

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

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

ADRES ADMINISTRACJI: Towarowa 2/4, tel. 3.34-87.

Rok XV

WARSZAWA, 20 STYCZNIA 1938 R.

Nr. 3

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

O porażeniu połowicznym, jego powstawaniu, leczeniu i rokowaniu.

Podał

Stanisław JUSTMAN (Łódź).

Minęły już czasy, kiedy lekarz-praktyk, a nawet klinicysta zadawała się stwierdzeniem porażenia połowicznego, przeznaczał stereotypowe we wszystkich przypadkach leczenie, po czym ograniczał się do roli mniej lub więcej biernego obserwatora. Dziś obowiązkiem lekarza wobec świeżego przypadku porażenia połowicznego jest stwierdzić, co się stało w mózgu, czy rdzeniu, gdzie się znajduje ognisko chorobowe, jak wpłynąć, o ile to w ogóle jest możliwe, leczniczo na schorzenie i jakie postawić rokowanie. Zasłanianie się Boską pomocą świadczy jedynie o niedostatecznym orientowaniu się w sprawie i o chęci zachowania swego autorytetu. Ażeby sprostać swemu obowiązkowi, należy przede wszystkim zebrać dokładne wywiady od chorego lub, o ile jest nieprzytomny, jego rodziny. Już same wywiady, uwzględniające wiek, poprzednie choroby, przebieg ataku apoplektycznego i jego zwiastuny, dają cenne wskazówki orientacyjne. Przystępujemy potem do dokładnego badania narządów wewnętrznych, zwracając pilną uwagę na najdrobniejsze nawet odchylenia od normy. Określamy parcie tętnicze, po czym badamy układ nerwowy, mowę i psychę chorego. Na koniec badamy moc, krew na odczyn Bordet-Wassermana oraz na morfologię, płyn mózgowo-rdzeniowy, pobrany, zależnie od okoliczności, niezwłocznie lub też po kilku dniach. Mając te wszystkie dane, możemy zawsze prawie ustalić nawet przed otrzymaniem wyników badań pracownianych, z jaką sprawą mamy do czynienia, gdzie się znajduje ognisko chorobowe, jak należy leczyć i jakie postawić rokowanie. Dla zilustrowania wyżej powiedzianego przytoczę szereg konkretnych historii chorób.

Przyp 1. F. N., lat 34, wśród pozornego zdrowia traci władzę w kończynach lewych, mowa staje się bełkotliwa. W narządach wewnętrznych, szczególnie w sercu, żadnych zmian widocznych nie stwierdzono. Parcie tętnicze 13.5—8.5. Znaczny niedowład kończyn lewych z porażeniem dolnej gałązki n. twarzowego lewego. Napięcie mięśniowe kończyn porażonych obniżone. Zrenice oddziałują na światło i zbieżność normalnie. Ruchy gałek ocznych sprawne, oczopłasu brak. Język wy-

sunięty zbacza końcem wlewo, języczek podczas fonacji zbacza lekko wlewo. Odruchy słuzówkowe bez zmian widocznych. brzuszne prawe dość żywe, lewe nieobecne, nosidlówy lewy nieco słabszy od prawego normalnego, podeszwowy prawy normalny, lewostronny objaw Babińskiego, objawu Rossolimo brak, wyczerpujący się stopotrząs lewostronny. Odruchy ścięgnowe kończyn lewych żywsze, niż prawych. Zmian czucia brak. Mowa bełkotliwa, lecz zrozumiała. Pojmowanie mowy zachowane. Sprawia wrażenie nieco zaspanego, poza tym zorientowany, pamięć zachowana. Kawaler. Przy obecnej podczas badania rodzinie nie chciałem zadać pytania *quoad litem*.

Ponieważ u mężczyzny młodego o zdrowym sercu rozwinęło się w szybkim czasie wśród pozornego zdrowia porażenie połowiczne organiczne, przeto z całą pewnością możemy powiedzieć, że mamy do czynienia z zapaleniem błony wewnętrznej tętnicy dołu Sylwiusza prawego zatykającym pochodzenia kiłowego (*endarteriitis art. fossae Sylvii dextrae obliterations luetica*). Rokowanie pod warunkiem bardzo energicznego leczenia swoistego z zastosowaniem jodu niezłe. Zgodnie z tym poglądem zastosowałem, nie czekając wyniku badań pomocniczych, szczególnie zaś wyniku badań krwi na odczyn Bordet-Wassermana, niezwłoczne leczenie swoiste. W rozmowie w cztery oczy chory podał, że zaraził się kiłą 8 lat przed obecnym zachorowaniem. Analiza krwi na odczyn Bordet-Wassermana wypadła mocno dodatnio (++++). W wyniku leczenia stwierdzono, praktycznie biorąc, wyzdrowienie, gdyż niedowład przeszedł całkiem prawie, a z objawów przedmiotowych pozostała jedynie żywość odruchów ścięgowych lewostronnych bez objawu Babińskiego.

Przyp. 2. J. C., lat 50, przybył do oddziału chorób nerwowych Szpitala Zapasowego (Dyrektor: Dr. Br. Frenkiel) dnia 27.I.1937 r.

28.I. 5 dni temu wieczorem w odstępach 5'—10' zaczął doświadczać ataków osłabienia kończyn lewych i zaburzenia mowy, trwających po 18'—20' — trwało to do 5³⁰, po czym wszystko przeszło na 12 godzin.

24-go b. m. o 17³⁰ wystąpiło porażenie kończyn lewych z utrudnieniem mowy, nazajutrz stan bez zmian, onegdaj zauważył pewną poprawę co do kończyny dolnej lewej, zresztą, stan bez zmian. W 1914 r. zaraził się kiłą, nie leczył się. Żona zdrowa, w ciążę nie zachodziła. *Abusus in Baccho* rzadko, pali 20 papierosów dziennie.

St. pr. Szczupły, błądy, o dolnym końcu stawowym kości ramieniowej lewej zgrubiałym (po złamaniu). W narządach wewnętrznych zmian widocznych brak. Lewa 1/2 szpary ustnej przy szczyrzeniu zębów rozwiera się bardzo słabo, gwizdać nie może,

nadyma policzki nieźle, przy energicznym zamknięciu oczu powieki lewe tworzą mniej fałdek, niż prawe. Ruchy języka, gałek ocznych, podniebienia miękkiego zachowane, oczopląsu brak. Żrenice niekształtne, prawa nieco rozszerzona, na światło nieruchome, na zbieżność oddziałują sprawnie. Całkowite porażenie kończyny górnej lewej, niedowład wyraźny kończyny dolnej lewej z wyraźnym objawem Grasset-Bychowskiego. Odruchy śluzówkowe zachowane, brzuszne prawe bardzo żywe, lewe dość żywe, lecz szybko wyczerpują się, nosidłowe nieobecne, podeszwowy prawy normalny, lewostronny słaby objaw Babinskigo, objawu Rossolimo, stopotrząsu, rzepkopłasu brak. Odruchy ścięgnowe i okostnowe kończyn górnych normalne, obustronnie jednakowe, kolanowy prawy wzmożony, lewy żywy, stopowy prawy dość żywy, lewy zniesiony. Napięcie mięśniowe kończyn prawych normalne, lewych nieco wzmożone. Dotyk zachowany, ból od obojczyków do III-cich żeber odczuwa zbyt żywo, niżej do wysokości D₁₁ pas osłabienia bólu, od 1/2 ud do górnych 1/3 podudzi znów hipalghezja, niżej czucie bólu zachowane. Czucie głębokie palców stóp zachowane. Chód wyraźnie paretyczny z koszeniem kończyną dolną lewą. Mowa nieco bełkotliwa. Psyche normalna. Nakłuciem lędźwiowym wypuszczono 12 ccm wyciekającego dość żywo bezbarwnego przejrzystego płynu.

Mieliśmy tedy do czynienia z porażeniem połowicznym lewostronnym na tle kiłowego zapalenia błony wewnętrznej tętnicy dołu Sylwiusza prawego zatykającego, na co wskazywał rozwój schorzenia u człowieka o sercu zdrowym, a kile wiadomej nieleczonej; prócz tego schorzenia stwierdziliśmy wiań rdzenia w okresie wczesnym, na co wskazywały objawy Argyll-Robertsona, pasy Hitziga oraz zniesienie odruchu stopowego lewego. Ze względu na pierwsze zastrzyknięcie trzeba się było spieszyć z leczeniem, i dlatego zastrzyknięto domięśniowo 2 ccm 10% zawiesiny Bismuthi subnitrici w oliwie, a dla rozszerzenia zwężonych, lecz jeszcze drożnych tętnic mózgowych zastosowano podskórną w myśl wywodów Darkszewicza wzrastające dawki azotynu sodu od 0,01 do 0,03 oraz dożylnie 5 ccm Jodiminy.

Dalszy przebieg choroby był następujący:

29.J. T° 37,2, dolegliwości brak. Retentio urinae. Wypuszczono cewnikiem przeszło litr moczu.

30.I. T° normalna, pęcherz próżny. Cylotropin inj. intraven.

1.II. Mocz oddaje sam.

3.I. „W płynie bez błonki pajęczkowej białka 0,45%, Pandey ++, pleocytoza 110, w osadzie do 40 białych ciałek w polu widzenia, Wa +++++“ (Dr. Wilner).

4.II. Zaszczepiono wczoraj o 17⁵⁰ dożylnie 5 ccm krwi zimniczej, pobranej podczas ataku przy T° —39,8.

8.II. „We krwi odczyn Bordet-Wassermana +++++, citocholowy +++++“ (Dr. Wilner).

10.II. Wczoraj atak 1-szy, maximum 40° o 15-tej, przed atakiem dreszcze, potem poty. Ol. camphorae 25% 2 razy dziennie po 1 ccm podskórną, inf. fol. Digitalis e 0,75—200,0 3 łyżki stołowe dziennie. Natrium nitrosum odstawiono.

12.II. Wczoraj atak 3-ci, maximum 39,8 o 15-tej, po ataku mocne poty, tętno słabe, poprawiło się po kamforze. Mocz oddał pod siebie.

13.II. Wczoraj atak 4-ty, maximum 40,3 o 19-tej.

17.II. Wczoraj atak 8-my, maximum 40,6 o 20-tej. Tętno zwolnione. Soor palati mollis. Odstawiono naparstnicę, zalecono zastrzykiwania ol. camphorati z kofeiną i strychniną, miejscowo boraks.

19.II. Wczoraj atak 10-ty, maximum 40,6 o 20-tej. Zastrzyknięto dożylnie 0,15 Neosalutanu, zalecono chininę à 0,3 o 12-tej, 14-tej i 16-tej.

20.II. Wczoraj atak 11-ty. maximum 40° o 19-tej. Za-

strzyknięto dożylnie Neo 0,3, domięśniowo Bi 10% 1 ccm, zalecono chininę o 13-ej, 15-tej i 17-tej.

22.II. Ataków zimnicy więcej nie miał.

25.II. Wczoraj pomimo chininy atak 12-ty, maximum 40,6 o 16-tej. Neo 0,3 inj. intraven. 2) Bi 1 ccm inj. 2) Chininę zalecono ponownie o 12-tej, 14-tej i 16-tej.

2.III. Ataków nie było. Neo 0,3 in. 3) Bi 1 ccm inj. 3) Zalecono chininę o 10-tej i 14-tej. Zaczyna poruszać kończyną górną lewą.

8.III. Neo 0,3 inj. 4) Bi 1 ccm inj. 4) Chinina tylko o 14-tej.

13.III. Neo 0,3 inj. 5) Bi 1 ccm inj. 5) Ruchy w kończynach lewych silniejsze.

27.III. Neo 0,3 inj. 8) Bi 1 ccm inj. 8)

6.IV. Neo 0,3 in. 10) Bi 1 ccm inj. 10)

8.IV. Porusza kończynami lewymi równie dobrze, jak prawymi. Wypisuje się.

W przypadku powyższym wobec wyników badania płynu mózgowo-rdzeniowego i krwi przerwano leczenie swoiste, by wznowić je po przeprowadzeniu 10-ciu ataków zimnicy szczepionej. Wynik leczenia, o ile to porażenia połowiczego dotyczy, dobry, wpływ jego na wiań rdzenia na pewno też okaże się zbawienny.

Przyp. 3. L. B., lat 38, przybył do Szpitala Zapasowego 20.I.1937 z świerzbem pomiędzy palcami rąk, na rękach i z licznymi zdrapaniami na całym ciele. Ungt. Wilkinsoni.

28.I. Chory 4 miesiące: zaczęły boleć oczy, bolała głowa, od miesiąca wzrok na oba oczy zaczął słabnąć, obecnie nic nie widzi, głowa mniej boli, niż z początku. Wymiotów, ani mdłości nie miał, stolec codzienny. Miał 3 lata temu jakieś napady, leżał wtedy w szpitalu na Radogoszczu, i to był początek. Chorób wenerycznych nie przechodził, wysokoku nie używał, nie pali. Zonaty 3 lata, dziecko ma 13 dni.

St. pr. Nieźle odżywiany. Hernia inguin. dextra. W narządach wewnętrznych zmian widocznych brak. Plica nasolabialis dextra wygładzona, prawy kąt szpary ustnej opuszczony, przy szczerzeniu zębów prawa 1/2 szpary ustnej rozwarta mniej szeroko, nadyma policzek prawy słabiej, niż lewy. Inne mięśnie twarzy, gałek ocznych, języka i podniebienia miękkiego sprawne, oczopląsu brak. Anosmia totalis sin. Żrenice szerokie, prawa szersza, na światło oddziałują po krótkim czasie utajenia, lewa nieźle, prawa ospale. Kończyny prawe nie wykazują widocznej różnicy co do rozległości i siły ruchów w porównaniu z lewymi, stoi jednak na k. d. pr. gorzej, niż na lewej. Odruchy śluzówkowe i brzuszne żywe, nosidłowe i podeszwowe normalne. Odruchy ścięgnowe i okostnowe k. k. górnych bez zmian, kolanowe wzmożone, stopowe żywe. Zmian czucia brak. Objawu Romberga brak. Przy podnoszeniu wyprostowanej k. d. lewej mimowolne zgięcie w kolanie prawym — objaw Balanduzzi-Rothfelda dodatni. Mowa powolna nieco. Na pytania odpowiada, ociągając się, twierdzi, że mu brak słów. Wywiady podał sam. Przy opukiwaniu tępszy i krótszy dźwięk na lewej 1/2 czaszki. Dno oczu: tarcza zastoinowa obustronna, bardziej posunięta na dnie prawego oka.

Wywiad z żony. Choruje 6-ty miesiąc. Stracił chęć do pracy, zaczął się skarżyć na silne bóle głowy, przeważnie w nocy, posmutniał, zamiast mówić, płakał, chciał ciągle spać, po 2-ach miesiącach całkiem był nieprzytomny i leżał w łóżku przez 4 tygodnie, wzrok z samego początku coraz bardziej słabł, od 4 tygodni prawie nic nie widzi. Mdłości, ani wymiotów, ani gorączki nie miał. Po 3-ach miesiącach choroby zaczął się mocno pocić. 3 lata temu w nocy nagle zaczął krzyczeć, był nieprzytomny i dostał drgawek ogólnych, mocz oddał pod siebie, ogółem miał takich ataków 18, co 10' atak, po czym był wzięty do szpitala na Radogoszczu, po zastrzyknięciu wymiotował, ataków więcej nie miał. W szpitalu miał bóle głowy, leżał 6 tygodni, pierwsze 8 dni był nieprzytomny. Po wyjściu ze szpitala pracował, miewał częste bóle głowy przez pierwsze 1/2 roku, potem

rzadsze. Zonaty 4 lata, pierwsze 3 lata *coitus interruptus*. Nie pił często, ani dużo, nie palił.

30.I. „W moczu o c. wł. 1029, urobilina nieznacznie zwiększona“ (Dr. Z a ł ę s k i). „We krwi W a ujemny“ (Dr. Z a ł ę s k i).

1.II. Nakłuciem lędźwiowym wypuszczono 6 ccm wyciekającego pod małym ciśnieniem bezbarwnego przejrzystego płynu. Urotrop. + Amidopyr. 3 pr. dz. Glukoza 50% dożylnie. Słupki pod tylne nogi łóżka.

5.II. „W płynie bez błonki pajęczkowej białko 0,60%, odczyn P a n d y 2—3 plusy, do 20 krwinek świeżych w polu widzenia, W a ujemny“ (Dr. W i l n e r). Twierdzi, że widzi lepiej.

6.II. Całą noc krzyczał, nie umie powiedzieć, dlaczego.

11.II. Skłonny do śmiechu. Nie widzi całkiem.

13.II. Wyrażna *euphoria*.

16.II. „Prosi o przeniesienie (na inną salę), bo tamci (sąsiedzi) niedobrzy“.

22.II. Zadowolony, odpowiada szybko. Glukoza 50% inj. 15.

2.III. Z płaczącą miną mówi, że od 3 dni boli go lewa 1/2 twarzy, a k. g. l. ciężka.

5.III. „Głowa pęka“.

8.III. Dziś zrana jęczał z powodu bólów głowy. Glukoza inj. 27.

10.III. Na zapytanie, jak się ma, odpowiada szybko: „wszystko w porządku“, potem jednak chwyta się za głowę i ujmuje lewą 1/2 twarzy, szukając wyrazów dla wypowiedzenia swych dolegliwości, nie może ich jednak sam znaleźć, twarz ma wyraz płacziwy.

13.III. Dziś zachwiał się i upadłby nieprzytrzymany.

15.III. Bóle głowy i twarzy mniejsze, twierdzi, że trochę lepiej widzi, obiektywnie jednak poprawy brak.

5.IV. Glukoza 50% inj. 49. Z płaczem skarży się na bóle głowy i spuchnięcie lewej 1/2 twarzy, która rzeczywiście wygląda na obrzękłą. Słupki pod tylne nogi łóżka.

8.IV. Bóle głowy ustają.

W przypadku tym stwierdzamy nader dyskretne objawy niedowładu połowiczego prawostronnego (porażenie centralne nerwu twarzowego prawego, lekkie osłabienie k. d. prawej), porażenie wuchu po stronie lewej, lekkie objawy afazji ruchowej przy zachowanym pojmowaniu mowy, zastoinę na dnie obojga oczu, bardziej wyrażoną na dnie prawego, pewną bradyfrenię. w wywiadach bóle głowy, poprzedzone stanem padaczkowym 3 lata temu, od 5-ju mies. postępujące osłabienie wzroku. Niedowład prawostronny naprzemienny o typie węchowym (*Hemiparesis alterna dextra olfactoria*) z lekkimi objawami afatycznymi, objawem B a l d u z z i - R o t h f e l d a prawostronnym, wybitną zastoinę na dnie oczu wraz z wywiadami pozwoliły rozpoznać oponiak czolowy lewostronny. Przemawiało za tym rozpoznanie również skrócenie i stłumienie opuku lewej 1/2 czaszki, najwyraźniejsze na czole. Dalsza obserwacja potwierdziła rozpoznanie w sensie powoli rosnącego guza, wywierającego z początku niszczący ucisk na *bulbus* i *tractus olfactorius sin.*, a od początku marca r. b. również uciskającego *ganglion Gasseri sin.*, przez co wystąpiły bóle lewej 1/2 twarzy, jako pierwszy objaw podrażnienia węzła G a s s e r a. Pozostałe objawy objaśniają się uciskiem przeniesionym, naturalnie, najbardziej skutecznym w okolicy najbliższej, a zatem w dolnej części płata czolowego lewego.

Przypadek powyższy był między innymi potwierdzeniem opartej na licznych spostrzeżeniach reguły, w myśl której powoli rozwijające się porażenie połowicze każe myśleć przede wszystkim o guzie mózgu. Reguła ta jest dla nas tak dalece miarodajna, że nawet wiek podeszły, któremu właściwe są porażenia na tle miażdżycy tętnic mózgowych, nie stanowi dla nas mo-

mentu, przemawiającego przeciw tejże regule, o ile porażenie połowicze rozwija się bardzo powoli.

Przyp. 4. A.-H. S., lat 50, przybył do Szpitala Zapasowego 16.II.1937. Wywiadów brak.

17.II. Szczupły, prawidłowej budowy. W narządach wewnętrznych zmian widocznych brak. Prawy kąt szpary ustnej nieco opuszczony, uścisk dłoni prawej wyraźnie słabszy od uścisku lewej, podnosi k. d. pr. mniej wysoko, niż lewą, przy tym drżenie w słabszej kończynie. Ruchy gałek ocznych zachowane, oczopląsu brak. Języka nie wysuwa na żądanie. Zrenica prawa niekształtna, szersza od lewej, na światło oddziałuje ospale, lewa żywo. Odruchy śluzówkowe zachowane, brzuszne prawe słabsze od lewych żywych, nosidłowy lewy normalny, prawy nieobecny, podeszwowe normalne, objawu B a b i ņ s k i e g o, wzgl. R o s s o l i m o brak. Odruchy ścięgnowe i okostnowe k. g. pr. żywe, k. g. l. normalne, kolanowy i stopowy prawe wzmożone, lewe żywe. Stopotrząs prawostronny dość długotrwały. Napięcie mięśniowe k. k. prawych wzmożone. Zinian czucia, zdaje się, brak. Mowa niewyraźna. Podaje swe personalia i adres dobrze, zresztą pytań nie pojmuje, mówi niezrozumiale, tworząc własne neologizmy. Zegarek obustronnie słyszy. Nie umie nazwać danych mu do ręki bułki, lyżeczki, pomarańczy nazywa „torence“, gdy mu się dało papierosa i zapalki, zrobił z nich właściwy użytek. Dno oczu: jednostajne przekrwienie obu tarcz, nie różniących się prawie zabarwieniem od siatkówek, zatarcie części skroniowych obu tarcz, „Mocz o c. wł. 1016 zawiera b. liczne trójfosforany i mocznany sodu“.

Wywiady od żony. Od kilku lat choruje na żołądek, od 6-ju tygodni postępujące osłabienie pamięci, mowa stała się stopniowo całkiem niezrozumiała, w ostatnich 2-tych tygodniach często chwytał się za głowę i mówił, że go boli, kazał sobie robić zimne okłady na głowę, jednocześnie osłabły mu i trzęsły się k. k. prawe. Dawniej był zdrow, nie pił, nie pali. Zona i 7-ioro dzieci zdrowe, poronień nie było.

