu'il a déjà publié cette réaction en 1901 et en 1907.

S. SREBRNY. Monument de Jane Todd Crawford Histoire d'une ovariectomie pratiquée en Amérique en 1809.

A. MESTER. Le traitement des arthrites chroniques par l'antigène méthylique „Anti TBC — Klawe”.

Après avoir décrit le rôle de la tuberculose dans l'étiologie des arthrites chroniques, l'auteur donne les résultats du traitement de ces affections par l'antigène méthylique „Anti TBC — Klawe”. L'auteur a obtenu grâce à ce traitement des améliorations notables et même des guérisons.

TREŚĆ: L. HIRSZFELD. — Charles Nicolle. L. BINET. — O przywracaniu do życia. J. ŻURKOWSKI. — Maczugowce błonicy z materiału klinicznego łódzkiego w hodowlach na podłożach Clauberga. L. SZYFMAN. — Uwagi w sprawie leczenia chorób wątroby insuliną. H. HIGIER. — W sprawie odczynu pocenia się u osobników ze schorzeniem rdzenia. M. PŁONSKI. — O współczesnych badaniach nad nowotworami złośliwymi (Str. zbior. Dok.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich — Zjazdy. Z. SREBRNY. — Pomnik Jane Todd Crawford. — Korespondencja. A. MESTER. — Leczenie przewlekłych zapaleń stawów antygenem metylowym „Anti Tbc Klawe”. J. HOZER. — Przed zmianą kierunku w organizacji Ubezpieczeń Społecznych. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: L. HIRSZFELD. — Charles Nicolle. L. BINET. — La réanimation. J. ŻURKOWSKI. — Le bacilles diphtériques provenant de Lodz sur les milieux de Clauberg. L. SZYFMAN. — Remarques sur le traitement des maladies du foie par l'insuline. H. HIGIER. — A propos de la réaction de transpiration chez les individus atteints des maladies de la moelle. M. PŁONSKI. — Sur les recherches modernes concernant les néoplasmes malins (Rev. gén. fin.). Z. SREBRNY. — Monument de Jane Todd Crawford. A. MESTER. — Le traitement des arthrites chroniques par l'antigène „Anti Tbc Klawe”. J. HOZER. — Avant la réorganisation des assurances sociales.

Do niniejszego numeru załącza się prospekt „PANCHOLON” fabr. chem. farm. „Ap. Kowalski”.