

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. 334-87.

Rok XV

WARSZAWA, 10 MARCA 1938 R.

Nr. 10

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Z II oddziału wewn. Szpitala Starozakonnych na Czystem w Warszawie.

(Ordynator: M. Fejgin).

O grypowych zapaleniach płuc (podział kliniczny i leczenie).

Podał

Mieczysław FEJGIN (Warszawa).

I.

Przebieg i podział kliniczny.

Corocznej fali epidemii grypy towarzyszy ogromne nasilenie liczby przypadków zapalenia płuc — nieraz o przebiegu bardzo ciężkim i o nieoczekiwanych powikłaniach, z powodu których każdy lekarz-praktyk niejedną ciężką chwilę przeżywać musi. Nie będę tu omawiał szerzej niezmiernie interesującego i doniosłego zagadnienia etiologii grypy i grypowego z. pł. W myśl dzisiejszych poglądów zdaje się nie ulegać wątpliwości, że zasadniczą rolę muszą w tej sprawie odgrywać pałeczki influenzy Pfeiffera. Łącznie z jakimś przesączalnym zarazkiem (p.-g Schopa i inn.) przygotowują one zapewne teren dla wtargnięcia dwoinki zapalenia płuc (najczęściej jakoby należącej do grupy IV pneumokoków), wegetującej stale na powierzchni błony śluzowej jamy nosowo-gardzielowej — i dzięki temu powstają grypowe zapalenia płuc (p. np. prace Tuszyńskiego). W każdym razie doświadczalne zakażanie ludzi i zwierząt samą tylko pałeczką Pfeiffera, lub samym przesączem wydzieliny jamy nosowo-gardzielowej osobników chorych na grype, lub wreszcie obydwoma tymi zarazkami jednocześnie dać może co najwyżej obraz lekkiej grypy z niżytem górnych dróg oddechowych, nigdy zaś nie powoduje powikłań płucnych (p. pracę Doberskiej-Mayowej).

Klasyczny podział zapaleń płuc (z. pł.) na dwie postaci — nieżytowo-odoskrzelową i płatową, jak to czyni np. Knaster w swej pracy z 1894 r., poświęconej tej sprawie, nie wystarcza bynajmniej do objęcia tych wszystkich tak rozmaitych pod względem przebiegu i fizjonomii klinicznej przypadków, które stwierdzamy w wyniku powikłań grypowych. Zresztą, i zmiany anatomo-patologiczne, stwierdzane w t. zw. z. pł. grypowych zajmują jakby miejsce pośrednie pomiędzy tymi dwiema postaciami — duża ilość włókniaka w wysięku pęcherzykowym i obszar, zajmowany przez zlewające się ogniska zapalne zbliżają je raczej do kru-

powych, pod wieloma względami jednak różnią się od nich. Cechuje je mianowicie, w odróżnieniu od zrazowych z. płuc wybitna tendencja do krwotoczności wysięku pęcherzykowego, niejednorodny, pstry wygląd i gładka powierzchnia przekroju oraz różny okres rozwojowy poszczególnych ognisk, wreszcie wybitna skłonność do ropienia. Obraz kliniczny również nie pozwala nieraz na ścisłe określenie, z jaką postacią z. pł. mamy do czynienia — szczególnie, jeżeli przebiega ono, jako t. zw. odoskrzelowe zlewające się wrzekomo-płatowe z. pł. (*bronchopneumonia gripposa confluens pseudolobaris*). Rozległe stłumienie, głośny oddech oskrzelowy, liczne drobne dźwięczne rżenia, przypominające kreptacje, zajęcie całego nieraz płuca, wzgl. jednego lub dwu płatów, często — górnego, skąpa, brunatnawa lub krwawa płwocina, ściśle przylegająca do naczyń — oto cechy kliniczne, zbliżające tę postać do typowej pneumonii krupowej. Natomiast częsty brak wstrząsającego dreszczu i nie tak nagły początek, brak opryszczki, stosunkowo nie tak wysoki poziom leukocytozy, jak w płatowym z. pł., brak krytycznego spadku ciepłoty, wreszcie obraz rentgenowski, który nieraz pozwala odróżnić drobniejsze, zlewające się ogniska, zamiast jednolitego zacienienia, i niezbyt ścisłe ograniczenie zajętego obszaru do granic poszczególnych płatów różnią tę odmianę od właściwego krupowego z. pł.