Wywiady oraz objawy przedmiotowe od razu kazały myśleć o szybko rosnącym guzie, którego pierwotne ognisko znajduje się w tylnej części górnego zrazu lewego płata skroniowego. W samej rzeczy najwcześniej wystąpiły objawy afazji czuciowej, interpretowane przez rodzinę, jako postępujące osłabienie pamięci, wkrótce wystąpiły bóle głowy i objawy niedowładu połowiczego prawostronnego. Badanie dna oczu potwierdziło rozpoznanie, wykryło bowiem wczesny okres zastoiny żylnego. Jeśli mogły być jeszcze jakieś wątpliwości co do słuszności rozpoznania, to zachowanie się chorego po nakłuciu lędźwiowym było tak charakterystyczne, że całkiem rozwiązało te wątpliwości.

19.II. W pozycji leżącej wypuszczono nakłuciem lędźwiowym 12 ccm żywo wyciekającego, bezbarwnego, przejrzystego płynu. Bezpośrednio po nakłuciu zaczął jęczeć i chwytać się za głowę. Po podstawieniu słupków pod tylne nogi łóżka szybko się uspokoił.

20.II. „We krwi W a ujemny“ (Z a ł ę s k i). T⁰ normalna. Dziś dwukrotne wymioty. P — 60. Glukoza 50% *intraven*.

22.II. Pojmowanie mowy znacznie lepsze, odpowiada do rzeczy, polecenia spełnia. „Krew: hmgłb 79%, erytrocytów 5720000, wskaźnik 0,7, białych ciałek 6000: obojętnochnych 68% (młodych 1%, pałeczkowatych 0,5%, segmentowanych 68,5%), kwasochłonnych 0,5%, limfocytów 26%, monocytów 5,5%“. *Fatigabilité excessive*.

23.II. „W płynie bez błonki białko 0,6%, P a n d y + + osad normalny, W a ujemny“. (W i l n e r). Nie pojmuje mowy. Stłumienie opuku lewej 1/2 czoła i prawego ciemienia.

4.III. Wczoraj po wstaniu zachwiał się i upadłby nie podtrzymany. Dziś wylał kawę, na nogach niepewny i słaby.

„Na dnie oczu zupełne zatarcie granic tarcz i równomierne ich zaczerwienie ciemne bez wybroczyn i bez podwyższe-

nia ponad poziom! *Visus*, zdaje się, normalny, i wydaje mi się, że jest *hemianopsia homonyma dextra*". (Dr. Schweig).

8.III. Nie może już iść umyć się. Wczoraj dwukrotne wymioty, zanieczyszcza się, nie słyszy.

12.III. Wypisany został i skierowany do Szpitala Chirurgii Urazowej w Warszawie celem operacji. Operacja wykonana była 20.III.1937, a 10 dni później Dr. Choróbski tak pisze: „Znalazłem u niego glejaka, umiejscowionego wprost w *regio Wernickego*. Ponieważ guz zajmował ponadto (ku przodowi) insulę, a ku dołowi i w tył obejmował cały płat skroniowy, nie było, oczywiście, mowy o możliwości wyjęcia go radykalnie.

Chwała Bogu, nowotwór był częściowo zwyrodniały torbielowato, tak, że przez nakłucie torbieli zmniejszyłem znacznie napięcie wewnątrzczaszkowe, a przez rozległą dekompresję podskroniową zmniejszyłem ciśnienie śródczaszkowe. Jestem prawie pewny, że chodzi tu o *astrocytoma*, a więc w zasadzie o glejak dobronliwy, tylko tak nieszcześnie dla chorego umiejscowiony. Radzę, rzecz prosta, naświetlać obecnie chorego, który ma się znacznie lepiej. Jest znacznie zwawszy, więcej rozumie i trochę więcej mówi, pareza prawej kończyny górnej zmniejszyła się wyraźnie, dolnej — mniej".

(Dok. nast.)

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Oddziału Anatomopatologicznego Szpitala Starozakonnych na Czystem w Warszawie.

Badania doświadczalne nad heterotransplantacją nowotworów złośliwych.

Podał

M. PŁOŃSKIER, Kierownik Oddziału (Warszawa).

Badania nad heterotransplantacją nowotworów złośliwych mogą stanowić ważny przyczynek do zagadnienia istnienia jadu rakowego. Tkanka nowotworowa osobnika jakiegokolwiek gatunku, przeniesiona do ustroju obcogatunkowego, nie może w tym ostatnim się rozwijać i dalej rosnać i powinna ulec rozpadowi i wessaniu: jeżeli więc po heterotransplantacji powstaje w ustroju nowego gospodarza nowotwór złośliwy—to należałoby przyjąć, że został on wywołany przez jakiś czynnik pozakomórkowy, zawarty w przeszczepionej tkance nowotworowej, lub też przez czynnik wewnątrzkomórkowy, który się wyzwala przy rozpadowie komórek nowotworowych; w jednym czy w drugim przypadku czynnik ten pobudzałby komórki nowego gospodarza do wzrostu złośliwego. Według dawniejszych poglądów udane przeszczepienie nowotworu ludzkiego na zwierzę musiało odpowiadać następującym warunkom: 1. nowotwór u zakażonego zwierzęcia powinien się zjawić w miejscu przeszczepienia, 2. budowa histologiczna nowotworu wywołanego powinna być podobna do nowotworu przeszczepionego, 3. nowotwór wywołany powinien posiadać biologiczne cechy złośliwości, — wzrastać niepowstrzymanie i dawać przerzuty, 4. powinien być łatwo przeszczepialny na inne zwierzęta tegoż gatunku. (Nawiasem mówiąc, wyników takich nikt prawie nie uzyskał). Powyższe warunki zostały wysunięte w okresie wszechwładnego panowania komórkowych teorii nowotworowych i z tego punktu widzenia są słuszne. Ponieważ jednak obecnie koncepcja jadu nowotworowego wydaje się słuszną co najmniej w stosunku do niektórych nowotworów zwierzęcych (mięsak kurzy *Rousa*, brodawczak królików *Shopea*) — to należy bardziej krytycznie ustosunkować się do wymienionych warunków. Stając na stanowisku koncepcji jadu nowotworowego, musielibyśmy odrzucić dwa pierwsze warunki. Jad nowotworowy, przenikając w miejscu szczepienia nowotworu do ustroju, z łatwością mógłby się szybko rozprzestrzenić w całym ustroju i pobudzić do rozrostu złośliwego jakąś odległą grupę komórek. Budowa histologiczna nowopowstałego nowotworu byłaby zależna od tego, na jaki typ komórek zadziałał jad nowotworowy. Oczywiście, że, stojąc na tym nowym stanowisku, na którym budowa i umiejscowienie wywołanego nowotworu przestają grać jakąkolwiek rolę, nie można już mówić o heterotransplantacji w sensie ścisłym tego słowa, a tylko o tym, że przeszczepienie nowotworu złośliwego

np. ludzkiego powoduje u zwierząt szczepionych powstanie nowotworu złośliwego w ogóle. Na tym stanowisku jednakże ocena wyników badań doświadczalnych w tej dziedzinie staje się bardzo trudna. Ponieważ zwierzęta, używane do badań nad nowotworami złośliwymi, zapadają również samoistnie na nowotwory złośliwe, to ustalenie faktu, czy nowotwór powstał samoistnie, czy w związku z heterotransplantacją staje się prawie niemożliwe, a w każdym razie bardzo trudne.

Dawniejsze próby heterotransplantacji ludzkich nowotworów złośliwych na zwierzęta były wykonywane na stosunkowo małym materiale (*Keysser*, *Murphy*, *Shirai*, *Guerriero* i in.). Dopiero *L. Heidenhain* pierwszy wykonał heterotransplantacje na bardzo dużym materiale. Zużył on do swych badań przeszło 2000 myszy, którym szczepił różne nowotwory ludzkie; poza tym około 300 myszy szczepiono tkankami ludzkimi nienowotworowymi; wreszcie dla kontroli trzymano w obserwacji liczne myszy zdrowe oraz myszy, obciążone dziedzicznie, t. j. takie, które się urodziły z matek zakażonych nowotworami ludzkimi. Przy ocenie wyników swej pracy *Heidenhain* nie uwzględnił pierwszych dwóch warunków, o których była powyżej mowa: powstanie nowotworu złośliwego u myszy, szczepionej nowotworem ludzkim, uważał za wynik dodatni, niezależnie od tego, w jakim miejscu powstawał nowotwór, i jaka była jego budowa histologiczna. We wnioskach ostatecznych *H.* opierał się na porównaniu liczby nowotworów złośliwych, które powstały u myszy szczepionych, z liczbą nowotworów u myszy kontrolnych. Wyniki były następujące: wśród myszy, szczepionych nowotworami ludzkimi, stwierdzono nowotwory złośliwe w 8,2% przypadków — w grupie myszy kontrolnych, nieszczepionych liczba zwierząt z nowotworami samoistnymi wynosiła zaledwie 1,4%. Należało więc przypuścić, że częstsze występowanie nowotworów złośliwych u myszy z pierwszej grupy zostało spowodowane przez heterotransplantację.

Badania *Heidenhaina* były sprawdzane przez *Andersena*. Nowotwory ludzkie przeszczepiono na 500 myszy; guzy powstały w 7,3% przypadków. W grupie myszy kontrolnych nowotwory samoistne powstały w 5,5% przypadków. Tutaj różnice pomiędzy obiema grupami są tak nieznaczne, że raczej należy przyjąć, iż guzy, które powstały u zwierząt szczepionych, były również samoistne. *Andersen* podkreśla, że niezwykle ważne znaczenie w podobnych doświadczeniach należy przypisać dyspozycji nowotworowej w różnych rasach myszy; do szczepienia i do kontroli należy zawsze używać myszy tej samej rasy, i wtedy tylko wyniki są miarodajne. *Hellner*, który przeprowadzał podobne badania, również otrzymał wyniki niezgodne z wynikami *Heidenhaina*:

u myszy, szczepionych nowotworami ludzkimi, odsetek nowotworów wynosił 3,7% — u myszy kontrolnych. nieszczepionych 2,2%.

Dotychczasowe badania nad heterotransplantacją nowotworów złośliwych ludzkich były przeważnie wykonywane na myszach, rzadziej na szczurach, nieraz na małpach. Doświadczenia w tej dziedzinie należy podzielić na dwie grupy: w jednej grupie przeszczepiano nowotwory ludzkie na zwierzęta zdrowe, normalne (Heidenhain, Guerriero, Keysser, Voronoff i Alexandresco, Troisier); w drugiej grupie zwierzęta przed szczepieniem przygotowywano różnymi sposobami, a więc usuwano różne narządy, blokowano układ siateczkowo-śródbłonkowy, naświetlano promieniami Roentgena (Krebs i Fanny Busch, Voronoff i Alexandresco, u nas Flaszen i Wachtel).

Badania własne.

W badaniach własnych przeszczepialiśmy ludzkie nowotwory złośliwe na szczury zdrowe, bądź też na szczury przygotowane. Nowotwory pochodziły z przypadków operowanych lub wcześniej sekcjonowanych; materiał do szczepienia pobierano w warunkach jałowych, przygotowywano zawiesinę nowotworu w roztworze soli fizjologicznej i w tej postaci wstrzykiwano szczurom; w niektórych przypadkach wszczepiano drobne kawałki nowotworu podskórnice lub domięśniowo. Szczury, używane do doświadczeń, pochodziły od jednego hodowcy. W ciągu ostatnich dwóch lat spostrzegaliśmy przeszło 200 szczurów, które nie były używane do doświadczeń nad nowotworami; w dwóch przypadkach stwierdziliśmy samoistne mięsaki (jeden w jamie brzusznej, drugi w okolicy prawej pachwiny).

Heterotransplantacje nowotworów ludzkich na szczury były wykonywane w ciągu kilku lat: ogółem zużyto 248 szczurów. Szczury szczepione pozostawały w obserwacji przez czas długi, nieraz do 18 miesięcy. Wszystkie szczury szczepione były sekcjonowane.

1 grupa. Szczury przygotowane.

a) promienie Roentgena:

1. Dn. 2.III.1932 — 10 szczurów naświetlono jednorazowo dużą (?) dawką promieni Roentgena; bezpośrednio po naświetleniu wstrzyknięto płyn z jamy opłucnej, pobrany przyżyciowo z przypadku raka płuca (Badanie nr 2769); płyn zawierał bardzo liczne, dobrze zachowane komórki rakowe; 5-iu szczurom wstrzyknięto po 5 cm³ płynu dootrzewnowo, 5-iu szczurom po 2 cm³ doopłucnowo.

2. Dn. 7.III.1932 — 10 szczurów naświetlono, jak wyżej; bezpośrednio po naświetleniu wstrzyknięto dootrzewnowo po 3 cm³ zawiesiny z mięsaka limfatycznego kąticy (Sekcja nr 1724).

Szczury z obu powyższych doświadczeń pozostawały w obserwacji do 10.V.1933, t. j. przez 14 miesięcy. Kilka szczurów zdechło, przeważnie z powodu ropni w płucach; pozostałe zabito. Zmian nowotworowych nie stwierdzono.

3. Dn. 28.X.1935 — 4 szczury naświetlono jednorazowo promieniami Roentgena (475 r. w ciągu 15 minut), po czym bezpośrednio wstrzyknięto dootrzewnowo zawiesinę z mięsaka limfatycznego (Sekcja nr 2971) uogólnionego. Następnego dnia wszystkie szczury padły.

4. Dn. 9.XI.1935 — 4 szczury naświetlono promieniami Roentgena tak, jak w poprzednim doświadczeniu, po czym wstrzyknięto dootrzewnowo zawiesinę z kostniako-mięsaka (*Osteosarcoma*) uda (Badanie przyżyciowe nr 5067).

18.XI.1935 padł jeden szczur; wyraźnych zmian nie stwierdzono.

18.IV.1936 zabito jednego szczura; zmian nie stwierdzono.

15.IX.1936 zabito pozostałe dwa szczury; zmian nie stwierdzono.

b) Splenektomia:

22.X.1935 — 5-ciu szczurom usunięto śledzionę.

23.X.1935 — jeden szczur padł.

8.XI.1935 — wstrzyknięto pozostałym 4 szczurom dootrzewnowo zawiesinę z mięsaka przerzutowego płuc (Sekcja nr 2989).

23.IV.1936 — 1 szczur padł; sekcja wykazała krwotoczne zapalenie płuc oraz powiększone wiśniowe gruczoły w jamie brzusznej.

3.IX.1936 — zabito pozostałe 3 szczury; we wszystkich przypadkach stwierdzono zrosty pooperacyjne w jamie brzusznej oraz gruczoły krezkowe powiększone.

c) Kastracja:

22.X.1935 — 5-iu samcom usunięto oba jądra.

1.XI.1935 — wstrzyknięto dootrzewnowo zawiesinę z mięsaka przerzutowego płuc (Sekcja nr 2989).

3.IX.1936 — szczury zabito; zmian nowotworowych nie stwierdzono.

d) Blokada układu siateczkowo-śródbłonkowego:

szczurom wstrzykiwano Thorotrast; jest to środek kontrastowy, stosowany nieraz przez rentgenologów. Thorotrast skupia się obficie w komórkach układu siateczkowo-śródbłonkowego, dzięki czemu można uwioczyć na zdjęciach rentgenowskich zarysy śledziony i wątroby; wprowadzony do ustroju, zalega przez czas bardzo długi w komórkach u. ś. s. (mieliśmy możliwość przekonania się o własnościach Thorotrastu przy badaniu histologicznym narządów królików, nastrzykiwanych Thorotrastem przez D-ra Miesza, kierownika Oddz. Rentgenowskiego naszego Szpitala).

18.X.1935 — 6-iu szczurom wstrzyknięto dootrzewnowo po 0,5 cm Thorotrastu.

Następnie w czasie od 23.X do 6.XI.1935 te same szczury otrzymały jeszcze po 8 zastrzyknięć Thorotrastu po 0,2 cm.

8.XI.1935 — wstrzyknięto szczurom dootrzewnowo zawiesinę z mięsaka przerzutowego płuc (Sekcja nr 2989).

18.XI.1935 — 1 szczur padł z powodu zapalenia otrzewnej.

25.III.1936 — 1 szczur padł; wyraźnych zmian nie stwierdzono.

18.XI.1936 — zabito pozostałe 4 szczury; zmian nie stwierdzono.

e) Follikulina:

10-iu szczurom wstrzykiwano podskórnice „Oestrin“ Klawego.

Od dn. 9.V.1935 do 1.VI.1935 wstrzykiwano po 0,2 cm³ = 10 jednostek codziennie.

Od dn. 1.VI.1935 do 13.VII.1935 — po 0,5 cm³ = 25 jednostek.

Dnia 15.VII.1935 wstrzyknięto szczurom podskórnice w okolicę lewej pachwiny zawiesinę z raka sutka (Badanie przyżyciowe nr 4882).

Od dnia 25.VII.1935 do 8.X.1935 wstrzykiwano

szczurom po 1 cm³ „Oestriny“ = 50 jednostek codziennie. Ogółem każdy ze szczurów otrzymał około 2.000 jednostek hormonu pęcherzykowego.

20.VII.1935 — jeden szczur padł; wyraźnych zmian nie stwierdzono.

12.I.1936 — jeden szczur padł; sekcja wykazała ropnie w płucach.

5.III.1937 — zabito pozostałe szczury; zmian nowotworowych nie stwierdzono.

f) Pomidory:

9-iu szczurom wstrzykiwano dootrzewnowo zawiesinę z pomidorów.

W czasie od 15.X.1935 do 6.XI.1935 wykonano 8 zastrzyknięć.

8.XI.1935 wstrzyknięto szczurom dootrzewnowo zawiesinę z przerzutów mięsaka drobnookrągłokomórkowego podudzia (Sekcja nr 2989).

23.XII.1935 — jeden szczur padł; w jamie brzusznej liczne ziarniniaki.

23.V.1936 — jeden szczur padł; sekcja wykazała w jamie brzusznej rozległe zrosty oraz liczne ziarniniaki.

18.VI.1936 — zabito 7 szczurów; we wszystkich przypadkach mniej lub bardziej liczne ziarniniaki w różnych okresach organizacji; zmian nowotworowych nie stwierdzono.

g) Mięsak J ensena :

1. Szczurom z mięsakami J ensena wszczepiano małe wycinki z guzów ludzkich do mięsaka J ensena, bądź też podskórnice w okolicy, oddalonej od mięsaka.

15.II.1935 — 2 szczurom z mięsakami J ensena wielkości orzecha laskowego w lewej pachwinie wszczepiono do guzów drobne kawałki z przerzutów raka piersi do gruczołów limfatycznych (Badanie nr 3926). Po szczepieniu mięsaki J ensena rosły bardzo szybko.

1.III.1934 — zabito jednego szczura; w guzie, w okolicy szczepienia ogniska martwicy oraz wylewy krwawe, w gruczołach zaotrzewnowych przerzuty. Badanie histologiczne wykazało w guzie rozległą martwicę rozplywną oraz nacieki zapalne; poza tym typowy obraz mięsaka J ensena.

30.IV.1934 — zabito drugiego szczura: guz olbrzymi (7×6 cm) z bardzo rozległą martwicą; poza tym bez szczególnych zmian.

2. 21.II.1934 — 3-tem innym szczurom z mięsakami J ensena w lewej pachwinie wszczepiono do guzów wycinki z mięsaka czerniakowego (Badanie przyżyciowe nr 3944).

Dalszy wzrost mięsaków J ensena i ogólny przebieg bez szczególnych zmian.

3. 15.II.1934 — 2-om szczurom z mięsakami J ensena w lewym udzie wszczepiono do prawego uda wycinki z przerzutów raka piersi do gruczołów limfatycznych (Badanie nr 3926). Dalszy rozrost mięsaków i ogólny przebieg bez szczególnych zmian.

(Dok. nast.).

Z Oddziału chorób wewnętrznych szpitala św. Antoniego we Włocławku.

(Ordynator: Dr. W. Piasecki).

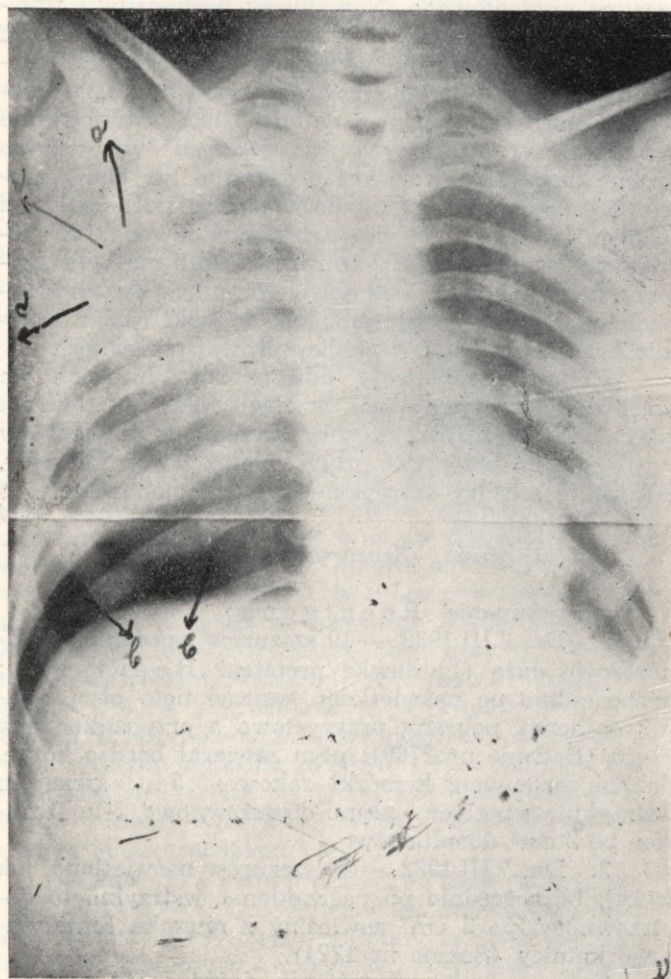
Drugi przypadek odmy piersiowej samoistnej w przebiegu posoczniczego zapalenia płuc. Przyczynę do posocznicy stawowo-płucnej *).

Podał

Dr. M. LEŃSKI (Włocławek).

Chory S. K. l. 17, przywieziony do szpitala w stanie nieprzytomnym 21 lipca r. b. Ojciec chorego podaje, że przed 10 dniami pacjent dostał nagle gorączki i bólów w stawie kolanowym i skokowym prawym. Nazajutrz wystąpiło obrzmienie i bolesność stawu barkowego lewego. Po 2 dniach stracił przytomność.

Stan obecny. Chory budowy prawidłowej, odżywiania lichego, skóra i widoczne błony śluzowe blade. Na wargach obfita opryszczka. Gardziel bez zmian. Gruczoły szyjne, pachowe i pachwinowe niepowiększone. Chory pokasłuje, lecz nie odpluwa. Temperatura 39 rano i wieczorem, tętno 106, miarowe, słabo wypełnione, liczba oddechów na minutę 36.



a — nacieczenie, b — odma.

Płuca. a) Prawe: Nad szczytem odgłos opukowy przytłumiony, osłuchowo — wdech szorstki, wydech wydłużony. Od grzebienia do kąta łopatki — sztumienie; osłuchowo — oddech oskrzelowo-pneumoniczny, poniżej kąta łopatki — przytłumienie, oddech osłabiony, zaś drżenie głosowe nie jest osłabione.

*) Pierwszy przypadek ogłoszony w Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim nr 31—32, 1937 r.

bione. b) Lewe: Nad szczytem przytłumienie i wydłużony wydech. Reszta płuca bez zmian szczególnych.

Serce w granicach prawidłowych. Smerów nie stwierdza się. Drugi ton nad tętnicą płuca zaakcentowany.

Stawy. Przy badaniu stwierdza się obrzmienie i bolesność następujących stawów:

1) łokciowego prawego, 2) kolanowego prawego, 3) skokowego prawego i 4) barkowego lewego.

Prócz tego stwierdza się obrzmienie przedramienia i podudzia prawego dookoła stawów łokciowego i kolanowego. Wątroba o powierzchni gładkiej, występuje z pod łuku żebrowego na 3 palce.

Śledziona — niemacalna.

Mocz — bez składników patologicznych.

24.VII. Od grzebienia do kąta łopatki stłumienie, oddech oskrzelowy, poniżej — wypuk bębenkowy, oddech osłabiony. Od przodu od 6-go do 8-go żebra stwierdza się odgłos opukowy bębenkowy, oddech osłabiony.

26.VII. Chory przytomny, narzeka na bóle w stawach. Zaznacza się zażółcenie spojówek.

28.VII. Z powodu zebrania się ropy na przedramieniu i podudziu chory został przeniesiony do oddziału chirurgicznego, gdzie dokonano nacięcia ropowicy.

5.VIII. Przy badaniu płuca stwierdzono stłumienie poniżej kąta prawej łopatki. Nakłucie wykazało obecność ropy w opłucnej, wobec czego dokonano wycięcia dziesiątego żebra. Z jamy opłucnowej prawej wypuszczono $\frac{1}{2}$ litra ropy. Założono dren. Chory gorączkuje, jest bardzo słaby, tętno przyspieszone, słabo napięte.

16.VIII chory zmarł.

Widzimy więc, że również i w danym przypadku septyczne zapalenie płuca wikłało się odumą samoistną. Oba opisane przypadki posiadają wspólne cechy zarówno co do obrazu chorobowego, jak i przebiegu schorzenia i jego powikłań. Młody wiek chorych, nagły początek, zajęcie dużych stawów z wytworzeniem rozległych ropowic okołostawowych tuż przy kości (*osteoperiostitis purulenta*), posocznice zapalenie płuca, wi-

klające się odumą samoistną z następczym ropnym zapaleniem opłucnej, znaczne powiększenie wątroby przy niemacalnej śledzionie i braku zajęcia wsierdzia, ciężki przebieg i zejście śmiertelne — oto są zasadnicze objawy, składające się na obraz chorobowy tej odmiany posocznicy. Szczegółowa analiza omawianego schorzenia wykazuje, iż w obrazie klinicznym przodują dwie grupy objawów: zajęcie dużych stawów z ropowicami okołostawowymi i posocznice zapalenie płuca. Z tego względu powyższa odmiana posocznicy, jako zespół chorobowy, powinna być wyodrębniona z wielkiej grupy schorzeń septycznych pod nazwą posocznicy stawowo-płucnej (*sepsis arthro-pulmonalis*). Postać ta różni się od *polyarthritidis septicæ*, gdyż zajęcie dużych stawów w tym ostatnim schorzeniu jest zjawiskiem wtórnym. występującym w rzeżączce, zapaleniu płuca, durze brzuszno i posocznicy. W naszych przypadkach zajęcie stawów było objawem pierwotnym, który dał początek chorobie.

Powyższą postać posocznicy możemy odróżnić również od posocznicy po zapaleniu płuca, w której niekiedy dochodzi do zapalenia jednego albo wielu stawów. W tej ostatniej chorobie objawy podmiotowe ze strony płuca wysuwają się na pierwszy plan, natomiast w posocznicy stawowo-płucnej, skargi chorego dotyczą stawów, a nie płuca. Chorzy nie narzekają na kłucie w boku (objaw ten występuje dopiero po powikłaniu odumą samoistną), kaszel i odpływanie są słabo zaznaczone. Dopiero badanie przedmiotowe i prześwietlenie rentgenowskie wykrywa rozległe zmiany w płucach.

PIŚMIENICTWO.

- 1) Matthes: Neue Deutsche Klinik. T. VI. str. 312.
- 2) Schwenkenbacher: Neue D. Kl. 8. IV. str. 55. 3) Prof. Hegler: Postępowanie praktyczne przy chorobach zakaźnych. Tłum. polskie. Str. 98 — 108. 4) Leński: Odma piersiowa samoistna w przebiegu septycznego zapalenia płuca. Warsz. Cz. Lek. Nr 31—32. 1937.

Z teki Lekarza Praktyka.

Kilka uwag z powodu artykułu Dra W. Róbina p. t. 15 lat stosowania wlewań oliwy do dwunastnicy w schorzeniach żółciowych.

(W. Cz. L. 1937, Nr 47).

Podał

Dr. Ignacy GRUNDZACH (Warszawa).

Wykład kliniczny o charakterze ściśle terapeutycznym należy u nas do takich rzadkości, że z uznaniem należy podkreślić wykład Dr. Róbina. Jest on ściśle rzeczowy, praktyczny, jasny w szczegółach i oparty na doświadczeniu wieloletnim a także na dokładnych wskazaniach i przeciwwskazaniach. Choć oliwę stosujemy już, jak wiadomo, przeszło półwiecze drogą dostną, posiada ona wady, wspomniane w wykładzie. Wady te usuwa stosowanie jej przez zgłębnik dwunastniczy, zmodyfikowany przez Dr. W. Róbina. Nieraz zalecałem jej stosowanie, kierując chore ze schorzeniami dróg żółciowych do młodszych kolegów, nie udawało mi się to jednak, zniechęcała je obawa zgłębnika, i prosiły o inne środki lecznicze. Dobrze więc, że to się Dr. Róbinowi udawało, i że mógł w tym kierunku nabyć tak duże doświadczenie.

Jeżeli chodzi o działanie oliwy, podaje Dr. R. dwie możliwości. Jedna — to żółciotwórcze i żółciopęd-

ne jej właściwości, druga — naoliwienie dwunastnicy i wspólnego przew. żółciowego. Ale jest i trzecia — działanie ciepła na pęcherzyk ż. i przewody poprzez ścianę dwunastnicy.

Sądzę, że było by pożądanę, aby przy następnych wlewaniach oliwy zastosowano badanie kału. Badanie to w pracowni analitycznej nie przedstawia wielkich trudności. W 24—48 g. po zastosowaniu oliwy należałoby zbadać ekskrementy, zaleciwszy dietę, dającą mało resztek (rosoły, kleiki, sucharki, białe mięso). Ekskrementy, rozcieńczone wodą, przepuszczamy przez sito, a pozostałość, t. j. kamyki i żłogi, badamy na barwniki, kwasy żółciowe i cholesterynę. Badania takie, dokładnie przeprowadzone, mogłyby doskonale potwierdzić, że tą właśnie drogą wydalamy żłogi i kamyki z dróg żółciowych, i wzmocnić przekonanie o korzystnym działaniu oliwy. Chore (kobiety chorują częściej) przynosiły mi czasem „kamienie“, ale były to twory okrągławe, miękkie, które dawały się rozcierać w palcach, a składały się, jak się przekonywałem, z kryształów kw. tłuszczowych, pochodzących z rozszczepienia w jelitach oliwy na glicerynę i kwasy. Kilka takich badań byłoby pod warunkiem stwierdzenia ich wartości pozytywnej ważnym dowodem kliniczno-analitycznym, stwierdzającym działanie oliwy.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Z Oddziału Dermatologicznego Szpitala na Czystem
w Warszawie.

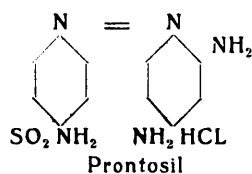
(Ordynator: Dr. Merenlender).

Postępy chemoterapii rzeżączki.

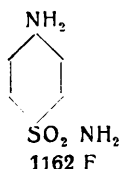
Podał

K. BRANDMAN (Warszawa)

Odkrycie przez Domagka prontosilu, barwnika o specyficznym działaniu antistreptokokowym, będąc wielkim postępem w leczeniu, stało się punktem wyjścia dla dalszych owocnych badań na polu chemoterapii. Fakt aktywności związków sulfamido-azowych tylko *in vivo*, wyjaśnili I. i M-me I. Tréfoüel, F. Nitti i D. Bovet (1), wykazując, że z prontosilu,

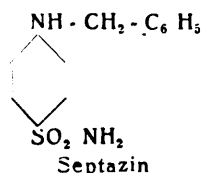


który jest chlorowodorkiem sulfamido-chryzoidyny, odszczepiona zostaje w ustroju



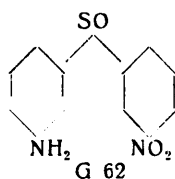
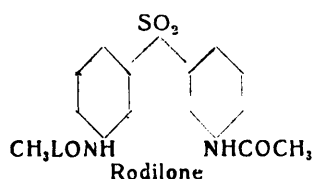
jedną jego część, właściwie czynną *in vivo* i *in vitro*, t. j. para-amino-fenyl-sulfamid (1162 F, Antistreptin, Prontosil biały).

1162 F stał się punktem wyjścia dla syntezy innych pokrewnych związków, jak septazyny (46 R.P.), i soluseptazyny (40 R. P.), przez doczepienie



do prontosilu grupy karboksylowej otrzymano Rubiasol (Azofag C).

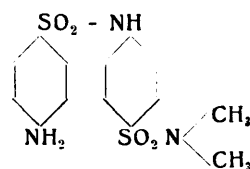
Buttle i jego współpracownicy w Anglii, Fournau i jego współpracownicy we Francji, podawali antistreptinę daleko idącym zmianom bez utraty działania antistreptokokowego, tworząc t. zw. związki sulfonowe, gdzie siarka 6-wartościowa łączy dwa pierścienie benzolowe, których przedstawicielem jest Rodilone (1399 F). Girard, Ray i Richard tworzą związki sulfoksylowe, gdzie siarka 4-wartościowa łączy dwa pierścienie benzolowe, których przedstawicielem jest G 62.



Badania doświadczalne Buttle, Gray i Stephenson (2) i Proom (3) na myszach, nad działaniem 1162 F. na meningokoki i obserwacje kliniczne w zap. opon mózgowych, skierowały uwagę badaczy na

zastosowanie związków sulfamidowych, też w zakażeniu biologicznie pokrewnymi gonokokami. Opierając się na tym Dees i Colston (4) zastosowali pierwsi antistreptinę w rzeżączce, a niezależnie od nich Durel (5), Jausion (6), Boyer, Nitti i Tréfoüel (7), Palazzoli i Bovet (8) ogłaszają swoje wyniki zastosowania preparatów 1162 F, 40 R.P., 46 R. P., 1399 F., G 62, Rubiasolu w rzeżączce męskiej i kobiecej.

W Niemczech Domagk (9) i jego współpracownicy Mietsch i Klarer otrzymali związek disulfamidowy Uliron (disseptal A, D. B. 90), o którego korzystnym działaniu donosi już szereg autorów. (Grütz (10), Felke (11), Fischer (12), Scherber (13), Schubert (14)).



Sposób użycia i wyniki, osiągnięte przy stosowaniu w rzeżączce męskiej i kobiecej tych preparatów, przedstawiają się, jak następuje.

Dawkowanie: Antistreptina może dać wyleczenie bez żadnego leczenia miejscowego. Większość autorów stosuje 1162 F w dawkach, nie przekraczających 3 gr. *pro die*, względnie tylko krótki czas wyższych, ze względu na częste powikłania. Schemat, podany przez Deesa i Colstona, jest następujący: 4.80 gr. — 2 dni, 3.60 — 3 dni, 2.40 — 4—8 dni. Durel przez pierwszy tydzień podaje 4 gr., przez drugi 3 gr. i ewentualnie dla podtrzymania wyniku po kilku dniach przerwy 2—3 gr. przez 7—10 dni, osiągając w 80% wyleczenie w ciągu 2—3 tygodni.

Palazzoli i Bovet otrzymują wyleczenie rzeżączki przy dawkach 3—5 gr. *pro die*, natomiast dawka 3 gr, która wedle nich wydaje się być graniczną, powyżej której wystąpić mogą rozmaite powikłania, jest niewystarczająca. W kombinacji z leczeniem miejscowym wystarczą dawki poniżej 3 gr., niebezpieczeństwo powikłań jest wtedy znacznie mniejsze, a wyniki nawet lepsze. Durel stosuje (wraz z przemyszaniami Janeta roztworem 1/5.000 — 20.000 *Kal. hypermanganicum*) dawki przeciętnie 2,5 gr. *pro die*, osiągając w 80% po 15 dniach wyleczenie, w 5% po 4 tyg., a tylko w 15% leczenie zawodzi.

1399 F (Rodilone) jest to również środek o silnym działaniu antistrepto- i pnemokokowym. W rzeżączce działa najlepiej w skojarzeniu z leczeniem miejscowym, szczególnie w przypadkach podostrych i przewlekłych. Podczas gdy przetwó sam w dawkach 4 — 5 gr. *pro die* daje w 20% wyleczenie (Durel), stosowany wraz z przemyszaniami Janeta w dawkach 2 — 2½ gr., skuteczny jest po 2 tygod. w 80%, przy czym powikłania są minimalne (Palazzoli i Bovet 1%).

40 R. P. (soluseptazin) działa podobnie, jak i 1399 F, ale słabiej. Stosowany wyłącznie w dawkach 5 gr. *per os*, daje w ciągu 15—20 dni w 20% wyniki dobre. Natomiast w kombinacji z przemyszaniami Janeta skutkuje w 40% po 20 dniach przeciętnie, zwłaszcza

w procesach podostrych (Durel). Można również stosować 40 R. P. w zastrzykiwaniach dożylnych i domięśniowych 10 — 20 cm³ 1 — 2 razy dziennie (Jausion). Działanie uboczne jest bardzo niewielkie.

62 G. Doświadczenia z tym przetworem są do tychczas małe; na podstawie jednak osiągniętych wyników wydaje się rokować największe nadzieje spośród stosowanych. Milian osiągnął w 15 przypadkach doskonałe wyniki podając 0,4 pro die. Levaditi, Girard i Vaisman w pracy doświadczalnej na myszach znajdując, że 62 G w dawkach 10-krotnie niższych od Ulironu i Antistreptyny działa jednak od nich lepiej.

Uliron (D. B. 90, Diseptal A *)), początkowo stosowano w rzeżączce bez przerwy, od pierwszego dnia, bez leczenia miejscowego. Tak Grütz podawał pierwszego dnia 3×0,5 gr., od drugiego dnia 4×0,5 gr., osiągając na 36 przypadków 24 wyleczenia w ciągu 7—8 dni, później okazało się lepiej zastosować okresowo „uderzeniami“, w kombinacji z leczeniem miejscowym. Długość okresów wynosi od 3 (Schubert, Scherber, Fischer) do 5—6 dni (Felke) z przerwami 6 — 8 — 10 dni, dawki 2 — 4,5 gr. pro die, czyli 4—9 tabletek dziennie. Zazwyczaj wystarcza 1 do 2 uderzeń, w razie potrzeby dojść można do 4 i więcej. Wszyscy autorzy określają osiągnięte wyniki jako bardzo dobre. Gonokoki znikają po kilku dniach, wyciek zmniejsza się, wpływ na komplikacje jest korzystny, nacieki wysysają się szybciej. Schubert na 103 przypadki spostrzegając zaledwie 5 razy nawroty, Fischer na 40 przypadków miał 1 oporny. Również w kilku przypadkach rzeżączki dziecięcej Fischer, Schubert, Felke uzyskali szybko całkowite wyleczenie.

Termin rozpoczęcia leczenia: przy podawaniu tych środków w przypadkach świeżej infekcji, można, wprawdzie, w ciągu kilku dni doprowadzić do zniknięcia gonokoków, mocz się wyjaśnia, wyciek zmniejsza, ale poronnego wyleczenia nie udaje się uzyskać. Większość autorów poleca rozpoczęcie leczenia Ulironem z początkiem 3-go tygodnia, stosując do tego czasu tylko łagodne leczenie miejscowe pod postacią przepłukiwań cewki roztworami nadmanganianu potasu i doustnie środki odkażające drogi moczowe, podczas gdy Schubert, ze względu na bardzo rzadko występujące komplikacje podczas leczenia chemoterapeutycznego, doradza rozpocząć od razu. Z drugiej strony właśnie przypadki powikłane (np. przyjądrzy lub przydatków) reagują najlepiej.

Mechanizm działania wyżej wymienionych środków nie jest wprawdzie jeszcze dokładnie poznany, z faktu jednak, że w żadnym z przypadków wyleczenia poronnego nie uzyskano, że okres leczenia wynosi przeciętnie 2—3 tygod., że najlepsze wyniki dają przypadki rzeżączki podostrej i przewlekłej, wydaje się wynikać, że środki te nie działają bezpośrednio na gonokoki, ale za pośrednictwem powstających pod wpływem gonotoksyn sił obronnych ustroju, dla których wytworzenia się potrzebny jest pewien czas. W opornych przypadkach można właśnie za pomocą leczenia pomocniczego, t. j. szczepionek, lub proteinoterapii niedostateczne tworzenie się tych sił obronnych ustroju pobudzić. Czy w takich opornych

przypadkach dochodzi do wytworzenia się szczepów opornych, pozostaje jeszcze kwestią otwartą.

Jednocześnie leczenie miejscowe: wszyscy zgodnie podkreślają, że jest ono potrzebne, poprawiając znacznie osiągane wyniki, przy czym powinno ono być jak najłagodniejsze. Preparaty srebrowe na ogół nie były stosowane, Felke wprost podaje, że, im energiczniejsze było leczenie miejscowe z początku, im więcej używano preparatów srebrowych, tym gorsze były wyniki. Najlepiej przepłukiwać od początku leczenia rozcieńczonymi roztworami (1/5.000 — 1/20.000) nadmanganianu potasu, u mężczyzn wedle Janeta cewkę przednią i tylną, u kobiet cewkę i pochwę 1—2 razy dziennie; w sprawach naciekowych gorące kąpiele, termofor, diatermia, Arzberger i t. p.

Leczenie ogólne powinno być, naturalnie, takie same, jakie dotychczas stosowano. Całkowita abstynencja in Venere et Baccho, w razie komplikacji łożko, sedativa itp.

Powikłania występują najczęściej przy stosowaniu antistreptyny, co tłumaczy się małym odstępem między dawką leczniczą, a toksyczną, zwłaszcza przy dawkach ponad 3 gr., chociaż niektórzy (Bocage i Motz) już przy 2—3 gr. pro die spostrzegali blisko w 50% działania uboczne, co w znacznym stopniu dyskwalifikuje użycie tego preparatu. Chorzy ambulatoryjni, wykonywający swoje zwykłe zajęcia, noszą 1162 F znacznie gorzej od szpitalnych, co również stanowi stronę ujemną wobec dążności naszej do możliwości przeprowadzenia leczenia rzeżączki ambulatoryjnie, podobnie jak i w kile. Nierzadkie są również powikłania przy użyciu Ulironu. Podczas gdy przy stosowaniu ciągłym Grütz (na 36 przypadków u 12) obserwował je, przy leczeniu uderzeniami występują one znacznie rzadziej. Natomiast bardzo rzadko i w minimalnym stopniu zdarzają się powikłania przy stosowaniu 1399 F i 40 R. P. Powikłania te na ogół nie są ciężkie i po przerwaniu leczenia szybko znikają. Są one dość rozmaite: bardzo często ból głowy, ogólne osłabienie, z powodu wystąpienia sulfhemoglobinemii, dreszcze, wysoka gorączka, pokrzywka, wysypki (występujące zwykle między 8 a 13 dniem, najczęściej około 9-go), odrowate — lub płonicowate, purpura, wymioty, anemia, porażenie nerwu strzałkowego, a nawet agranulocytoza i zapalenie nerwu wzrokowego.

Reasumując, trzeba przyznać, że znaczenie lecznicze i społeczne nowego odkrycia jest bardzo duże, chociaż należy uważać je jeszcze chwilowo tylko za czynnik pomocniczy w leczeniu. Znalezienie nowych środków przeciw rzeżączce (chorobie, zwłaszcza u kobiet, tak opornej na leczenie i przeciągającej się), które już po kilku dniach powodują zniknięcie gonokoków, zahamowanie wycieku, korzystnie wpływają na komplikacje, jak epididymitis, prostatitis, arthritis, adnexitis, i skracające znacznie czas leczenia, stanowi niewątpliwie wybitny postęp. Można spodziewać się, że badania pójdą dalej, i uda się wyeliminować zupełnie leczenie miejscowe, co z punktu widzenia socjalnego byłoby ideałem ze względu na koszty zakładowego leczenia cięższych przypadków. Z drugiej strony użycie tych środków przez niepowołane osoby, może dać szerokie pole do rozmaitych nadużyć, np. u prostytutek zażycie przed kontrolnym badaniem może znacznie utrudnić lub nawet uniemożliwić znalezienie gonokoków, zagrażając stworzeniem stałego źródła infekcji. Stosowanie przez laików, znachorów, felczerów, bez kontroli lekar-

*) W pewnej liczbie przypadków użyte zostały zbliżone do Ulironu związki pokrewne diseptal B i C. Ze względu jednak na podobne wyniki osobno nie będą ich wymieniał.

skiej i prowokacji stwarza niebezpieczeństwo pozornego wyleczenia. Szybkie zniknięcie ostrych objawów, przy stosowaniu od początku choroby, może dać powód do lekkomyślnego niestosowania się chorych do zaleceń i zaniedbania dalszego leczenia. Początkowe próby i obserwacje powinny się ograniczyć tylko do zakładów zamkniętych. Za przedwczesny uważać należy zbyt ni entuzjazm. Zaczynają się już nawet ukazywać publikacje, które donoszą o całkowitych lub też w wysokim procencie występujących niepowodzeniach. Dietel podaje, że przy wyłącznym stosowaniu Uli-ronu u 39 kobiet znalazł do 19 dni u 38 gonokoki, a u 10 mężczyzn wystąpiło 9 nawrotów.

Schmidt tylko w pojedynczych przypadkach osiągnął wyniki za pomocą Uli-ronu bez leczenia miejscowego.