Pomiędzy tym typem wrzekomo-płatowego z. pł. a zwykłą nieżyrtową odoskrzelową postacią spostrzegać można w przebiegu grypy cały szereg odmian pośrednich, którym poza tym towarzyszy indywidualnie różny udział opłucnej, a natężenie toksyczności sprawy, stopień uszkodzenia narządu krążenia i przyłączenie się powikłań ropnych nadaje tak różnorodne piętno kliniczne. Widujemy więc nieżyrtowe z. pł. z licznymi rżeniami wilgotnymi w dole obydwu płuc, bez wyraźnego stłumienia i bez wyraźnego oddechu oskrzelowego, widujemy wieloogniskowe sprawy, lokalizujące się w kilku naraz płatach obydwu płuc w postaci mniejszych ognisk bronchopneumonicznych (*pneumonia multilobularis, pneumonia migrans*), nieraz z wyraźną tendencją do ropienia — od drobnych wyjaśnień w obrębie nacieków, widocznych tylko na kliszy rentgenowskiej do olbrzymich ropni i zgorzelinowych jam, dających wyraźne objawy fizyczne. Towarzyszyć temu mogą rozmaitego nasilenia i charakteru objawy ze strony opłucnej — od nieznacznego szmeru tarcia wskutek wysięku włóknikowego do zbierania się znaczniejszych ilości płynu wysiękowego surowiczego, lub ropnego w formie otor-

ze znacznym przesunięciem wzoru i utrzymującym się przytłumieniem wypuku, z cichszym nieco, niż na początku oddechem i mniejszą ilością rżężeń. W takich przypadkach nie należy wyczekiwać, lecz trzeba wykonać nakłucie próbne, nieraz powtarzając je w ciągu dni najbliższych, gdyż, im wcześniej wykryje się istotny charakter sprawy, tym większe są szanse wyzdrowienia pacjenta.

Typowy tego rodzaju przypadek przedstawia np. Przyp. Nr 2. Kobieta lat 30, dotąd zawsze zdrowa, zachorowała wśród objawów rozległego z. pł. prawego z wyraźnym stłumieniem wypuku, głośnym oddechem oskrzelowym i mnóstwem trzeszczeń w zakresie górnego i środkowego płata — nad dolnym płatem oddech był raczej osłabiony, prawie niesłyszalny. Towarzyszyła temu b. wysoka ciepłota — ponad 40°, znaczna duszność, sinica, b. przyspieszone tętno przy braku objawów toksyczno-mózgowych. W ciągu kilku dni zwykłego leczenia nastąpiła wybitna poprawa stanu ogólnego i krążenia, ciepłota opadła do poziomu podgorączkowego, sinica i duszność ustąpiły prawie, tętno zwolniło się, ale objawy miejscowe utrzymywały się w pełni — masywne stłumienie, rżęzenia drobne i dźwięczne (w ilości daleko mniej obfitej wprawdzie), oddech z odcieniem oskrzelowym, znacznie cichszy, niż poprzednio, ale słyszalny do samego dołu, leukocytoza około 13000 w mm., w czym 6% kwasochłonnych, brak przesunięcia śródpiersia i brak wyraźnego stłumienia z przodu, zmiennego przy zmianie pozycji chorej. Można więc było sądzić, że sprawa ulega likwidacji — zastanawiało jednak utrzymywanie się wybitnej tępości, brak wyraźnych rżężeń o charakterze „*crepitatio redux*“, — przeciwnie — raczej zmniejszona ich ilość i słabszy oddech, szczególnie w dole płuca. Poza tym stwierdzić można było wyraźne tarcie osierdziowe i, pomimo niskiej ciepłoty, złe samopoczucie chorej. Podejrzewając ropny wysięk opłucnej, namawiano chorą na próbne nakłucie — pacjentka jednak i rodzina wzbraniała się w ciągu kilku dni, aż zupełnie nagle nastąpiło znaczne pogorszenie stanu chorej: ciepłota skoczyła do 38°, tętno — do 132/min., zjawiła się wybitna duszność i sinica. Nakłuciem wydobyto gęstą ropę z jamy opłucnej, i pacjentka została poddana zabiegowi operacyjnemu — o kilka przynajmniej dni za późno, i w warunkach o wiele gorszych, co znacznie przedłużyło proces gojenia.