Zagadnienie więc chemoterapii rzeżączki nie jest

jeszcze wyjaśnione i wymaga dalszych badań i obserwacji.

PIŚMIENNICTWO.

1. Soc. de Biologie C. R. 23 nov. 1935 p. 756.
2. Buttle, Gray i Stephenson, — The Lancet, 6 Juin 1936.
3. Proom, — The Lancet, 2 January 1937.
4. Dees and Colston, — Journal of Amer. Med. Assoc. Nr 22, 1937.
- 5., 6., 7., 8., 15., 16., — „Bulletin de Dermat. et Syphil. Nov., 1937. Auteurs: Durel, Jausion, Boyer, Nitti et Tréfouel, Palazzoli i Bovet, Milian, Levaditi, Girard et Vaisman.
9. Domagk, — Klin. Woch. Nr 41, 1937.
10. Grütz, — Mün. Med. Woch. Nr 31, 1937.
11. Felke, — Deutsche Med. Woch. Nr 37. — 1937 i Münch. Med. Woch. str. 1867, r. 1937.
12. Fischer, — Fortschr. d. Therapie, str. 553, r. 1937.
13. Scherber, — Wien. Med. Woch. Nr 49—51, 1937.
14. Schubert, — Dermat. Woch. Nr 49, 1937.
17. Dietel, — Deutsche Med. Woch. Nr 51, 1937.
18. Schmidt, — Dermat. Woch. Nr 51, r. 1937.

O c e n y k s i ę ż e k.

W. SZENAJCH. Szpital im. Karola i Marii dla Dzieci. Drugie dziesięciolecie (1924—1934). Wydawnictwo Wydziału Szpitalnictwa Zarządu Miejskiego w m. st. Warszawie.

Przed 10 laty ogłosił Prof. Szenajch, Dyrektor Szpitala im. Karola i Marii, monografię, obejmującą pierwsze dziesięciolecie działalności wspomnianej instytucji; w pracy tej omówiono dokładnie budowę, urządzenie szpitala i organizację życia szpitalnego. Obecna monografia obejmuje działalność szpitala w drugim dziesięcioleciu. W części pierwszej swojej książki autor podaje ważniejsze zmiany, jakie zaszły w życiu Szpitala w latach 1924—1934, oraz ilustruje na tablicach działalność szpitala w tych latach; w części drugiej — porusza zagadnienia z dziedziny szpitalnictwa dziecięcego. Spośród zmian najważniejszych wymienimy niektóre: utworzenie w r. 1929 stałego oddziału niemowlęcego, wydzielenie niemowląt w oddziale chirurgicznym do oddzielnych celek, podniesienie opieki pielęgniarskiej (zastrudnianie pielęgniarek dyplomowanych, opieka zdrowotna nad nimi), urządzenie placu gier ruchowych dla dzieci, zainstalowanie nowego aparatu Roentgenowskiego i lamp kwarcowych. W sprawozdaniu z działalności Szpitala podkreśla autor, że wybitnie wzrosła ogólna liczba przyjęć: od 13.542 w pierwszym dziesięcioleciu do 20.781 dzieci w drugim dziesięcioleciu; przy tym stwierdzono, jak zaznacza autor, „wybitne odmłodzenie ludności szpitalnej”: dzieci do lat 7 stanowiły 70%, a dzieci ponad lat 7 — 30% wszystkich dzieci. Wzrost liczby przyjęć w drugim dziesięcioleciu (o 50%) pozostaje w związku z krótszym przeciętnym pobytem dzieci w szpitalu — zmniejszył się on z 21,6 dni do 15,5 dnia. W związku z działalnością naukową Szpitala należy zaznaczyć, że jego pracownicy ogłosili 235 prac (w tym prace kliniczne, wykłady kliniczne, monografie, opisy przypadków i artykuły popularne) i przedstawili lub omówili w towarzystwach lekarskich około 210 przypadków. W zakresie gospodarki finansowej Szpitala interesujący jest fakt, że koszt jednego dnia szpitalnego zmniejszył się o $\frac{1}{3}$, spadł z 15 zł. 63 gr. w r. 1930 do 10 zł. 70 gr. w r. 1934, co „osiągnięto przez zachowanie czujnej ostrożności i oszczędności w wydatkach rzeczowych i przez zmniejszenie pensji personelowi”. Przechodzimy do omówienia części drugiej „Monografii”, dotyczącej szeregu zagadnień z dziedziny szpitalnictwa dziecięcego, stanowiących treść kilkunastu artykułów, napisanych z gorącym umiłowaniem i wielką znajomością przedmiotu. Spróbujemy na podstawie tego materiału uświadomić sobie, c z y m m a b y ć w s p ó ł c z e s n y s z p i t a l d z i e c i ę c y. Przede wszystkim autor wysuwa postulat „Ideologii szpitala”, t. j. jego u d u c h o w i e n i a, co powstanie wtedy, kiedy chory dla pielęgniarek i lekarzy stanie się nie przypadkiem tylko i materiałem

naukowym, ale również gościem (jak sama nazwa — *hospitium* — wskazuje), gościem, który powinien być otoczony całkowitą opieką, opartą na wyczuciu jego potrzeb, zarówno cielesnych, jak i psychicznych i społecznych. Drugim postulatem powinna być racjonalna budowa i urządzenie szpitala dziecięcego, co pozostaje w ścisłym związku z wpływem chorób zakaźnych. Oddzielenie chorych zakaźnych od niezakaźnych, odosobnienie chorych na poszczególnych pawilonach i salach, umieszczanie niektórych chorych w celkach otwartych, półotwartych i zamkniętych — oto warunki konieczne do zwalczania tego, co jest najgorszym utrapieniem szpitala dziecięcego: wewnątrzszpitalnego zakażenia. Wprowadzenie zaś pawilonu obserwacyjnego z celkami całkowicie oszklonymi i zamkniętymi i z oddzielnymi przedścionkami, prowadzącymi wprost z tarasu do celek (jak to ma miejsce w Szpitalu im. Karola i Marii) powinno niemal całkowicie przeciwdziałać infekcji wewnątrzszpitalnej. Przy tym systemie izolacji celek zamkniętych, stosowanym w ciągu lat 20, Prof. Szenajch otrzymał wprost znakomite wyniki: liczba przypadków zakażeń wewnątrzszpitalnych w pawilonie celkowym wyniosła 0,74%. Z tego bynajmniej nie wynika, że na przyszłość należy budować szpitale dziecięce systemem celkowo-pokoikowym, temu bowiem sprzeciwiają się względy gospodarcze i względy wychowawcze. Toteż należy wybrać drogę pośrednią i budować, zdaniem autora, szpitale w ten sposób, ażeby w każdym szpitalu dla dzieci była utworzona stacja obserwacyjno-izolacyjna, wybudowana systemem celkowo-pokoikowym, i ażeby wszystkie inne oddziały (wewnętrzne, zakaźne, chirurgiczne) były urządzone w kilku pawilonach, podzielonych oszklonymi ścianami na liczne małe pomieszczenia (wielkie sale szpitalne powinny być zupełnie usunięte). Oddziały niemowlęce powinny być urządzone systemem, najbardziej zbliżonym do systemu celkowo-pokoikowego. W ten sposób urządzony szpital dziecięcy ułatwia walkę z zakażeniami wewnątrzszpitalnymi, lecz „aby ta walka” — pisze autor — „była skuteczna, potrzebne są inne jeszcze t a k t y c z n e środki zapobiegawcze, którymi powinni umieć posługiwać się zarówno lekarze, jak i pielęgniarki”. Już samo przyjęcie dziecka do szpitala musi być dobrze obmyślane: zgłaszające się dziecko powinno być umieszczone w poczekalni, urządzonej systemem celkowym i powinno jak najkrócej czekać na lekarza dyżurnego, który zbiera dokładnie wywiady i bada w kierunku chorób zakaźnych. Osoby odwiedzające mogą również zawlec infekcję do szpitala, toteż sprawa odwiedzania chorych przez rodziców musi być w szpitalu ściśle uregulowana. Musi też być podjęta kontrola t. zw. nosicieli chorób zakaźnych, zwłaszcza wśród personelu szpitalnego (lekarze, pielęgniarki). Oprócz ochrony przed z a w l e c z e n i e m, powinna być wy-

Streszczenia pojedyncze.

Nowotwory.

V. SUNTZEFF, E. L. BURNS, Marian MOSKOP i Leo LOEB. Wpływ wstrzykiwań estryny na częstość występowania raka sutka u różnych szczepów mysich. (Amer. Journ. Cancer, 1936, t. 27, z. 2).

Wpływ hormonów można studiować albo za pomocą zmniejszania, albo też za pomocą zwiększania ilości czynnych hormonów poniżej lub powyżej ich poziomu normalnego. Loeb i jego współpracownicy wykazali za pomocą pierwszej z tych metod (wycięcie jajników), że częstość raka i wiek występowania zależne są od ilości hormonów, które miały okazję zadziałać na gruczoł mleczny. Ażeby wywołać raka musi ten czynnik hormonalny współdziałać z obecną u danych osobników tendencją dziedziczną. Jeżeli dostatecznie duża ilość hormonu zadziałała na gruczoł mleczny, to rak może wystąpić nawet wtedy, gdy w następstwie jajniki zostały nawet zupełnie wycięte. Zapewne więc jeszcze przed wystąpieniem raka powstają zmiany, które niezależnie od dalszego drażnienia hormonalnego prowadzą do jego powstania. Te myszki, które rodziły, wykazują większą częstość raka, niż te, które nie rodziły; jednakże rodzenie ma mniejszy wpływ, niż posiadanie lub nieobecność jajników. U nierodzących i u kastrowanych myszek guzy zjawiały się również w późniejszych okresach życia, niż u rodzących i posiadających normalne jajniki. Ta strona kwestii ma znaczenie w związku z zagadnieniem, jakie hormony czy jaki hormon są właściwie odpowiedzialne za powstanie raka. Zapewne rolę najważniejszą odgrywa tu hormon follikularny, mniejszą — luteinowy, trzeba również wziąć pod uwagę hormony przysadkowe. Po pierwszych nieudanych próbach z powodu zbyt małych dawek udało się Lacassagne'owi wywołać raki sutka u samców myszek pod wpływem wstrzykiwania estryny (100 jednostek szczurzych tygodniowo). Autorzy przeprowadzili badania w tym kierunku na dużą skalę. Użyto 6 szczepów, wśród których u 3 często występowały samoistne guzy sutka u samiczek. Dawki estryny były w tych doświadczeniach różne: od części jednostki szczurzej do 20 jednostek — codziennie wzgl. 50—100 jedn. raz w tygodniu. U myszy kontrolnych występowała bardzo wyraźna różnica w częstości raka między samiczkami, które rodziły, a samiczkami bezpłodnymi, tak np. w pierwszej grupie 60,8, w drugiej — 2,5; na ogół w tej ostatniej grupie guzy powstawały również w późniejszym wieku. Bardzo prawdopodobne, że wstrzykiwanie 1 raz tygodniowo 100 jednostek estryny w oliwie jest skuteczniejsze, niż codzienne wstrzykiwanie 20 jedn., zawieszonych w wodzie. Pod wpływem estryny uzyskano zwiększenie częstotliwości guzów u samiczek z dziedziczną skłonnością do ich występowania. Również i u samców udało się wywołać powstawanie raków pod wpływem estryny, w jednym ze szczepów — w dużym odsetku przypadków i w wieku stosunkowo młodym. Podwiązanie przewodów mlecznych nie miało wyraźnego wpływu na powstawanie guzów. Samcy są w tym samym stopniu skłonni do wytwarzania guzów pod wpływem dużych dawek estryny jak samice, które nie rodziły. Dawki poniżej 5 jednostek dziennie zapewne nie mają żadnego wpływu na powstawanie nowotworów. U szczepów z wrodzonym brakiem skłonności do raka stymulacja pod wpływem estryny jest nieznaczna, podczas gdy u tych, które posiadają dużą skłonność dziedziczną, działanie estryny pod względem powiększania częstotliwości guzów oraz wcześniejszego ich występowania jest wybitne. Przez długotrwałe stosowanie estryny można podnieść poziom rakowacenia sutka myszy bezpłodnych do wysokości jego u myszek płodnych. W ten sposób dowiedli autorzy, że obydwie metody poznawania działalności hormonów — za pomocą zmniejszania i za pomocą zwiększania ich poziomu w ustroju — prowadzą do wyników zgodnych oraz że w tkance gruczołu mlecznego u samców znajduje się ta sama

predyspozycja dziedziczna do powstawania raków, co i w tej samej tkance u samiczek. H. Makower (Łódź).

J. FURTH i O. B. FURTH. Choroby nowotworowe wywołane u myszy przez ogólne naświetlanie promieniami Roentgena. I. Częstość i typy nowotworów. (Amer. Journ. Cancer, 1936, t. 28, z. 1).

J. FURTH i J. S. BUTTERWORTH. Choroby nowotworowe występujące u myszy poddanych ogólnemu naświetlaniu przez promienie Roentgena. II. Guzy jajnikowe i związane z nimi uszkodzenia. (Amer. Journ. Cancer, 1936, t. 28, z. 1).

I. Autorzy zbadali na dużym materiale (775 myszy naświetlanych, 1290 kontrolnych) wpływ jednorazowego lub wielokrotnego naświetlania całego ciała promieniami Roentgena. U myszek naświetlanych guzy jajnikowe występowały około 15 razy częściej, niż u kontrolnych, myeloza — około 8 razy, *lymphosarcoma* śródpiersia — około 7 razy częściej. Inne guzy występowały częściej, niż u kontrol, ale w znacznie mniejszym stosunku, niż wymienione poprzednio. Guzy sutka natomiast wykazywały częstość 2 razy mniejszą, niż u kontrol. Tłumaczą to autorzy zahamowaniem działalności wewnątrzwydzielniczej jajników, od której zależy zjawianie się nowotworów sutka, pod wpływem naświetlań. Jednakże jest prawdopodobne, że guzy jajnikowe również wydzielają follikulinę, przez co częstość nowotworów sutka u myszy z guzami jajnikowymi wzrasta. Nowotwory, wywołane pod wpływem naświetlania, nie różnią się od samoistnie powstających, tworzą się jednakże w wieku młodszym. II. Po zmianach wstecznych, wywołanych przez naświetlanie, rozpoczynają się zmiany w kierunku powolnej proliferacji, po 1—2 latach na ich podłożu odbywa się wzrost guzów o charakterze nowotworowym. Gruczolaki kanalikowe, powstające z nabłonka rozrodczego, mają czynność wewnątrzwydzielniczą. Przerastanie komórek nabłonkowych grudkowych i komórek wrzecionowatych międzygrudkowych wywołuje powstanie guzów. U wielu z tych myszy istnieje nadmierna czynność wewnątrzwydzielnicza, widoczna w postaci nadmiernego przerostu gruczołów macicznych, a u niektórych myszy — w postaci przerostu przedniego płata przysadki. Częstość guzów sutka u tych myszy jest większa, niż u nie-naświetlanych samiczek. H. Makower (Łódź).

Gruźlica.

TRIBOULET TOUCHILE. Paradoksalne wahania manometru podczas zakładania odmy sztucznej. (Revue de la Tuberculose. N. 2 r. 1937).

Objaw paradoksalny polega na tym, że podczas zakładania odmy ciśnienie jest wyższe podczas wdechu a niższe podczas wydechu. Zwykle stosunki zachodzą odwrotne. Objaw ten o tyle nie ma wielkiego znaczenia praktycznego, że jego wystąpienie nie wpływa na bieg leczenia odmowego. Autorowie obserwowali 3 tego rodzaju przypadki. Na początku wahanie były normalne, a później w trakcie zakładania stawały się coraz mniejsze i mniejsze, aż wreszcie stawały się paradoksalne. Zwykle ciśnienie wśródopłucnowe w czasie wahań paradoksalnych było nieco wyższe od atmosferycznego. Objaw paradoksalny powstawał zwykle przy dopełnianiu odmy, która pierwotnie była całkowita, a następnie wytwarzał się płyn, po którego wessaniu pozostawały zrosty. Zrosty te tworzyły rozmaite zachyłki i kieszenie. Tego rodzaju stan płuc obserwowali nie tylko autorzy, ale i zwraca na niego uwagę szereg innych obserwatorów. Zakładanie odmy i obserwowanie objawu paradoksalnego pod kontrolą promieni Roentgena wykazało w dwóch przypadkach prawidłowe ruchy przepony i śródpiersia, a tylko w jednym wahanie się śródpiersia oraz powolne obniżanie się jednej połowy przepony przy równoczesnym szybkim podnoszeniu się drugiej. Dostatecznego wytłumaczenia wszystkich tych zjawisk nie ma. M. Szejnman.

P. AMENILLE et R. DUPERRAT. Przedziurawienia wrzodzącego zapalenia jelit gruźliczego pochodzenia. (Revue de la Tuberculose N. 4 r. 1937).

Na wstępie autorzy podkreślają, że wrzodzące zapalenie jelit u gruźlików występuje często, bo w 75%; daje natomiast o sobie znać zaledwie w 2,5% co stanowi 3,7% wszystkich przypadków. Na podstawie danych z literatury % waha się (w zależności od autora) w granicach od 0,6 do 7%. Cierpienie to występuje przeważnie u mężczyzn; wiek nie odgrywa roli. Najbardziej może charakterystyczną cechą jest brak zmian w otrzewnej mimo bardzo poważnych i długotrwałych zmian jelita. W jamie otrzewnej stwierdza się obecność niewielkiej ilości płynu surowiczego lub surowiczo-ropnego czasem o woni kałowej. Płyn ten rozlewa się swobodnie po jamie otrzewnej, gdzie nigdzie tylko można stwierdzić delikatne, niemal pajęczynowate zrosty. Stwierdzenie dużych zmian otrzewnej pozwala wnioskować, że w niej toczył się proces pierwotnie — a na jelito przeszedł dopiero wtórnie. Na jelicie można stwierdzić czasem i do 40 owrzodzeń, rozmieszczonych przeważnie wzdłuż wolnego brzegu, a skupionych głównie w okolicy jelita ślepego. Owrzodzenia, dochodzące czasem do 5 cm, drążą przez wszystkie warstwy aż do surowicówki, która jedynie odgranicza od wolnej jamy otrzewnej. Brzegi owrzodzenia są podminowane, dno nierówne usiane gruzelkami. Poszukiwania miejsca przedziurawienia, na ogół trudne, wykazały, że może ono być dwóch typów: bądź w okrągłym ognisku nekrotycznym, płaskim w jednym miejscu stwierdza się otvorek nie większy od łebka od szpilki; bądź otwór o wymiarach 3×4 mm o brzegach wyniosłych równych i gładko ścinanych znajduje się w środku skupienia gruzelków. Badanie mikroskopowe owrzodzeń wykazuje martwicę grudek chłonnych, serowacenie, zmiany w naczyniach, całkowite zniszczenie śluzówki. Laseczniki Kocha dostają się prawdopodobnie do jelita przez przewód pokarmowy, przenikają przez śluzówkę, usadowiają się w grudkach chłonnych, powodując ich martwicę i serowacenie. Podśluzówka ginie, a następnie na skutek niedokrwienia i śluzówka. Mięśniówka po pewnym czasie też serowacieje, opiera się jedynie surowicówka. Nie można wykluczyć dostania się laseczników drogą naczyń krwionośnych lub chłonnych. Mechanizm przedziurawienia jest zupełnie niejasny. Ulegają przedziurawieniu owrzodzenia na ogół rzadko, prawdopodobnie pod wpływem zaburzeń w krążeniu. Objawami wrzodzącego zapalenia jelit są przeważnie biegunki, bóle. Stolce są płynne, cuchnące, niedobarwione lub przebarwione. Analiza nie wykazuje nic charakterystycznego, krwawienia występują rzadko. Pewnym znakiem rozpoznawczym będzie zatrzymywanie się biegunki pod wpływem dożylnego podania soli Ca. Badanie rtg. nie wykazuje żadnych charakterystycznych zmian. Przewidzieć przedziurawienia zagrożającego nie można, może być poprzedzone przez 6 miesięczną biegunkę, a może zjawić się w 2 dni od wystąpienia pierwszych objawów. Przedziurawienia mogą być steniczne i asteniczne. Postacie steniczne charakteryzują się nagłym wystąpieniem bólów z objawami zapalenia otrzewnej, przebiegającym pod postacią przedziurawienia wyrostka robaczkowego lub jakkolwiek inną. Operacja jest niemal z reguły bezskuteczna. Postacie asteniczne rozwijają się stopniowo, objawy brzuszne są dyskretne, jak niewielkie bóle, wzdęcia i t. p., a badanie pośmiertne stwierdza obecność ropnego płynu w jamie brzusznej. Przeważają postacie asteniczne. Rozpoznanie jest b. trudne, rokowanie zupełnie niepewne, leczenia właściwie nie ma.

M. Szejnman.

Choroby płuc.

A. ANDREASSIAN. Postać „niema” zapalenia płuc. (Monde Med. Nr. 907 — 1937).

Autor opisuje dwa przypadki zapalenia płuc u dorosłych, które przebiegały zupełnie bez objawów. Są to postacie „nieme” zapalenia płuc. Pierwszy dotyczy się chorego 44 lat, który do-

stał dreszczów, gorączki 40^o i bólu głowy. Gorączka utrzymuje się stale na poziomie 40^o, żadnych objawów ze strony płuc się nie stwierdza. Chory nie kaszle, nie pluje, nie skarży się na kłucie w boku. Dopiero na VI dzień wystąpił oskrzelowy oddech w prawym płucu. Chory wyzdrowiał. Przypadek drugi dotyczy 58-letniej kobiety, która nagle dostała temperatury 40^o, dreszczów i kłucia pod prawą piersią. Zmian fizykalnych się nie stwierdza. Gorączka utrzymuje się wysoko. Dopiero na V-ty dzień wystąpił suchy kaszel oraz nieliczne trzeszczenia u podstawy prawego płuca, zaś na VI-ty dzień stwierdzono oddech oskrzelowy. Chora wyzdrowiała. Przypadki te zasługują na uwagę ze względu na trwający przez wiele dni brak objawów, jak kaszlu, płwociny, zmian fizykalnych, duszności, któreby umożliwiły wcześniejsze postawienie rozpoznania.

A. Kirszbaur.

J. SAVOYE. Postać bezobjawowa zapalenia płuc u dziecka. (Bull. Soc. Ped. Paris. Nr. 3 — 1937).

Dziecko 4-letnie dostało nagle wysokiej gorączki 40,5^o i bólów w prawym podbrzuszu. Na III-ci dzień, przy całkowitym braku objawów fizykalnych, stwierdzono na prześwietleniu obecność cienia trójkątnego w prawym wierzchołku. Dopiero na VII dzień, gdy gorączka zaczęła opadać, po raz pierwszy stwierdzono w szczycie prawej pachy lekko chuchający oddech. Dziecko wyzdrowiało. „Nieme” postaci zapalenia płuc u dzieci mogą przebiegać bez żadnych objawów przez pierwsze kilka dni, potem objawy zapalne występują. Rzadziej natomiast przebiegają one bez objawów przez cały przebieg choroby. Poziwzględem radiologicznym bezobjawowe, „nieme” zapalenia płuc przejawiają się pod dwiema postaciami: a) centralne, gdy ognisko znajduje się przywnękowo; b) obwodowe, tworzące typowe ognisko trójkątne z podstawą na obwodzie i wierzchołkiem przy wnęcie; nie bacząc na swoje umiejscowienie, mogą one nie dawać zmian fizykalnych. Podobnie zdarzają się ogniska, położone centralnie, które jednak mogą dawać zmiany fizykalne i dadzą się łatwo wykryć. W praktyce, gdy brak objawów fizykalnych, prześwietlenia zaś wykonać nie można, obecność takich objawów jak: gorączka, przyspieszony oddech, zaczerwieniona twarz, kaszel urwany, opryszczka — winny wzbudzić podejrzenie zakażenia pneumokokowego. Według Weilla i Mouriquanda brak objawów w przebiegu zapalenia płuc zależy nie tyle od umiejscowienia ogniska, ile od rodzaju zmian: objawy fizykalne są wywołane przez tkankę płucną, znajdującą się w stanie nawału, natomiast w okresie zwatrobienia płuca żadnych objawów nie daje.

A. Kirszbaur.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

NIKOLAJEW. O wartości hemogramu jako wskaźnika zmian równowagi kwasowo-zasadowej. (Le Sang N. 3, 1937).

Zdaniem H o l f a, kwasicy lub nieznacznemu obniżeniu się Ph towarzyszy pobudzenie układu sympatycznego. We krwi wówczas zjawia się leukocytoza z przesunięciem w lewo. Alkalozie, powodującej odczyn ze strony układu parasympatycznego, odpowiada zmniejszenie się liczby białych ciałek krwi, natomiast powiększenie liczby limfocytów i kwasochłonnych. Zdaniem autora, spostrzeżenia te są zbyt schematyczne i nie zawsze prawdziwe. Dzieli on wszystkie elementy krwi na 3 grupy i 2 podgrupy, z których każda świadczy nie tylko o przesunięciu równowagi kwasowo-zasadowej i odczynu ustroju — ale do pewnego stopnia mówi nawet o charakterze kwasicy. Pierwsza grupa obejmuje niedojrzałe elementy krwi: zaliczone tu są monocyty jako postaci najmniej dojrzałe, histiocyty (według Naegeliiego i Schillinga zaliczone do limfocytów) — komórki o ciemnym zbitym jądrze, otoczonym szeroką, jakby siateczkową plazmą; myeloblasty, myelocyty, komórki obojętnochłonne o jądrze pałeczkowatym. Warunkiem zjawienia się ziarnistości i segmentacji jądra — a więc dojrzenia komórki — jest odczyn lekko alkaliczny. Obecność form młodocianych świadczy, że ten warunek nie istnieje i że w ustroju

panuje ogólna lekka kwasica — skoro objęła wszystkie miejsca tworzenia komórek krwi. Odczyn zapalny, powodujący wzmożoną przemianę materii przynajmniej miejscowo lub niedotlenienie, prowadzące do powstania niedopałków, drażnią komórki białe wielojądrowe, które rozpoczynają intensywną fagocytozę i zwiększa się ich liczba, niejako mobilizują się. Przesunięcie więc wzoru na lewo i zwiększenie liczby leukocytów też świadczy o kwasicy, ale innego charakteru, kwasicy miejscowej, wynikającej z ostrej sprawy zapalnej, która szybko powstała i szybko może zniknąć. Eozynofile, zdaniem autora, powstają przez fagocytowanie przez leukocyty obojętne rozpadłych krwinek czerwonych. Nadwrażliwość lub wrażliwość ustroju wobec jadu czy innego czynnika drażniącego, przebiegająca z odczynem kwaśnym, powoduje wzmożony rozpad erytrocytów, a, co za tym idzie, i powiększenie liczby kwasochłonnych komórek. Po raz trzeci więc otrzymujemy kwasicę, spowodowaną zatruciem lub uczuleniem ustroju. Limfoblasty, normoblasty i komórki T u r c k a świadczą tylko o zaburzeniach jakościowych, a nie o ilościowym przesunięciu Ph. Wreszcie zwiększona liczba limfocytów i czerwonych krwinek świadczy o przesunięciu równowagi kwasowo-zasadowej w kierunku zasadowym.

M. Szejnman.

Artur BERGEL. Skuteczne leczenie przypadku *myelosis funicularis* za pomocą witaminy B₁ (Betabion). (D. med. Woch. Nr 40, 1936).

Autor opisuje przypadek *myelosis funicularis* w związku z niedokrewnością żołądka, w którym po podawaniu czystej, krystalicznej witaminy B₁ w postaci Betabionu uzyskał znaczne polepszenie, przewyższające wszelkie oczekiwania. Zastosowano ogółem 10 wstrzykiwań, podając domięśniowo dziennie 1 ampułkę Betabionu, zawierającą 5 mg witaminy B₁. Istnieje bezsporny związek przyczynowy między stosowaniem witaminy B₁ a wynikiem leczniczym. Prawdopodobnie należy od czasu do czasu ponownie dostarczać choremu potrzebnej mu witaminy. Przypadek ten stanowczo zachęca do kontynuowania powyższego sposobu leczenia, który można już dziś polecać nawet w ciężkich przypadkach *myelosis funicularis*.

Jan Bader.

Choroby narządów trawienia.

K. HOLLOSI. O gruźliczym zapaleniu wyrostka robaczkowego. (Zentralbl. f. Chir., Nr 46, 1937).

Najczęstszymi zarazkami, spotykanymi w wyr. robaczkowym, są ziarenkowce ropotwórcze, najrzadziej spotyka się w nim prątki gruźlicy. Gruźlicze zapalenie wyr. robaczkowego (gr. zap. wyr. rob.) spotyka się w 1,5—3% wszystkich przypadków zap. wyr. rob. w/g Warwicka. Ta gr. postać zap. wyr. rob. może być pierwotna albo wtórna. Pierwotna postać prowadzi często do gruźliczego zapalenia otrzewnej, wtórna przechodzi na wyr. rob. z kątnicy, z narządów płciowych i t. d. jako t. zw. *periapendicitis tbc* albo *serositis tbc proc. vermiformis*. Właściwa postać *appendicitis tbc* występuje anatomicznie w 3 postaciach: prosówkowej, przerostowej i wrzodziejącej. Postać prosówkowa jest częścią uogólnionej sprawy, postać przerostowa często błądzi jest mylnie za włókniaki, twory rakowate i guzy rakowe. Najczęstsza jest postać wrzodziejąca, która towarzyszy gruźlicy jelit. Zarazek gruźlicy, w/g Budaya, jest zwykle typu bydłowego. Prątki te umiejscawiają się w wyrostku dopiero, gdy ten ulegnie zmianom zapalnym przewlekłym albo podostym. Wczesne objawy schorzenia gruźliczego wyr. rob. podobne są do objawów ostrego albo podostrego zap. wyr. rob., najczęściej dotyczą osobników między 20-tym a 30-tym rokiem życia, przeważnie w wywiadzie rodzinnym są schorzenia gruźlicze, skazy wysiękowe (zołży), stany grasiczo-limfatyczne i t. p. W 20—25% gr. zap. wyr. rob. występuje u osobników z zakażeniem gruźliczym płuc. Odróżnienie od zwykłego zap. wyr. rob. jest dość trudne, jak na to wskazują 3 przypadki opisane przez autora. W odróżnieniu od spraw rakowych i zwykłego zap. wyr.

rob. charakterystyczny jest młody wiek, powolny przebieg i chęć przy obecności zmian gruźliczych w innych narządach. Leczeniem przyczynowym jest usunięcie wyrostka, ale nie jest to ogólnie uznane, np. nie robią tego, gdy są zmiany w kątnicy, z obawy powstania przetoki kałowej. Autor podkreśla, że rozpoznanie zwykle jest histologiczne, i dlatego każdy wyrostek usuwany powinien, w/g autora, być drobnowidowo badany.

K. Pollak.

G. KAPITANOFF. W sprawie zaopatrywania kikuta wyrostka robaczkowego po wycięciu wyrostka robaczkowego. (Zentralbl. f. Chir., Nr 38, 1937).

W ostatnich latach częste są doniesienia autorów rosyjskich i amerykańskich o zaopatrywaniu kikuta wyrostkowego przez podwiązanie bez wgłębienia i pokrywania otrzewną. Autor opisuje ten sposób, stosowany w latach 1931—36 w klinice chirurgicznej sofijskiej w przeszło 3.000 przypadków zapalenia ostrego i przewlekłego. W ostatnim czasie nastąpiło zapalenie otrzewnej po spełnieniu podwiązki, i to skłoniło autora do poddania tego sposobu zaopatrywania kikuta wyrostkowego dokładnej rewizji. Opisany przypadek dotyczy dziewczyny 18-letniej, u której na 3-ci dzień po zabiegu rozpoczęło się zapalenie otrzewnej, a ponowny zabieg operacyjny na 10-ty dzień wykazał zapalenie otrzewnej wskutek spełnienia podwiązki z kikuta wyrostkowego. Prócz tego niebezpieczeństwa częste jest przy niepokrywaniu otrzewną kikuta tworzenie się zrostów z przednią ścianą jamy brzusznej, powodujących bóle, a nieraz i niedrożność. Na skutek tych niebezpieczeństw autor powrócił do metody ogólnie przyjętej zakładania szwu kapciuchowego.

K. Pollak.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

GUSIEW. Częstość i przyczyny powstawania rzeżączki odbytnej. (Więstnik wener. i dermat. 2. 1937).

Zajęcie odbytnicy u kobiet, dotkniętych rzeżączką narządów moczopłciowych, zdarza się dość często. Autor stwierdził rzeżączkę odbytnicy u 52 chorych na 151 będących w obserwacji, t. j. w 34,6%. Wykrycie gonokoków jest dość trudne, toteż muszą być przeprowadzone kilkakrotne badania. Najlepszy jest sposób Glingera: przepłukanie odbytnicy 50—100 cm³ ciepłej wody i poszukiwanie gonokoków w osadzie. Uprzednio na 3—5 godzin należy zarządzić ławatywę przeczyszczającą. Rzeżączka odbytnicy u kobiet przebiega najczęściej bezobjawowo i łatwo poddaje się leczeniu (ławatywy z KMnO₄, które chora robi sama w domu oraz wprowadzenie do odbytnicy 20—30 cm³ 5—10% protargolu podczas wizyty). Na przedostawanie się gonokoków do odbytnicy wpływa szereg czynników, głównym źródłem jest rzeżączka narządów moczopłciowych. Przeniesieniu zarazków sprzyja brak higieny oraz noszenie zbyt wąskich reform.

Wajsborg.

FESSLER. Wpływ kryzysu gospodarczego na częstość zachorowań wenerycznych. (Wien. med. Woch. 1937. N. 4).

Liczne obserwacje wykazały, że z chwilą pogorszenia się koniunktury gospodarczej zmniejsza się liczba zachorowań wenerycznych. W okresie zaś „prosperity“ liczba chorób wenerycznych zwiększa się. Pierwszą epidemię luetyczną zaobserwowano pod koniec XIX stulecia, gdy stan materialny Europy był pomyślny. Druga epidemia — podczas wojny światowej. Wówczas stwierdzono wzrost chorób wenerycznych w krajach neutralnych, gdzie położenie gospodarcze było dobre (Norwegia, Szwecja, Dania). W środku zeszłego dziesięciolecia (czas kryzysu w Europie) kiła przez pewnych optymistów została uważana prawie jako choroba wygasła. W końcu zaś tego dziesięciolecia stwierdzono niezwykły wzrost chorób wenerycznych. (Dania (Kissmeyer), Niemcy (Faulhaber), Francja (Gougerot), Austria (Oppenheim), Szwajcaria (Hauswirth)). Przyczyny wzrostu liczby przypadków kiły inni autorzy widzą w czynnikach epidemiologicznych, które wówczas

panują w Europie (ten pogląd podziela Duhring). Klinika zaś wiedeńska skłania się do t. zw. teorii Haussteina (uzależnienie chorób wenerycznych od koniunktury gospodarczej). Rzeżączka nie podlegała podobnym wahaniom, bo nigdy nie zmniejszała się. W latach 1926—1928 panował w Europie okres prosperity, poza tym nastąpił szereg lat kryzysowych 1928—1933, rok 1933 — lekkiej poprawy. Otóż statystyka klinik wiedeńskich wykazuje, że w roku 1926 (okres prosperity) 10,6% wszystkich pacjentek jest chorych wenerycznie. W roku 1932 (rok kryzysowy) % spada do 7,7%, w roku 1936 — 4,4%. Liczby te stosują się do kiły i rzeżączki. Zestawienie światowe wykazuje, że z początkiem kryzysu liczba przypadków chorób wenerycznych stopniowo spada. Stwierdzone to zostało we Francji (Gougerot) i we Włoszech (Tomerry), w Danii (Kissmeyer), 1935 rok (Lomholt) kiła prawie zupełnie znikła. W Szwecji i Polsce w 1934 r. kiła stopniowo zmniejsza się, w Ameryce (Clarc) w 1932 r. kiła utrzymuje się na wysokich cyfrach tylko pośród Murzynów. W klinice wiedeńskiej (Finger-Kerl) w roku 1933 (kryzys) statystyka wykazała znaczne zmniejszenie się kiły w stosunku do lat 1919 i 1923. W szpitalu Rudolfa — (Schreiber) w czasie kryzysu — rzeżączka i kiła I i II zmniejszyły się w znacznym stopniu. Natomiast w roku 1933 (polepszenie koniunktury) świeża kiła znów się zjawia. Statystyka ta dotyczy głównie ludności robotniczej. Stosunkowo większy spadek zachorowań w okresie kryzysu stwierdza się w warstwach zamożnych. Badanie nad frekwencją w gabinetach prywatnych i w przychodniach dla urzędników wykazało to dobitnie. Indenbaum.

BENIAMOWICZ, PASZKOW i ROBUSTOW. Swoiste porażenie układu nerwowego w kile wrodzonej. (Wiernik wener. i dermat. 2, 1937).

Obserwacje dotyczą 80 chorych z kiłą wrodzoną. W większości przypadków rodzice tych dzieci wcale się nie leczyli. Nawet matki leczone pobierały kurację niedokładną i niedostateczną. Chorzy z czynną kiłą układu nerwowego w połowie przypadków mieli też czynne zmiany kiłowe w innych narządach, n. prz. w skórze. Połączenie to więc nie stanowi w kile wrodzonej takiej rzadkości, jak w nabytej. Leczenie dzieci z kiłą wrodzoną powinno się rozpocząć jak najwcześniej i jak najenergiczniej być prowadzone celem zapobiegnięcia nieodwracalnym porażeniom układu nerwowego. Obserwacje autorów wykazały, że poprawa ze strony układu nerwowego następowała w przypadkach dość wczesnych porażen dopiero po 2—3 kuracjach. Leczenie kobiet kiłowych podczas ciąży winno być b. energiczne, aby zapobiec ewentualnym porażeniom układu nerwowego u dzieci. Wajsborg.

Choroby kości i stawów.

J. BAUER i A. JUNG. Zwyródnienie kości włókniasto-torbielkowe spowodowane przytarczyczkami. (Revue de Chirurgie 1937 N. 4).

Autorzy przedstawiają typowy przypadek choroby *Recklinghausen* z licznymi złamaniami samoistnymi, ze znacznym odwapnieniem kości, z żywą bolesnością zarówno samoistną jak i uciskową. Laboratoryjnie stwierdzono podniesienie poziomu wapnia we krwi i obniżenie ilości fosforu. Usunięto przytarczyczki, w których badanie histopatologiczne potwierdziło istnienie rozpoznanego klinicznie gruczolaka. Natychmiast po operacji ustąpiły wszystkie bóle, a już nazajutrz wystąpiły objawy wzmożonej pobudliwości nerwowej (objaw *Chwostka*) i drgania poszczególnych włókien mięśniowych. Sztywność wciąż narastała i mimo podawania Ca wybuchła typowa tężyczka. Badanie krwi wykazało nieznaczne obniżenie poziomu Ca. Zniknięcie bólów tłumaczą autorzy jako skutek zmiany kierunku prądu Ca. Nie stopień uwapnienia kości, ale stale postępujące odwapnienie jest powodem bólów. Powodem tężyczki jest nie poziom Ca krwi, bo ten, jak widzimy, nie-

znacznie tylko odbiegał od normy, ale prawdopodobnie obniżenie ilości soli wapnia w centralnym układzie nerwowym.

M. Szejmnan.

J. BAUER i A. SCHUR. Zapalenie kości włókniasto-torbielkowe, spowodowane nadczynnością tarczycy. (Revue de Chirurgie N. 4 r. 1937).

Autorzy i w tej pracy przedstawiają przypadek choroby *Recklinghausen*, ale o mniejszym natężeniu. Ilość Ca jest we krwi wzmożona; ilość P nie jest obniżona. Obok tych objawów istnieją i objawy wzmożenia czynności tarczycy. Operacyjnie usunięto część tarczycy wraz z przytarczyczkami. Badania histologiczne nie wykazały żadnych zmian w tych ostatnich. Po zabiegu wystąpiła powolna poprawa, także po roku dopiero znikły objawy subiektywne i obiektywne. Zdaniem autorów, odwapnienia kości, złamania patologiczne, bóle samoistne i t. d. spowodowane są w tym przypadku nadczynnością tarczycy, a nie przytarczyczek. Momentami różnicowymi są: nasilenie objawów, zawsze większe przy nadczynności przytarczyczek, objawy hiperfunkcji tarczycy, wreszcie zachowanie P we krwi, którego ilość i poziom nie obniża się, o ile przytarczyczki pracują normalnie. Po zabiegu operacyjnym usunięcia przytarczyczek mamy od razu gwałtowne odwrócenie bilansu Ca z następstwami w postaci tężyczki i zniknięcia bólów; usunięcie tarczycy wręcz przeciwnie nieznacznie wpływa na bilans Ca, który pozostaje ujemny jeszcze przez dłuższy czas. M. Szejmnan.

Choroby nerwowe i psychiczne.

LHERMITTE, DOUSSINET i de AJURIAGUERRA. Postać korsakowska nowotworów komory III. (Revue Neurologique N. 5. T. 68. 1937 r.).

Zagadnienie objawów psychicznych, związanych z okolicą komory III, wysuwa się obecnie na czoło badań neurologicznych. Weisenburg, Claude i Lhermitte byli pierwsi, którzy podkreślili zaburzenia duchowe (dezorientację, splątanie i omamy czuciowe), występujące w przebiegu nowotworów śródmózgowia. W niniejszej pracy przytaczają jeszcze jeden dowód słuszności tej tezy. 57-letnia kobieta zaczęła nagle zdradzać zaburzenia pamięci i senność. Już po miesiącu stan jej wymagał zamknięcia w zakładzie dla psychicznie chorych. Tu całymi dniami pogrążona była we śnie, nocami zaś bywała podniecona. Psychikę chorej cechowała amnezja, dezorientacja i konfabulacja; z objawów cielesnych uwidoczniły się tylko zaburzenia ze strony kończyn dolnych: chód często spastyczny ze wzmożeniem odruchów kolanowych oraz z objawem *Babinskigo*. Na dnie oczu — słaby stopień zastoinowy. Chora zmarła już po 2 miesiącach. Na sekcji znaleziono nowotwór podstawy mózgu, drążący do komory III-ej. N. Z. Z.

Choroby oczu.

G. BRAUN. Strabismus convergens concomittans. („L. R.“ 1937/10).

Kiedy dziecko zaczyna zezować, fiksuje ono obrazy tylko jednym okiem, stopniowo wyłączając udział drugiego w widzeniu, co uniemożliwia zajmowanie się wieloma zawodami, w których widzenie stereoskopowe jest konieczne. Uszkodzenie oka zdrowego oznacza przemijającą lub trwałą ślepotę. Obawa tego następstwa jest nieraz źródłem ciężkiej neurozy. Toteż leczenie powinno polegać na długotrwałym ćwiczeniu oka upośledzonego przez zakrycie zdrowego gaza, umocowaną okrągłym kawałkiem płótna za pomocą mastisolu (unikać leukoplastu!). Kurację należy rozpocząć w 4—5 roku życia; poprawa, osiągnięta we wcześniejszym wieku, zbyt szybko się cofa w wieku późniejszym — dobry skutek trudniej osiągnąć, i kuracja przeszkadza w nauce. Po wyrównaniu obu oczu należy zdjąć opaskę; co 1—2 miesiące przeprowadzać kontrolę i ewentualnie powtarzać kurację, która wymaga już teraz krótszego czasu.

E. Epštejn (per Esperanto).

bitnie rozwinięta ochrona przed szerzeniem się zakażeń szpitalnych. I tu ważnym warunkiem jest jak najwcześniejsze stwierdzenie zakażenia i natychmiastowe odosobnienie chorego, do czego niezbędna jest odpowiednia liczba dobrze wyszkolonych lekarzy i pielęgniarek. Przy każdym szpitalu, stojącym na współczesnym poziomie wiedzy pediatrycznej, powinno istnieć ambulatorium, o ile będzie ono wzorowo urządzone, a więc będzie miało następujące cechy: 1) istnienie sortowni chorych, w której odbywa się różniczkowanie dzieci na chorych zakaźnych i niezakaźnych; 2) podział pomieszczeń ambulatoryjnych na część zakaźną i niezakaźną; 3) udogodnienie krążeń chorych, aby chory po wejściu do ambulatorium nigdy nie cofał się, lecz stale szedł naprzód aż do wyjścia. (Z tego też punktu widzenia — oświadcza autor — lekarze-pediatrzy, zatrudnieni w ubezpieczalniach, słusznie wystąpili przed kilku laty przeciwko zniesieniu dobrych ambulatoriów, gdyż przyjmowanie większej liczby chorych dzieci w prywatnych mieszkaniach lekarzy naraża pacjentów na niebezpieczeństwo zakażenia się). Żeby szpital dziecięcy mógł dobrze spełniać swoje zadanie, to poza racjonalną budową i jego urządzeniem konieczne jest odpowiednie kwalifikowanie materiału klinicznego; jeszcze do dnia dzisiejszego stale wzrasta liczba chorych dzieci, dostarczanych do szpitali w stanie beznadziejnym; od rozwoju Kas Chorych i prawdziwego wejścia w życie ustawy o opiece społecznej zale-

żeć będzie — pisze autor — umieszczanie dzieci w najwcześniejszym okresie choroby, wymagającej leczenia szpitalnego. W końcu należy podnieść jeszcze jeden niezmiernie ważny czynnik dobrego funkcjonowania szpitala dziecięcego — wysoki poziom opieki pielęgniarskiej, od czego zależą w znacznej mierze wyniki leczenia chorych. Tylko taki personel pielęgniarski, który wykaże duże uspołecznienie, wysoki poziom etyczny i fachowe przygotowanie, może spełnić swoje zadanie; rozumie się, że i liczba pielęgniarek nie może być zbyt mała, zwłaszcza w szpitalu dziecięcym, ideałem byłoby, ażeby np. w oddziałach niemowlęcych liczba sił pielęgniarskich, zatrudnionych w ciągu doby, wynosiła połowę liczby dzieci.

Przeczytaliśmy w zarysie najważniejsze zagadnienia, które porusza „Monografia”. Jest ich znacznie więcej, a pracownicy szpitalni powinni całą pracę przeczytać od A do Z. Na ogół niech nam wolno będzie stwierdzić obiektywnie: obecna Monografia Prof. S z e n a j c h a wraz z poprzednią Monografią stanowią bogatą skarbnicę wiedzy, bez której nie będą mogli obejść się ci, którzy interesują się sprawami szpitalnictwa w ogóle, a szpitalnictwa dziecięcego w szczególności. Wartość tych „Monografii” podnosi fakt, że poglądy, w nich zawarte, są poparte w ł a s n y m d o s w i a d c z e n i e m a u t o r a, bądź też są wynikiem tego, co autor osobiście przeżył w ciągu długoletniego prowadzenia Szpitala. A. F e s t e n s z t a t.

Wskazówki praktyczne.

Liberson chwali działanie *promieni Roentgena* w sprawach zapalnych skóry, szczególnie w leczeniu czyraków, w których osiągać się daje wchłonięcie już po jednorazowym wczesnym naświetleniu umiarkowaną dawką. (Presse med. 1937 N. 18).

—o—

G. Mahn z powodzeniem leczył oparzenia rentgenowskie przy pomocy *krótkich fal*. Jeżeli jednak oparzenia doprowadzały już do martwicy, to działania leczniczego już nie osiągnano (Derm. Wschr. 1937 N. 6).

—o—

W rozpoznaniu różniczkowym pomiędzy zapaleniem oskrzeli spastycznym, kaszlem z powodu gruźlicy gruczołów okołoskrzelowych i krztuścem przytacza Opitz następujące cechy: W dychawicy oskrzelowej kaszel jest głośny i szczekający, w gruźlicy gruczołów wnękowych bardziej z przódźwiękiem metalicznym. W dychawicy oskrzelowej wdech jest

prawidłowy, wydech wydłużony, w gruźlicy gruczołów wnękowych obie fazy są utrudnione. W rozpoznaniu różniczkowym krztuśca dużą wartość posiada wysoka leukocytoza z dużym odsetkiem limfocytów do 70—90%, u dzieci poniżej pół roku odczyn wiązania dopełniacza. (Kinderärztl. Praxis 1937 N. 4).

—o—

Ehlert zwraca uwagę na konieczność ustalenia etiologii zapalenia pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych. Jeżeli w grę wchodzi zakażenie gronkowcowe, to już po jednym wstrzyknięciu dożylnym 0,15 Neosalvarsanu można spodziewać się wyleczenia. (M. m. W. 1937 N. 28).

—o—

Euphyllinę w urologii poleca Gagstatter w przypadkach wysokiej koncentracji, skąpego moczu, zatrzymania tegoż i złożach moczowych. W leczeniu grożącego bezmoczem oduruchowego euphyllina jest lekiem niezbędnym. (Ther. Gegenw. 1937 Z. 8).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

Posiedzenie z dnia 26.I.1937 r.

J. Fryszman. Usunięcie ciała obcego z pęcherza moczowego. (Streszczenia nie nadesłano).

E. Luxenburg. Przypadek złamania żuchwy. (Streszczenia nie nadesłano).

J. Grynbaum. Czyrak mnogi, leczony krótkimi falami u osoby z cukrzycą. (Streszczenia nie nadesłano).

D. Kohan. Cztery przypadki wrzodu dwunastnicy, leżone operacyjnie. (Streszczenia nie nadesłano).

A. Galewski. Dieta ketorodna, jej znaczenie teoretyczne i praktyczne. (Drukowane w Warsz. Czas. Lek.).

W dyskusji Fryszman stwierdza, że otrzymywał przy pomocy diety ketorodnej dobre wyniki w przebiegu uporczywego ropienia dróg moczowych. Mackiewicz zwraca uwagę na rolę diety ketorodnej w leczeniu padaczki; na ogół wyniki nie są tak dobre, jak to podawano w piśmiennictwie na początku stosowania tej metody. Fejgin sądzi, że lecznicze działanie tej diety nie jest pewne; są ustroje, które w ogóle jest b. trudno zakwasić. Mechanizm działania diety ketorodnej jest nieznany.

E. Lubelczyk. Przypadek choroby Junglinga. (Streszczenia nie nadesłano).

Posiedzenie z dnia 9.II.1937 r.

W. Róbin, M. Fejgin, M. Płoński. Przypadek ostrego zaniku wątroby o niezwykłym przebiegu. (Streszczenia nie nadesłano).

D. Kohan. a) Guz esicy usunięty drogą krzyżową z zachowaniem zwieraczy. b) Torbiel moczownika. (Streszczenia nie nadesłano).

M. Fejgin, Grynštajn. Na marginesie przypadku zawału serca. (Streszczenia nie nadesłano).

Posiedzenie z dnia 16.II.1937 r.

J. Ratner, M. Szmuszkowicz, M. Płoński. Przypadek anemii tuberkulotoksycznej. (Streszczenie własne).

Chora lat 24, przybyła do oddziału z objawami ogólnego osłabienia, nudności, wymiotów, ciepłoty do 39°C, palenia języka, bólów głowy oraz kaszlu. Chora blada, obfita podciółką tłuszczową, język nieco wygładzony, mostek tkliwy na ucisk. Serce — bez zmian. Płuca — po stronie pr. od tyłu przytłumienie od 9-go zebra w dół, oddech osłabiony, nieliczne rżenia drobnobankowe. Wątroba i śledziona niemacalne. Odruchy — norma. Odczyn Wassermann'a we krwi ujemny. Mocz — ślad białka. Urb. i Urgen — ujemne; w osadzie pojedyncze świeże krwinki. Ciśnienie krwi—105/55. Płwocina — Koch (—) Krew: ciałek czerwonych 1.800.000, białych — 6.400, Hb. 35%.

legent objął leczenie chorego istniały z obu stron szyi potężne pakiety gruczołów z przetokami po nacięciach. Zginacze głowy były napięte jak deska, cała głowa wydawała się ujętą w kluby. Gruźlica żebra dała przetokę, w płucach istniały resztki przebytej gruźlicy gruczołów oskrzelowych. Po leczeniu wstrzykiwaniami wyciągów z gruczołów chłonnych według prof. T r a n n e r a — co drugi dzień wstrzyknięcie w ramię, zrazu 10 wstrzy-

kiwań słabego, a następnie 10 wstrzykiwań mocnego stężenia — nastąpił szybki rozpad gruczliczej tkanki ziarninowej i zmniejszenie się gruczołów. Fakt ten dowodzi możliwości wybiórczego działania na gruczoły chłonne, gdyż gruźlica przyjąłaby uległa dopiero znacznie później wyleczeniu. Prelegent poleca w podobnych przypadkach próbę leczenia wyciągami z gruczołów chłonnych.

Krytyka lekarska.

Lekarz a rasa i wyznanie.

Do skreślenia poniższych słów kilku pobudzają mnie dwa artykuły z ostatnich tygodni, umieszczone w dwóch poważnych niemieckich pismach lekarskich, artykuły o treści na poły lekarskiej, na poły społecznej. Poruszają one pozornie kwestie zasadniczo ważne prognostyki i patogenetyki lekarskiej, zwłaszcza psychoterapii, tego nader ważnego komponentu lecznictwa ogólnego, lecznictwa w każdej bez wyjątku specjalności.

Jeden artykuł fascynująco brzmi „Psychoterapia a światopogląd lekarza“ M. W. G o e r i n g a w Zentralblatt für Psychotherapie (Tom 9 r. 1937); drugi, mniej krzyżący, „Histeria a odszkodowanie“ lekarzy A. R i e t h a i W. S c h e l l w o r t h a ozdabia Die Aerztliche Sachverständigerzeitung (tom 43 r. 1937).

* * *

Wiemy wszyscy dobrze, jak dalece uczuciem zwycięstwa oszołomieni są ostatnio obywatele Rzeszy, rasistowsko i narodowo-socjalistycznie nastawieni, jakie, według wodza, Adolfa Hitlera (Kulturtag des Reichsparteitages 1936), „idea zasadnicza stawia zadania aryjczykowi i jakie określa tendencje spełnienia zwycięstwa, zarówno w życiu politycznym i gospodarczym, jak kulturalnym i religijnym“.

Co do tendencji religijnych, stanowiących dotąd w większości państw podstawę etyki społecznej, to wystarczy przeczytać choćby jeden numer głośnego organu Deutsche Glaubensbewegung, popieranego gorąco przez rząd Rzeszy i rozchodzącego się w 100 tysiącach egzemplarzy, aby się przekonać, jakie plugawe napaści zamieszcza „Der Durchbruch“ na judaizm i chrześcijaństwo, na Biblię i Ewangelię, „te twory żydowskich rabinów“, z jaką perfidią wśród symbolów rytuału synagogalnego świadomie umieszcza obok rodaków Biblii żydowskiej ostentacyjnie Krzyż kościoła katolickiego; jak z błotem miesza artystyczne motywy Starego i Nowego Testamentu, ozdabiające wszędzie w Europie frontony kościołów; jak wykpiwa bluźnierczo i prowokacyjnie ołtarze kościelne, „Żydowskiemu Bogu, Chrystusowi Zbawicielowi“ poświęcone; jak bezczęści Boga Jehowę Biblii i inne podstawy wiary chrześcijańskiej; jak ordynarnie lży czołowego autora katolickiego książki: „O walorach i pięknie Starego Testamentu“; jak wreszcie nie brzydzi się karykaturą *minorum gentium* księdza i pastora, tańczących w takt brudnego, czartem cuchnącego rabina na nutę: bez żydostwa nie ma chrześcijaństwa, wolnomularstwa i komunizmu.

Ze ta „psychoza ultraaryjska“ stanowi metodę, system, światopogląd, wystarczają fakty, że nie tylko zmarły niedawno generalissimus armii, L u d e n d o r f, przedstawiciel militarysty, wyznawca kościoła krwiożerczych bogów starogermańskich Walhalli, ale również żyjący dotąd przedstawiciel Oświaty, minister K e r l l, wypowiadający stale wojnę nieubłaganą „papieżowi, jezuitom, masonom, katolikom, protestantom i... żydom“, publicznie się oświadczyli wyznawcami koncep-

cji „der Glaubensbewegung“, stworzonej dla użytku śmiesznych nowopogan germańskich.

* * *

Oczywista, że nas lekarzy nowa religia nazistowska mało interesuje w tym miejscu, a przytaczam to jeno dla charakterystyki ruchu i dla lepszego zrozumienia genezy niżej omawianych artykułów. Osobiście, nie obserwując ściśle rytuałów żadnego wyznania, tolerancyjnie pozostawiam prawo wiary indywidualnemu sumieniu, a nie zbiorowemu, nawet niechętnie się godząc z mieszaną etykietą Ministerstwa „Wyznań“ i „Oświaty“.

Pozostawiając przeto na uboczu święte ołtarze wyznaniowe, których obrony podjął się ostatnio Watykan w mocnym artykule „Dramat Izraela“, ostro potępiającym „polityczny“ rasizm i „zoologiczny“ antysemityzm, zwracam się w tym miejscu do niepokalanego ołtarza wiedzy ścisłej, nauki czystej w państwie medycyny teoretycznej i praktycznej.

Każdy z nas medyków poza medycyną ojczystą studiuje i zna medycynę najbliższych sąsiadów. Każdy abonował lub abonuje pisma lekarskie Niemiec, z których się uczy, w które święcie wierzy. Natrafiam tu i owdzie — w ostatnich latach coraz częściej — na herezje pochodzenia nazistowskiego, których nie może tolerować — nawet w medycynie — żaden zdrowo myślący lekarz, hołdujący dawno ustalonym w Europie cywilizowanej normom. Wybieram jako paradygmat pierwsze z brzegu dwa wyżej wymienione artykuły.

M. Goering zaczyna swój artykuł treści lekarskiej o psychoterapii i światopoglądzie od zdania, które nasz medyk, zwłaszcza daty wczorajszej, nie bardzo zrozumie: „Totalizm obowiązuje w Niemczech, również obowiązywać musi w medycynie“. „Obywatel t. zw. mocarstw liberalistycznych pracuje zupełnie inaczej od naszego socjalisty narodowego, nie spodziewam się też, że cudzoziemiec czytelnik mnie zrozumie“. „Nasz kierunek polityczny zaprzęta człowieka całkowicie wraz z jego wiarą i wiedzą, nauką i sztuką“.

Przyznam się, że słuchałem w życiu wielu wykładów w różnych państwach i wielu językach, nie wyłączając wschodnio-europejskich i wielkobrajtyjskich, ale nigdy nie zdarzyło mi się, żeby prelegent mnie uprzedzał, że go zrozumieć tylko wtedy, gdy się ustosunkuję do jego poglądów politycznych, gdy mój światopogląd na naukę lub sztukę będzie przeciętny, pospolity, zbiorowy, germański, narodowosocjalistyczny.

Dobrze! — odpowiadam w spokoju ducha! A jeśli jednak kto nie potrafi się przystosować do ogólnej miary łoża Prokrustowego? A jeśli się kto nieumiejętnie zgleichszaltuje choćby ze względów rasowych, narodowościowych, czy wyznaniowych? Co wtedy? pytam jako sumienny czytelnik, czy słuchacz.

Goering junior, mało znany w medycynie, w odróżnieniu od ministra G o e r i n g a, seniora, dobrze znanego w dyplomacji, powołuje się na inne znakomości lekarskie (Kunkel, Gross, Streck, Die-

tril), tyleż głośne w nauce, co on sam, usiłuje na kilku przykładach z psychoterapii obronić swoją z gruntu fałszywą tezę, a mianowicie, że już u samej podstawy współczesnej nauki nazistycznej leży możliwość rozróżniania rasy lekarza w każdej chwili pod względem somatycznym i psychicznym. „W psychoanalizie np. Freuda i w jej skuteczności leczniczej leży nie metoda sama, lecz światopogląd lekarza: pacjenci tak marzą, śnią i kojarzą, jak tego ich lekarz sobie życzy“. Skutki tej terapii są przeto znacznie słabsze, gdy rasy lekarza i pacjenta się różnią. Aryjczyka i chrześcijanina nie potrafi dobrze leczyć semita i odwrotnie żyda nieumiejętnie leczy aryjczyk.

„Nie warto się nad tym zastanawiać, ile w nauce Freuda i Adlera jest żydowskiego. Żaden Żyd nie może bowiem rozumować i czuć aryjsko-germańsko“.

Według powierzchownego myśliciela, Goeringa, genialny semita Freud, pisząc lub mówiąc *libido* myśli o współfallowaniu wyłącznie lubieżności zmysłów erotycznych, aryjczyk Jung, wymawiając *libido* rozumie witalność, siłę życiową. Semita pod „miłością“ rozumie miłość cielesną, erotykę, nordyjczyk — miłość ojczyzny, narodu, rasy i płci pięknej.

* * *

Zastanawiam się i kombinuję, skąd się wzięły te dwie dowcipne i humorystyczne koncepcje. Przede wszystkim, co do znaczenia *libido*. Wszak wyraz ten istnieje i istniał tysiące lat w wokabulariach rzymskich (żądza, pragnienie, chęć, upodobanie, rozpusta, lubieżność), nim go lekarze XX wieku wprowadzili do seksuologii i psychoanalizy, bliżej ten *terminus technicus* określając i odgraniczając.

Co do drugiej tezy, propagującej między wierzącymi mocno nietolerancyjną zgodność rasy lekarza i pacjenta, to autor przekonywa nas nie mniej naiwną bajeczką, że przed kilku laty on pono skierował żydówkę pacjentkę, która się nie poprawiała w poliklinice psychoanalitycznej, do żydowskiego specjalisty, a ten ją znakomicie wyleczył. *Ergo* wniosek Goeringa podkreśla mocno różnicę rasy obu lekarzy. Według mnie decydowała raczej różnica inteligencji, obojścia, doświadczenia, zainteresowania obu lekarzy. Nie podejmuję się powiedzieć kategorycznie, kto z nas ma słuszną, nie znając obu ordynujących lekarzy osobiście.

Goering nie mniej naiwną, inną jeszcze bronią również pseudonaukową, wojuje. Na potwierdzenie swojego wniosku i w dowód zupełnej bezstronności Goering z przeciwnego obozu, z obozu niearyjskiego, na rzeczoznawcę i obrońcę ściąga świadka, i to nie byle jakiego świadka. Wyciąga z grobu po 60-ciu latach spokoju wieczystego premiera angielskiego, Żyda, kanclerza królowej angielskiej Wiktorii, lorda Benjamina Disraeli Beaconsfielda, który gdzieś kiedyś w Izbie Lordów podczas namiętnej dyskusji antyimperialistycznej miał powiedzieć: kwestia ras stanowi klucz do historii świata, jedynie znawca teorii ras rozumie treść historii świata!

Cui bono ta cytata? Kto może wiedzieć, co myślał w ówczesnym, ten głęboki znawca ludzi i ludów, dyplomata i polityk, dziennikarz i powieściopisarz w wielkim stylu? Co myśli obecnie antropolog, mierzący i ważący porównawczo każdy szczegół somatyczny? Co myśli psycholog, analizujący każde uchylenie w psychice narodów testami? Co myśli historyk współczesny, badający na przestrzeni tysiącleci wszystkie wę-

drowki narodów i penetrację ras w różnych częściach świata? Co myśli nowoczesny genetyk rasoznawca, badający florę, faunę i człowieka w licznych pokoleniach, w bezbrzeżnej galerii ascendentów i descendentów członków rodziny wstępných i zstępných?

Gdzie Rzym, gdzie Krym? chce się wołać, czytając w nieo odpowiednim miejscu cytowane przygodne wielkiego męża głębokie powiedzonko dyskusyjne.

* * *

Bardziej praktyczna okaże się może cytata z drugiego artykułu wspomnianego wyżej w sprawie „Historii urazowej i odszkodowania“, artykułu, również pseudonaukowego, panów Rietha i Schellwortha.

Chodzi o rentę roczną, której pozbawiono niedawno szeregowca z typową ciężką histerią i przykurczeniem nogi powojennym. Obaj autorzy, biegli lekarze sądowi, w ostatniej instancji Sądu Najwyższego odmówili renty po wielu latach choroby na tej zasadzie, „że Rząd odpowiadać może za bezpośrednio po urazie zjawiające się objawy, nie za późniejsze, długotrwałe, ustabilizowane, którym Niemiec rasowy zapobiegać może“.

Orzeczenie wysoce ciekawe, które niewątpliwie wywołało przewracanie się w grobie lepszych znawców tych spraw: Charcota i Babińskiego, Janeta i Oppenheima, Bechterewa i Pawłowa.

Rozumowanie biegłych sprowadzało się do tego — co przekonało i nazistowskich sędziów —, że dawna klasyczna interpretacja psychogenezy pewnych chorób nerwowych była „z żydowska sentymalnie-indywidualistyczna“, a hołdowali jej „żydowscy profesorzy, eksperci sądowo-lekarscy“, którzy przednie miejsca w hierarchii nauki i w rzędzie sądów berlińskich zajmowali i *larga manu*, jak i w danym przypadku, odszkodowanie na niekorzyść Skarbu przyznawali.

Tę tezę końcową wspomnianych dwóch biegłych, bezapelacyjnie swoim fakultetowym poważnym poprzednikom przeciwstawiających się, należałoby, zdanie moim, złotymi zgłoskami w podręcznikach medycyny zgleichszaltowanej umieścić na przekór zażydnym profesorom uniwersytetów „20 lat po wojnie nie przysługuje prawo do renty państwowej ciężko dotkniętemu histerykowi ze skurczowo-bezwładną nogą“!

Tak wyglądają medycyna i orzecznictwo *ad usum Delphini* Niemiec w ustach analfabetów zachodu.

* * *

Zdumionemu czytelnikowi wszystkich tych herezji z patogenetyki ogólnej wystarczy przejrzenie głośną broszurę E. Krieckaa. „O wychowaniu narodo-politycznym“, która w ciągu półtora roku doczekała się w Rzeszy aż 14-tu wydań, a u nas przekładu w 1936 r., aby zrozumiał, do jakich absurdów w nauce poważnej prowadzą imperialistyczne nastroje narodu niemieckiego, dążące kosztem innych ras, państw i wyznań do zdobycia czołowej pozycji w świecie, do masowego urabiania młodego pokolenia, do postponowania wartości indywidualnych, nie sprzężonych organicznie z ruchem nazistycznym w dziedzinie religii, nauk, sztuki, grupowania społecznego, do absolutnego totalizmu polityczno-kulturalnego.

Przypomina to z jednej strony Spartę starożytną o krótkim żywocie, zgleichszaltowaną politycznie i gospodarczo, gdzie człowiek istniał dla państwa, gdy w kwitną-

cych obok Atenach państwo istniało dla człowieka i które wydało Talesa i Pitagorasa, Arystotelesa i Platona; przypomina to z drugiej strony średniowiecze, przesiewające nowe zdobycze rewolucyjne i rewelacyjne nauk przyrodniczych, filozoficznych i lekarskich, jak krążenie ciał niebieskich Kopernika, anatomię ciała ludzkiego Vesaliusa, cyrkulację krwi Harveya, zasady filozofii panteistycznej Borucha Spinozy przestarzałymi kryteriami panującej w kraju religii i usiłujące dopasować uniwersytety do swego starego, dogmatyzmem i scholastyką trącającego światopoglądu.

Tam panowały u podstawy tendencje wszechzaborcze, tępiące samodzielność myśli i niszczące wszelką indywidualną zdolność człowieka, tu grozi teutońsko-

żołdacki duch współczesnego rasowca nordyczyka, nazisty-aryczyka, degradujący człowieka do roli maszyny.

Zresztą, do obalenia poglądów powyższych autorów na zastosowanie rasizmu w praktyce lekarskiej nie potrzeba bynajmniej przytaczać całej literatury pro- i antyrasistowskiej, wystarczy powołać się choćby na ostatni referat znanego rasologa Leclainchea, członka Francuskiej Akademii Nauk, w którym sędziwy uczony na dorocznym posiedzeniu wyraźnie sformułował swój pogląd, „że nazistyczna doktryna rasowa jest całkowicie bezpodstawną i wszelkie kryteria rze-komej wyższości rasowej nie dadzą się w ogóle naukowo ustalić“. *Caveant consules!*

Dr. med. Henryk Higier (Warszawa).

Przegląd terapeutyczny.

Z oddziałów III wewnętrznego i II gruźliczego Szpitala na Czystem.

(Ord.: Dr. B. Jochweds).

Przyczynę do stosowania wodnych roztworów kamfory.

Podał

J. RATNER (Warszawa).

Do środków analeptycznych zalicza się od dawna kamfora. Zdaniem Wielanda (1), działa ona wskutek znacznego obniżenia napięcia powierzchniowego. Kamfora szerzy się wzdłuż włókien mięśnia sercowego i wypiera stamtąd nagromadzone ciała, powstałe na tle znużenia, a także i inne składniki szkodliwe. Poulssoń (2) podaje, że zwalnia ona oddech i pogłębia go, zwiększa też wentylację minutową płuc. Ten sam autor przytacza doświadczenia Seligmanna i Gottlieba, sprawdzane przez Fröhlicha i Pollaka, że kamfora nie działa na prawidłowe serce, natomiast zwalnia i wzmacnia skurcze serca, o ile działało ono słabo. W odpowiednim dawkowaniu zwiększa siłę skurczu mięśni komór (Schmiedeborg — 3). Böhmowi (4) udało się za pomocą wlewań kamfory wywołać powtórnie akcję serca u żaby, jeżeli przerwa w pracy była stosunkowo krótka. Również siła skurczu serca, uszkodzonego wodanem chlorału, czy morfiną, poprawia się po zastosowaniu kamfory (Joachimoglu — 5). Nie wpływając w dawkach leczniczych na ciśnienie osobnika zdrowego, kamfora podwyższa ciśnienie krwi w niedomodze krążenia (Meyeri Gottlieb — 6). Poza tym lek ten rozszerza naczynia wieńcowe serca, naczynia skórne oraz zwiększa wydzielanie potu; wywiera nieznaczne działanie moczopędne.

Tym niemniej nowoczesnym pojęciom leku analeptycznego olejek kamforowy nie odpowiada. Albowiem środek taki powinien:

1. być pewny w działaniu;
2. posiadać dostatecznie rozległy odstęp między dawką skuteczną i toksyczną, gdyż tylko w tym przypadku może być w razie potrzeby użyty i przez personel pielęgniarski;
3. działanie leku powinno występować szybko i rozciągać się na możliwie większy przeciąg czasu;
4. wstrzykiwanie leku nie powinno powodować zbyt wielkiej bolesności.

Tym kardynalnym warunkom kamfora nie odpowiada. Nie rozpuszcza się w wodzie (1:800), a roztwór w oliwie można wstrzykiwać tylko podskórnie lub domięśniowo. Wchłanianie się kamfory w tej postaci jest bardzo powolne, zwłaszcza w zaburzeniach krążenia — i niejednakowe u rozmaitych osobników, toteż dawkowanie jej jest często niepewne. Stosowanie dożylnie olejku kamforowego jest ryzykowne ze względu na niebezpieczeństwo zatoru tłuszczowego. Podawano wprawdzie kamforę dożylnie w 1% roztworze wodnym (Leo, Weintraud, Semerau - Siemianowski 7), jest to jednak zabieg w przypadkach nagłych technicznie dla lekarza praktyka trudny ze względu na konieczność wprowadzenia znacznej ilości płynu.

Wskutek stosunkowo wolnego wchłaniania i drażniącego działania miejscowego kamfory powstają dość często przy pozajelitowym, wielokrotnym stosowaniu, — a niekiedy przy odpowiedniej skłonności osobniczej już po pierwszym wstrzyknięciu, — guzki, nacieki i ropnie, co stanowi, oczywiście, wielkie niebezpieczeństwo zarówno w przewlekłej niedomodze sercowo-naczyniowej, jak i np. w durze brzusznej. W cierpieniu tym istnieje, jak wiadomo, skłonność do powstawania ropni po wszelkich zabiegach. Poza tym częste wstrzykiwania większych dawek kamfory są niedogodne ze względu na dużą bolesność miejscową, zjawianie się zapachu kamfory w powietrzu wydychanym oraz przykre dla chorego odbijanie się kamforą. Wszystkie wyżej wymienione ujemne cechy roztworu olejowego skłoniły farmakologów do poszukiwania odmiany kamfory rozpuszczalnej w wodzie. Odmiana ta spełniałaby wszystkie warunki dla nowoczesnego środka krzepiącego, o których była mowa. Badania i prace w tym kierunku doprowadziły do syntetycznego otrzymywania leków tej grupy, a mianowicie heksetonu, koraminy i kardiazolu. Dopiero w ostatnich czasach udało się przez sulfonowanie otrzymać wodny roztwór naturalnej japońskiej kamfory w postaci kwasu kamforosulfonowego. W leczeniu stosuje się jego sól sodową: *Natrium camphorosulfonatum* *).

Pragnąc ocenić wartość kliniczną tego preparatu, zastosowaliśmy go na bardzo różnorodnym materiale (dur brzuszny, zapalenie płuc, ciężka grypa, gruźlica płuc, schorzenia narządów krążenia). Przebadaliśmy w tym celu 71 chorych. Wychodząc z założenia, że,

*) wyrabiają Zakłady „Asmidar“.

oprócz stwierdzenia doraźnego wpływu na krążenie i oddychanie, niemniej ważne jest zbadanie tych wpływów przez 1, 2, 3, 4 dni podzieliliśmy wszystkich chorych na 2 grupy.

W grupie I-ej czterdziestu chorym wstrzykiwaliśmy 2 — 4 cm³ 20% roztworu wodnego *natrium-camphoro-sulfonatum* (1—2 amp.) podskórnie lub domięśniowo, badając jednocześnie częstość i jakość tętna, liczbę oddechów na minutę, ciśnienie krwi oraz pojemność oddechową płuc przed i w 15', 30', 60' po zabiegu. Do II-ej grupy zaliczyliśmy 23 chorych, u których ze względu na bardzo ciężki stan narządu krążenia stosowaliśmy większe dawki *natrium-camphoro-sulfonatum*, a mianowicie: w 12 przypadkach 3 × dziennie po 2 cm³ przez 2—4 dni z rzędu, w 8 przyp. co 2 godz. 2 cm³, w 3 przyp. 6 cm³ jednorazowo. Wstrzykiwania były dokonywane częściowo podskórnie, częściowo domięśniowo.

W 8 przypadkach stosowaliśmy *natrium-camph.-sulf.* dożylnie w dawkach od 1—2 cm³.

Z braku miejsca przytoczyliśmy tylko dane, dotyczące 10 przypadków z poszczególnych grup.

1. M. Ch. l. 35, elektromonter. Rozp.: *typhus abdominalis*. Stan średnio-ciężki, bardzo osłabiony, pomimo to, że od 4 dni nie gorączkuje. Wstrzyknięto 2 cm³ *natr.-camph.-sulf.* podskórnie. Ciśnienie krwi podniosło się ze 120/55 do 120/60 po 15', 125/60 po 30', 130/60 po 60'. Liczba uderzeń tętna zmniejszyła się z 92' do 88', napięcie tętna poprawiło się bardzo wyraźnie. Pojemność oddechowa płuc wzrosła z 3.500 do 4.800. Chory po zabiegu — raźniejszy.

2. R. W. l. 18, robotnik. Rozp.: *typhus abdominalis*. Bardzo znaczne osłabienie ogólne jeszcze w 2 tygodnie po obfitym krwotoku jelitowym. Nie gorączkuje. Wstrzyknięto 2 cm³ *natr.-camph.-sulf.* podskórnie. Ciśnienie krwi ze 110/50 podniosło się po 15' do 115/60, po 30' 120/60, po 60' 120/60. Liczba uderzeń tętna przed iniekcją 100', po inj. 96, napięcie tętna poprawiło się. Pojemność oddechowa płuc wzrosła z 2.800 do 3.200. Samopoczucie lepsze. Chory skarżył się na krótkotrwałą, bardzo szybko przemijającą bolesność w miejscu wstrzyknięcia.

3. A. J. l. 32, robotnik. Rozp.: *pleuropneumonia dextra inf. gripposa*. Stan średnio-ciężki. Ciepłota 37,5°. Wstrzyknięto domięśniowo 2 cm³ *natr.-camph.-sulf.* Ciśnienie krwi ze 115/50 podniosło się po 15' do 120/60, po 30' 125/60, po 60' 125/60. Liczba uderzeń tętna nie uległa zmianie (96'), jednak napięcie wyraźnie się poprawiło. Pojemność oddechowa wzrosła z 1.800 do 2.600. Po zabiegu samopoczucie chorego lepsze.

4. M. W. l. 24, ekspedientka. Rozp.: *typhus abdominalis*. Stan b. ciężki. Ciepłota 38,5°. Wstrzyknięto domięśniowo 2 cm³ *natr.-camph.-sulf.* Ciśnienie krwi ze 110/50 obniżyło się do 105/50 po 15', po 30' 105/55, po 60' 110/50. Liczba uderzeń tętna z 84' przyspieszyła się do 92'. Napięcie tętna pozostało bez zmiany. Chora nie odczuła żadnej poprawy; również podawanie leków co 2 godziny w ciągu 2 dni pozostało bez wyniku.

5. M. P. l. 23, tokarz. Rozp.: *Tbc. fibro-caseo-cavernosa lobi sup. pulm. dextr. Pneumothorax artif. dextr.* Stan stosunkowo niezły. Nieznaczna duszność po najmniejszych wysiłkach. Wstrzyknięto 2 cm³ *natr. camph.-sulf. domięśniowo*. Ciśnienie krwi ze 110/55 podniosło się po 15' do 115/60, po 30' 115/60, po 60' 120/60. Napięcie tętna poprawiło się. Liczba uderzeń tętna z 92' do 96'. Pojemność oddechowa płuc wzrosła z 1.800 do 2.200 (odma!). Chory czuje się lepiej, oddycha znacznie swobodniej.

6. T. L. l. 22, biuralista. Rozp.: *Tbc. fibro-caseo-cavernosa lobi sup. pulm. sin. Pneumothorax artif. sin.* Stan niezły; chory nie gorączkuje. Wstrzyknięto 2 cm³ *natr.-camph.-sulf. domięśniowo*. Ciśnienie krwi: 115/60 po 15', 120/60 po 30' i po 60'

120/60. Liczba uderzeń tętna nie wykazała wahań (84), napięcie wzrosło znacznie. Pojemność oddechowa płuc 2.200—2.800 (odma!). Samopoczucie po zabiegu lepsze.

7. L. M. l. 40, przy męzu. Rozp.: *typhus abdominalis*. Stan b. ciężki. Ciepłota 38,8°. Wstrzyknięto 6 cm³ *natr. camph.-sulf.* domięśniowo. (Następnie podawano co 3 godziny 2 cm³ podskórnie lub domięśniowo). Ciśnienie 110/50—115/55; na tym poziomie utrzymuje się w ciągu godziny. Tętno 72'—68'. Napięcie tętna poprawiło się znacznie. Samopoczucie wyraźnie lepsze. W ciągu 3-dniowej obserwacji stan chorej poprawił się dość znacznie pod względem podmiotowym, jak i przedmiotowym.

8. A. C. l. 37, ślusarz. Rozp.: *broncho-pneumonia confluens gripposa lobi inf. pulm. utriusque*. Stan ciężki. Ciepłota 38,0°. Wstrzyknięto podskórnie 4 cm³ *natr.-camph.-sulf.* Ciśnienie krwi 105/50 podniosło się po 15' do 110/60, po 30' 115/55, po 60' 115/60. Liczba uderzeń tętna nie uległa zmianie (100'), napięcie tętna poprawiło się nieco. Pojemność oddechowa — b. z.; samopoczucie poprawiło się. W ciągu następnych 2 dni wstrzykiwano *natr.-camph.-sulf.* 2 razy dziennie po 2 cm³ podskórnie; dalsza nieznaczna poprawa podmiotowa.

9. St. K. l. 35, robotnik. Rozp.: *Tbc. fibro-caseo-carvenosa pulm. utriusque*. Ciepłota 39,0°. Stan bardzo ciężki. Duszność. Sinica dużego stopnia. Choremu wstrzyknięto 2 cm³ *natr.-camph.-sulf. podskórnie*. Podmiotowej ani przedmiotowej poprawy nie uzyskano.

10. W. B. l. 60, tragarz. Rozp.: *bronchiectasiae pulm. Bronchitis diff. Myodegeneratio cordis*. Stan ciężki. Ciepłota 38,3°. Duszność. Wstrzyknięto dożylnie 2 cm³ *natr.-camph.-sulf.* Chory już po 5' odczuł znaczną ulgę; podaje, że oddycha znacznie swobodniej. Ciśnienie krwi z 105/50 podniosło się po 15' do 110/60, po 30' 115/60, po 60' 115/60. Napięcie tętna wyraźnie się poprawiło.

W pozostałych 61 przypadkach wyniki były podobne, jak wyżej.

Podczas całego okresu stosowania *natrium-camphoro-sulfonatum* nie zauważyliśmy ani razu guzków lub nacieków w miejscu wstrzyknięcia, nawet u chorych śrurowych z licznymi ropniami po olejku kamforowym. Wstrzykiwania podskórne i domięśniowe były na ogół mało bolesne, a płyn w przeciwieństwie do olejku wchłaniał się bardzo szybko. Przykry zapach z jamy ustnej nie występował nigdy.

Wnioski. *Natrium camphoro-sulfonatum* podane podskórnie, domięśniowo i dożylnie wykazuje wszystkie charakterystyczne farmakologiczne cechy kamfory, nie posiadając przy tym ujemnych cech olejku kamforowego. W 64 przypadkach, zarówno przy podawaniu zwykłych, jak i masowych dawek, uzyskiwaliśmy znaczną poprawę stanu ogólnego i samopoczucia chorych oraz wyraźną poprawę tętna i oddechu. Również wstrzykiwania dożylnie były znoszone bardzo dobrze. W 7 przypadkach, w których żadnej poprawy nie uzyskano — stan chorych był niezwykle ciężki, i wszystkie inne leki również zawiodły.

PIŚMIENNICTWO.

1) Wieland: cyt. wg. Łowcki i Brejtman. — Farmakoterapia kliniczna. W-wa 1937. — 2) Poulsson E.: Lehrbuch der Pharmakologie. 1927 r. — 3) Schmiedeberg i H. Meyer: Zeitschrift für Physiolog. Chemie Bd. III. 1879 r. — 4) Böhme: Archiv für Experiment. Patholog. u. Pharmak. Bd. 52. 1905 r. — 5) Joachimglu: cyt. wg. Schmiedeberga i H. Meyera. — 6) Meyer i Gottlieb: Handbuch d. Experiment. Pharmak. 1922 r. — 7) Leo, Weintraud, Semerau-Siemianowski: cyt. wg. J. Typografa. Polska Gazeta Lekarska. 1927 r.

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Zasady orzekania o utracie zdolności do pracy.

Podał

Dr. Piotr MACEWICZ (Warszawa)

(autoreferat)

(Dokończenie — patrz, Nr 2).

Jest zupełnie możliwe, że dany pracownik, pomimo całkowitej utraty zdolności do wykonywania dotychczasowych czynności, może z powodzeniem pracować w innym zawodzie, np. ekspedient sklepowy, utraciwszy kończynę dolną, może być buchalterem, lecz to nie powinno krępować instancji orzekającej o utracie przezeń zdolności do pracy w dotychczasowym zawodzie.

Ażeby mieć coś konkretnego przed oczami, rozważmy następujący przykład:

Pewien człowiek, zatrudniony dotąd w charakterze ślusarza w firmie X, uległ jakimś wypadkowi przy pracy i sądzi, że utracił zdolność do wykonywania dotychczasowych czynności, bo np. doznał osłabienia słuchu.

Jeżeli został przyjęty do pracy w charakterze ślusarza, to należy i wolno się domniemywać, że posiadał on umiejętność i uprawnienia do wykonywania czynności w danym fachu, oraz, że posiadał wszelkie cechy niezbędne do danej pracy.

Badania lekarskie potwierdziły, że istotnie ostrość słuchu u danego pracownika jest znacznie poniżej normy, tak, iż np. szept słyszy zaledwie *ad concham*.

Wiemy, iż ślusarz warsztatowy wykonywa swe czynności przy imadle lub innych przyrządach pomocniczych, których funkcjonowanie nie potrzebuje dozoruwać słuchem, oraz, że w pracy swej nie ma potrzeby z nikim się porozumiewać, szczególnie szeptem, więc wnioskujemy: dany człowiek sądzi niesłusznie, że utracił zdolność do pracy dotychczasowej.

Inny przykład: pracujący przy pierwszym stole pewnej apteki farmaceuta ogłuchł, skutkiem czego nie mógł wykonywać dotychczasowych czynności, bo w pracy przy pierwszym stole trzeba ustawicznie porozumiewać się z publicznością (klientelą). Właściciel apteki, nie chcąc stracić solicznego pracownika, obniżył mu zarobek do $\frac{1}{3}$ dotychczasowych poborów i zatrudnił go w laboratorium. Tutaj mamy do czynienia z koncepcją częściowej utraty zdolności do pracy zawodowej i z praktycznym wykorzystaniem smutnej sytuacji pracownika. Zasadniczo jednak ów farmaceuta zdolność do pracy utracił całkowicie, ponieważ nawet w laboratorium zachodzi potrzeba kontrolowania niektórych procesów słuchem, i głuchy może narazić siebie oraz otoczenie na katastrofę. Ogólnie w danym przypadku wytworzyła się sytuacja nieodpowiednia: groźba wypadku, utrudnione porozumiewanie się z innymi pracownikami w trakcie ich załatwiania przez laboratorium, głębokie a uzasadnione poczucie krzywdy pracownika i właściwie niezdolność jego do wykonywania niektórych prac koniecznych w laboratorium; z drugiej strony wątpliwy zysk materialny przedsiębiorcy, wykorzystującego sytuację pracownika, ale to również nie może budzić entuzjazmu do podobnej koncepcji częściowej utraty zdolności.

Jeszcze przykład: t. zw. dekarze, tj. blacharze kryjący dachy, należą do kategorii pracowników lepiej

płatnych od tych, co stale zatrudnieni są w warsztacie. Pewien dekarz przeżył ostry gościec stawowy, jak sądzi, z przyczyny przeziębienia w pracy na dachu i przypuszcza, że utracił zdolność do pracy, bo, jak sam powiada, obecnie „boi się dachu“. Badanie potwierdza, że istotnie u niego istnieje poważne schorzenie serca, i jest możliwość niespodziewanych zawrotów głowy, a nawet omdleń. Wiadomo, iż w tych przypadkach podobnemu schorzeniu może towarzyszyć lęk wysokości. Utrata zdolności do pracy zawodowej jest całkowita, ponieważ dotychczasowych czynności na dachu pracownik ów pełnić nie może i nie powinien, a praca w warsztacie również nie jest wskazana, bo jego stan zdrowia uniemożliwia mu wykonywanie koniecznych w warsztacie znaczniejszych wysiłków fizycznych, a możliwe zawroty głowy i omdlenia przy niektórych pracach (jak np. cięcie blachy) grozi mu kalectwem. Niektóre — nieliczne zresztą — czynności przy t.zw. galanterii wykonywać on może, lecz i tutaj wydajnie pracować nie jest w stanie. Zatem w ogóle nie jest zdolny do pracy w dotychczasowym zawodzie.

Ktoś może powątpiewać, czy w ogóle jest pożądane orzekanie o całkowitej utracie zdolności do pracy zawodowej w tym przypadku, gdy się stwierdzi u pracownika brak choćby jednej cechy, niezbędnej przy wykonywaniu dotychczasowych jego czynności zawodowych. Wszak podobne orzeczenie może być podstawą do wymagania przez zdyskwalifikowanego pracownika odszkodowania w tej, czy innej formie, a chociaż on w niektórych przypadkach mógłby jeszcze zarobkować samodzielnie, to, w razie przyznania mu np. renty inwalidzkiej, stałby się ciężarem społecznym.

Powyższe rozumowanie może być niekiedy słuszne, lecz obecnie nie zamierzamy poruszać sprawy dalszych konsekwencji orzeczenia o utracie zdolności do określonej pracy zawodowej; tutaj usiłowaliśmy dowiedzieć, że zasadniczo podobna utrata może być tylko całkowita.

Należy jeszcze dodać, że przy orzekaniu o utracie zdolności do pracy zawodowej nie powinno się brać pod uwagę tego, czy ona jest stała, czy tylko czasowa. Wszak chodzi o ustalenie faktu, czy dany pracownik jest zdolny do wykonywania określonych czynności zawodowych jest zatem rzeczą obojętną, czy on je wykonywał stale, czy tylko czasowo.

Jakkolwiek ważne byłoby już z góry obmyśleć, co należy uwzględnić w treści orzeczenia, jak również, czego może prawnie domagać się pracownik, który uzyskał orzeczenie o utracie zdolności do swej pracy zawodowej itp., jednak w pierwszym etapie pracy można by się ograniczyć do ustalenia wytycznych orzekania o przydatności danego człowieka do wykonywania określonych czynności na zasadzie stwierdzonego obiektywnie stanu jego zdrowia oraz sprawności fizycznej i duchowej.

Już mówiliśmy wyżej, w jaki sposób można rozwiązać powyższe zadanie, a mianowicie przez sporządzenie „kart zawodowych“. Tutaj musimy poczynić pewne uwagi natury ogólnej. Od czasu do czasu karty zawodowe muszą podlegać rewizji i to z następujących względów. Przede wszystkim niektóre zawody zupełnie znikają, stają się nieaktualne, a poza tym warunki pracy warsztatowej, narzędzia operowania i sposoby wytwarzania mogą się zmienić z powodu mechanizacji,

racjonalizacji itp. I może tak się ułożyć, że pracownik, nieprzydatny ze względu na stan swego zdrowia w warunkach dawnych, mógłby obecnie wykonywać pewne czynności i przeciwnie. Przy układaniu karty zawodowej należy wziąć pod uwagę integralne warunki pracy w obecnym czasie, zakładając, że poza tym warunki higieniczne samego warsztatu pracy są wystarczające. W karcie zawodowej bierze się pod uwagę przeciętny efekt pracy zawodowej, tj. bierze się pod uwagę nie najwyższą sprawność (w sensie taylorizmu lub stachanowszczyzny), lecz sprawność fizjologiczną, t.zw. normę czyli przeciętną.

Przy niniejszym przedstawimy projekt takiej karty zawodowej ślusarza warsztatowego.

Ślusarz warsztatowy (czeladnik).

Pracownik wykwalifikowany musi posiadać umiejętność wykonywania pewnych przedmiotów z metalu, nabytą przez odpowiednie przygotowanie w szkole zawodowej lub w warsztacie mistrza, oraz świadectwo czeladnicze. Pracę swą wykonywa w pomieszczeniu zamkniętym, przeważnie przy imadle, posilkując się jednocześnie innymi pomocniczymi narzędziami. Przedmioty wykonywa, posługując się rysunkiem technicznym (względnie zapamiętanym wyobrażeniem przedmiotu). W pracy nie ma potrzeby porozumiewać się z klientem, wykonywając ustne lub piśmienne zlecenia przedsiębiorcy w zakresie swej umiejętności i doświadczenia zawodowego. Praca w zasadzie jest dzienna, nie denerwująca i nie należy do kategorii prac t. zw. niebezpiecznych. Zatrucia są na ogół rzadkie; urazy bywają przeważnie natury mechanicznej, możliwe są oparzenia (przy lutowaniu), jak również urazy mechaniczne oczu odpryskami metalu przy ścinaniu pilnikiem np. odlewów. Czynności są wykonywane w pozycji stojącej i wymagają swobody ruchów, szczególnie w stawach rąk i tułowia. Głuchymi nie mogą pracować. Praca zawodowa specjalnych schorzeń nie wywołuje.

Niezbędne warunki anatomiczno-fizjologiczne:

Zmysły: 1. Wzrok: Bystrość wzroku dopuszczalna jest 0,5 na każde oko; szkła korygujące nie stanowią przeciwwskazania; jednooczny pracować może, ponieważ w pracy ślusarz posilkuwać się może przyrządami mierniczymi (cyrkiel, mikrometr itp.) Daltonizm, ani hemeralopia przeciwwskazań nie stanowią.

2. Słuch większej roli nie gra.

3. Węch „ „ „ „

4. Smak „ „ „ „

5. Czucia powierzchowne i głębokie mają znaczenie, lecz tylko utrata znacznego stopnia stanowi przeciwwskazanie.

Kościec: Kręgosłup. Skrzywienie i ruchomość średniego stopnia przeciwwskazaniem nie są.

Klatka piersiowa. Zniekształcenia wrodzone lub nabyte średniego stopnia przeciwwskazaniem nie są.

Kończyny górne. Brak lub bezwład kończyny górnej jest przeciwwskazaniem.

Kończyny dolne. Brak lub bezwład jednej kończyny dolnej jest przeciwwskazaniem. Zniekształcenie kończyn dolnych, t. zw. płaskie stopy lub braki palców u nóg przeciwwskazaniem mogą nie być.

Ręce. Zniekształcenie lub brak 1, 2, 3, lub 4 i 5 palca razem u ręki prawej jest przeciwwskazaniem. To samo dotyczy ręki lewej.

Mięśnie: Zaniki mięśni grzbietu, rąk oraz obu nóg jednocześnie stanowią przeciwwskazanie. Zaniki

mięśniowe u jednej tylko nogi przeciwwskazania nie stanowią.

Stawy: Dopuszczalne są unieruchomienia stawów tylko kolanowego i skokowego u jednej nogi lub 4 i 5 palca obu rąk.

Tarczycy: Jej zmiany, o ile nie spowodowały poważnych zmian w układzie psychonervowym, przeciwwskazaniem nie są.

Śledziona i wątroba: Schorzenia tych narządów mogą stanowić przeciwwskazanie.

Trzustka i nadnercze: Schorzenie tych narządów mogą stanowić przeciwwskazanie.

Gruzoły płciowe: Obojętne.

Płuca: Nieczynne zmiany specyficzne nie są przeciwwskazaniem, zarówno jak astma i rozedma (nieznacznego stopnia).

Narząd krążenia: Nawet wyrównane wady serca stanowią przeciwwskazanie.

Narząd trawienia: Niektóre zmiany przewlekłe nie są przeciwwskazaniem.

Układ płciowy: Obojętne.

Stan psychiczny: Stany padaczkowe są przeciwwskazaniem, jak również stany schizoidalne.

Stany paranoidealne przeciwwskazaniem mogą nie być.

Jeżeli dany pracownik potrafił nabyć umiejętność pracy zawodowej oraz uzyskał odpowiednie uprawnienie i został przyjęty do pracy, to można się domniemywać, że w chwili rozpoczęcia czynności zawodowych sprawność jego władz psychicznych była co najmniej wystarczająca.

Istnieje również znaczna liczba osób, których czynność zarobkowa bądź nie wymaga specjalnego przygotowania, ani też szczególnych uprawnień, bądź też zatrudnionych przy takiej pracy, która nie ma nic wspólnego z wykonywanym przez nich zawodem. Do tej grupy zaliczyć by można pracowników dorywczych, niektórych agentów, akwizytorów, kwestarzy itp. Utrata zdolności do pracy zawodowej u tej kategorii osób jest również możliwa, jednak w podobnym przypadku danej osobie nie może przysługiwać prawo do wystąpienia o odszkodowanie z powodu utraty zdolności do takiej pracy zawodowej, której ona faktycznie nie wykonywała, chociaż, być może, posiadała do niej odpowiednie przygotowanie i uprawnienia. Np. cukiernik z zawodu, zbierający ogłoszenia do jakiegoś pisma, nie może domagać się przyznania mu w celu wystąpienia o odszkodowanie utraty zdolności do pracy zawodowej z powodu np. trwałej anosmii.

Gdyby jakiś pracownik, posiadając w swoim czasie jakiś zawód, nabył umiejętność i uprawnienia do wykonywania nowego zawodu, to podstawą prawną do ewentualnego wystąpienia o odszkodowanie może być tylko stwierdzona utrata zdolności do wykonywania pracy w tym nowym zawodzie, w którym on był ostatnio zatrudniony.

Może się przytrafić, że ktoś utracił zdolność do wykonywania dotychczasowych czynności zarobkowych, jednak mógł nie utracić zdolności do pracy zarobkowej w ogóle.

Zasadniczo nie można utracić tego, czego się w ogóle nie posiadało, zatem pracownicy niewykwalifikowani, tj. nie mający żadnego zawodu, nie mogą tracić zdolności do pracy zawodowej. Jeżeli weźmiemy pod uwagę szereg ludzi, zarobkujących przy łada sposobności, wykonywając najrozmaitsze czynności, nie wymagające specjalnego przygotowania i szczególnych

uprawnień, jak np. niektóre czynności usługowe, handel domokrażny itp., to powyższe staje się zupełnie jasne. Lecz istnieje pewna kategoria pracowników, których w istocie również zaliczyć należy do pracowników niewykwalifikowanych. Są to niektórzy t. zw. pracownicy „umysłowi”. Posiadają oni najrozmaitszy poziom wykształcenia ogólnego i, w zależności od koniunktury, przypadku i zalet osobistych, zarabkują w różny, zresztą, sposób. Każdy niewykwalifikowany rodzaj pracy jest im dostępny, i dlatego u nich można mówić tylko o ewentualnej utracie zdolności do pracy zarobkowej. Lecz w przeciwieństwie do tego, cośmy mówili o pracy zawodowej, u pracowników niekwalifikowanych zachodzić może również utrata zdolności do pracy zarobkowej całkowita lub częściowa, jak również na stałe lub przejściowo. Tutaj rozważyć należy stałą częściową utratę zdolności do pracy zarobkowej; ponieważ o kryteriach utraty całkowitej zdolności do pracy zawodowej już mówiliśmy poprzednio.

Pod wpływem najrozmaitszych przyczyn mogą zachodzić w ustroju człowieka takie zmiany, które mniej lub więcej ograniczają jego zdolność do pracy zarobkowej, t. zn., że mniej lub więcej zwężają zakres czynności zarobkowych, które on mógłby wykonywać. Podobna utrata zdolności wyrażana jest niekiedy w formie odsetków (pewnej liczby), lecz to jest sprawą konwencjonalną, i danej liczby nie podobna ani uzasadnić, ani

też obalić, ponieważ brak jakichkolwiek podstaw natury matematycznej, a wynik w kształcie określonej liczby wymaga przesłanek również liczbowych. Można jedynie z pewnym przybliżeniem, opierając się na poczuciu i znajomości życia gospodarczego oraz wiedzy lekarskiej, proponować dla celów specjalnych taką lub inną liczbę odsetka utraty zdolności do pracy zarobkowej. Przedłożenie określonych odsetków wykracza z ram niniejszego referatu, zatem poprzestaniemy na ogólnym jeno zarysie tego, jakie zmiany mogłyby świadczyć o tej częściowej utracie zdolności do pracy zarobkowej.

Przy orzekaniu o tej utracie może być wzięte pod uwagę znaczne zezłeczenie, całkowita utrata wzroku, słuchu, mowy, utrata kończyn, schorzenia w układach: krążenia, oddychania, trawienia, moczopłciowym i nerwowym, o ile one w konsekwencji sprowadzają nieodwracalne poważniejsze zmiany patologiczne.

W drugim etapie prac należałoby sprawę utraty przez pracowników niewykwalifikowanych zdolności do pracy zarobkowej rozważyć szerzej i zaprojektować odpowiednie odsetki. W tym celu wskazane byłoby w gronie specjalistów - lekarzy omówić wpływ schorzeń poszczególnych układów na sprawność władz fizycznych i psychicznych człowieka.

Na tym zakończymy część pierwszą naszych rozważań o zasadach orzekania utraty zdolności do pracy.

Wiadomości bieżące.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	31/X— 6/XI	7/XI— 13/XI	14/XI— 20/XI	21/XI— 27/XI
Ospa	0	0	1 (0)	0
Dur brzuszny	553 (40)*	531 (33)	530 (33)	427 (30)
Dur rzekomy	0	1 (0)	1 (0)	1 (0)
Dur osutkowy	12 (2)	10 (1)	23 (0)	23 (2)
Dur powrotny	0	0	0	1 (0)
Czerwonka	172 (38)	102 (19)	57 (14)	64 (14)
Płonica	878 (14)	768 (17)	798 (13)	758 (14)
Błonica	760 (49)	741 (27)	813 (41)	699 (35)
Zapal. op. mózg.	12 (4)	12 (3)	19 (3)	12 (2)
Odra	921 (5)	1070 (4)	987 (7)	2115 (12)
Krztusiec	104 (6)	105 (4)	164 (8)	123 (4)
Malaria	0	1 (0)	0	1 (0)
Gorączka pługowa	25 (6)	30 (9)	34 (9)	48 (7)
Chor. Heine-Medina	1 (0)	2 (1)	2 (0)	2 (1)
Zap. mózg. śpiączk.	0	2 (0)	1 (0)	0
Choroba Banga	0	1 (0)	0	0
Trąd	0	0	0	0
Gruźlica	352 (163)	450 (200)	518 (197)	486 (188)
Róża	176 (6)	159 (3)	185 (5)	158 (7)
Jaglica	398 (0)	384 (0)	337 (0)	494 (0)
Twardziel	1 (0)	2 (1)	0	0
Waglik	1 (0)	1 (0)	1 (0)	1 (0)
Nosaczna	0	0	0	0
Włośnica	1 (0)	0	0	0
Wścieklizna	0 (2)	0 (2)	0	0 (1)

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— Komunikat. W Instytucie Radowym im. Marii Skłodowskiej - Curie w Warszawie odbędzie się w dniach 7—19 lutego 1938 r. włącznie Kurs dokształcający dla lekarzy z dziedziny nowotworów złośliwych, urządzony przez Instytut Radowy im. Marii Skłodowskiej - Curie, przy współudziale Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego z zapomogą Fundacji im. Jakuba hr. Potockiego. Kurs obej-

mować będzie wykłady oraz zajęcia praktyczne. Wykłady będą się odbywać w godzinach wieczornych, zajęcia praktyczne w godzinach przedpołudniowych. Opłata za Kurs wyniesie zł. 30. Program Kursu: 1 — Wykłady: 1. Przyczyny powstawania nowotworów złośliwych — Prof. K. Pelczar. 2. Obecny stan badań doświadczalnych nad nowotworami złośliwymi — Dr. Z. Zakrzewski. 3. Serodiagnostyka w nowotworach złośliwych — Prof. L. Hirsfeld. 4. Społeczna walka z rakiem — Dr. B. Wajnert. 5. Zarys histo-patologii nowotworów złośliwych — Dr. J. Laskowski. 6. Röntgenodiagnostyka w nowotworach złośliwych — Doc. W. Zawadowski. 7. Podstawowe objawy kliniczne w nowotworach złośliwych i najczęstsze błędy popełniane w ich rozpoznawaniu — Dr. Fr. Łukaszczyk. 8. Zasady leczenia chirurgicznego — Doc. J. Rutkowski. 9. Zasady leczenia energią promienistą — Dr. Fr. Łukaszczyk. 10. — Nowotwory złośliwe skóry i otworów zewnętrznych dróg naturalnych — Dr. J. Laskowski. 11. T. zw. stany przedrakowe skóry — Prof. M. Grzybowski. 12. Nowotwory złośliwe centralnego i obwodowego układu nerwowego — Dr. J. Choróbski. 13. Nowotwory złośliwe narządu wzrokowego — Prof. J. Lauber. 14. Nowotwory złośliwe nosa, gardła, krtani i uszu — Doc. D. Zuberbier. 15. Nowotwory złośliwe szczęk i ślinianek — Doc. J. Rutkowski. 16. Nowotwory złośliwe szyi — Doc. J. Rutkowski. 17. Nowotwory złośliwe płuc i śródpiersia — Prof. Z. Górecki. 18. Nowotwory złośliwe sutka; stany przedrakowe sutka — Prof. Z. Radliński. 19. Nowotwory złośliwe przewodu pokarmowego — Doc. J. Rutkowski. 20. Nowotwory złośliwe macicy i pochwy — Doc. H. Beck. 21. Nowotwory złośliwe przydańców — Prof. T. Wiczyński. 22. Zaśnady i nabłoniak kosmkowy złośliwy — Doc. T. Zawodziński. 23. Nowotwory złośliwe narządu moczowego i gruczołów płciowych — Dr. St. Czubalski. 24. Nowotwory złośliwe kości i kończyn: a) Röntgenodiagnostyka — Doc. A. Elektorowicz; b) Klinika — Prof. A. Wojciechowski. 25. Nowotwory złośliwe układu krwiotwórczego — Dr. Z. Galinowski. 26. Czynniki wpływające na wybór metody leczenia w nowotworach złośliwych — Dr. Fr. Łukaszczyk. 27. Leczenie ogólne w nowotworach złośliwych — Dr. Fr. Łukaszczyk. 28. Postępowanie w przypadkach nieule-

czalnych — Prof. A. Wojciechowski. II. Zajęcia praktyczne.: Przyjęcia chorych w Przychodni Instytutu Radowego, badania, rozpoznawanie, stawianie wskazań leczniczych, pobieranie wy- cinków próbnych, odczytywanie klisz, zapoznanie się z meto- dami leczniczymi i t. d. Zgłoszenia przyjmuje Sekretariat Kursu: Dr. H. Noblinówna — Warszawa 22, Instytut Radowy, Wawelska 15 — tel. 9.37-38.

— XI Zjazd Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgów odbędzie się w Wiedniu w czasie od 19 do 22 września r. b. pod przewodnictwem prof. R. Mata- sa z Nowego Orleanu. Zjazdy Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgów są rezerwowane głównie dla członków Towarzystwa. W celu wzięcia udziału w Zjeździe należy zwracać się do dele- gata danego kraju. Tematy Zjazdu: 1. Nadciśnienie (sprawoz- dawcy: Pende, Wertheimer, Alessandri i Val- voni, Mandl i Peet). 2. Przeszczepianie kości (sprawo- zdawcy: Cuneo, Albert, Platt i Demel, Swantz Orell, Phemister, Kappis). 3. Leczenie chirurgiczne torbieli i guzów płucnych (sprawozdawcy: Sauerbruch, Constantini, José Arce, Forni, Baggio). Wszel- kich informacji udziela sekretarz generalny Dr. L. Mayer, 72 rue de la Loi, Bruxelles. Ze Zjazdem połączona będzie wy- stawa instrumentów, aparatów radiologicznych i przetworów farmaceutycznych. Informacji w tej sprawie udziela prof. Fr. Starlinger, 12 Löwelstrasse, Wien I.

— Dnia 25 b. m. w Zakładzie Fizjologii Un. J. P. na po- siedzeniu połączonych Towarzystw Biologicznego i Medycyny Społecznej prof. Robert Debré z Paryża wygłosi odczyt „O anatoksynie gronkowcowej“.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

19.I. Polskie Tow. Psychiatryczne

Oddział Warszawski.

1. K. Dąbrowski — Co to jest higiena psychiczna (re- ferat). 2. W. Winiarz — Działalność Instytutu Higieny Psy- chicznej, oraz demonstracja dwóch przypadków trudności wycho- wawczych i psychopatii u dzieci. 3. A. Mitrović — Demon- stracja przypadku jankania.

20.I. Polskie Towarzystwo Gastrologiczne.

Szp. Ubezpie. Społ. Solec 93.

I. Pokaz Szpitala Ubezpieczalni. II. Pokazy z oddziału chirurg. 1. 2 przypadki choroby wrzodowej żołądka. 2. Prze- dziurawienie samoistne przełyku po oparzeniu. 3. Zwężenie odźwiernika na tle oparzenia. 4. Torbiel trzustki. 5. Zapalenie pęcherzyka żółciowego z martwicą ściany. 6. Kamica przewodu wspólnego z długotrwałą żółtaczką.

25.I. Towarzystwo Biologiczne i Medycyny Społecznej.

Sekcja kliniczna.

Prof. Robert Debré. O anatoksynie gronkowcowej.

Résumé des articles originaux.

M. LEŃSKI. Deuxième cas de pneumothorax spontané au cours d'une pneumonie septique. Contribution à la septicémie arthro-pulmonaire.

L'auteur a observé un nouveau cas de pneumothorax spontané au cours d'une pneumonie lobaire septique (Le pre- mier cas a été publié dans Warsz. Czas. Lek. Nr 31—32. 1937). La septicémie commença comme un rhumatisme articulaire aigu avec des signes d'ostéopériostite periarticulaires. Aussitôt les symptômes cliniques d'une pneumonie lobaire s'installaient. Quelques jours après l'examen a révélé les symptômes d'un pyopneumothorax. L'auteur est d'avis qu'il faut classer les cas analogues dans un groupe spécial de maladies septicémiques sous le nom de „septicémie arthro-pulmonaire“.

I. GRUNDZACH. Quelques remarques sur l'article du Dr. Róbin: 15 ans d'administration d'huile d'olive dans le duodénum.

L'auteur est d'avis qu'il serait à désirer d'examiner si les selles ne contiennent pas des pierres biliaires.

J. RATNER. Recherches sur la question d'appliquer la solution aqueuse du camphre.

Comme la solution huileuse du camphre présente beau- coup de désavantages, l'auteur a administré chez 71 malades la solution aqueuse du camphre japonais (le camphro-sulfo- nate de natrium), qui a tous les avantages du camphre ordinaire sans toutefois en présenter les désavantages. Dans une grande majorité de cas l'auteur obtenait une considérable améliora- tion de l'état général des malades en appliquant aussi bien les doses moyennes que les doses massives. On notait aussi l'amélio- ration du pouls et de respiration. Les injections intraveneneuses étaient, elles aussi, bien tolérées.

H. HIGIER. Médecins, race et confession.

L'auteur est d'avis que les médecins ne doivent pas se laisser guider par des points de vue de race et de confession.

P. MACEWICZ. Comment diagnostiquer la perte de ca- pacité pour le travail.

En définissant les travaux de l'homme de la base psycho- physiologique, l'auteur donne leur classification générale et parle des principes, qui décident de la perte de capacité pour les tra- vaux. A cause de cela, que chaque genre de la fonction profes- sionnelle exige un certain nombre de qualités psychophysiolo- giques tout à fait définies et nécessaires, la perte quand même d'une d'elles peut décider de l'incapacité complète pour ce genre de travail. Dans le cas, où on aperçoit un manque d'une qualité nécessaire, le confrontation synoptique de la carte professionnelle spéciale, qui répond au défini genre de travail, avec le résultat de l'examen du médecin commence à être une base pour la déci- sion de son incapacité pour ce genre de travail professionnel. Cette décision ne dit rien de sa capacité pour les autres travaux. La partielle perte de capacité pour le travail peut être confirmé chez les travailleurs pas instruits (sans profession), quand on trouve grâce aux examens du médecin des manques, qui font peu étroite la sphère de fonctions accessibles pour cet homme.

TRZĘŚĆ: St. JUSTMAN. O porażeniu połowicznym, jego powstawaniu, leczeniu i rokowaniu. — M. PŁOŃSKI. Badania doświadczalne nad heterotransplantacją nowotworów złośliwych. — M. LEŃSKI. Drugi przypadek odmowy piersiowej samoistnej w przebiegu posoczniczego zapalenia płuc. Przyczynek do posocznicy stawowo-płucnej. — I. GRUNDZACH. Kilka uwag z powodu artykułu D-ra W. Róbina p. t. „15 lat stosowania wlewań oliwy do dwunastnicy w schorzeniach żółciowych“. — K. BRANDMAN. Postępy chemoterapii rzeżączki. (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — H. HIGIER. Lekarze a rasa i wyznanie. — J. RATNER. Przyczynek do stosowania wodnych roztworów kamfory. — P. MACEWICZ. Zasady orzekania o utracie zdolności do pracy. (Dok.). — Wiadomości bieżące. — Kalen- daryk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: St. JUSTMAN: Sur le syndrome hémiplegique, sa pathogénie, son traitement et sa prognoze. — M. PŁOŃSKI. Recherches expérimentales sur la hétérotransplantation des tumeurs malignes. — M. LEŃSKI. Deuxième cas de pneumothorax spontané au cours d'une pneumonie septique. Contribution à la septicémie arthro-pulmonaire. — I. GRUNDZACH. Quelques remarques sur l'article du Dr. Róbin: „15 ans d'administration d'huile d'olive dans le duodénum. — K. BRANDMAN. Les progrès de l'hémothérapie de la gonorrhée. (Rév. gén.). — H. HIGIER. Médecins, race et confession. — J. RATNER. Recherches sur la question d'appliquer la solution aqueuse du camphre. — P. MACEWICZ. Les principes de l'appré- ciation d'incapacité de travail (fin).