Lepiej o wiele w podobnych przypadkach dokonać niepotrzebnie nieszkodliwego i niewielkiego zabiegu, jakim jest próbne nakłucie, aniżeli przez brak pewności i zbyt długie zwlekanie przepuścić najkorzystniejszy dla chorego moment interwencji i narazić go w następstwie na szereg ciężkich powikłań i niebezpieczeństw. Szczególnie nieprzyjemne powikłania powstają, jeżeli dochodzi do przebicia się ropnia opłucnej (wolnego, czy otorbionego) do oskrzela z wytworzeniem się przetoki opłucnowo-oskrzelowej, która ogromnie utrudnia sytuację i nie daje się często zlikwidować nawet na drodze zabiegu operacyjnego, doprowadzając po wielotygodniowym trwaniu do śmierci chorego.

Omawiając różne postacie i obrazy kliniczne grypowych zapaleń płuc, chciałbym zwrócić uwagę na jeszcze jedną postać o b. szczególnym przebiegu, której zaledwie dwa przypadki udało mi się dotychczas spotstrzegać.

Szczególnie niezwykle i trudny do odcyfrowania obraz przedstawiał pierwszy z nich, Przyp. Nr 3 z prakt. pryw. Pacjent lat około 60-u, dotąd na ogół zdrowy zachorował wśród objawów gorączki, ogólnego osłabienia z lekkim może stanem nieżytowym błon śluzowych jamy nosowo-gardzielowej, ale bez kaszlu, kłucia w boku, i bez żadnych oznak schorzenia narządu oddechowego. Przy badaniu 3-go dnia od początku choroby nie można było stwierdzić żadnych zmian obiektywnych, poza minimalnym skróceniem wypuku i nieznacznym osłabieniem od-

dechu w obrębie lewego szczytu — i to tylko od tyłu. Gdy po kilku dniach ciepłota nie obniżała się, zbadano krew na leukocytozę, która wynosiła około 8000 w cmm. bez wyraźnego przesunięcia wzoru, i wykonano zdjęcie klatki piersiowej aparatem przenośnym (dr. M e s z).

Opis rentgenologa z dn. 21.XI.35 brzmiał: całkowite, prawie równomierne zagęszczenie górnego płata l. płuca, zwłaszcza u podstawy i w części zewnętrznej. Nad przeponą pole płucne zacienione, mniej powietrzne; rozedma zastępcza prawostronna. 29.XI.35 r. zagęszczenie górnego płata jest mniej intensywne, nieco więcej przejrzyste; 27.III.1936 r. szczyt lewy zmarszczony, górny płat lewego płuca nadal zagęszczony, mało przejrzysty.

Wobec niewyraźnych objawów klinicznych, osłabienia oddechu oraz znacznego nasycenia cienia, braku kaszlu i płwociny, braku leukocytozy i wobec wieku pacjenta nasuwało się wielkie podejrzenie, iż chodzi tu o nowotwór złośliwy. Dalszy przebieg jednak wyjaśnił sprawę; stany gorączkowe o dość nieprawidłowym torze z kapryśnymi wzniesieniami co 1—2 dni i spadkami na przemian, poty, osłabienie ogólne trwały ze 6 — 8 tygodni, w ciągu których wykonywano co kilka — kilkanaście dni zdjęcia kontrolne; kaszlu, ani płwociny nadal nie było, zarówno jak żadnych objawów miejscowych poza osłabieniem oddechu; wreszcie ciepłota opadła definitywnie do normy, stan ogólny poprawił się znacznie, intensywność cienia zaczęła się zmniejszać, pozostawiając wyraźną smugowatość — i pod wpływem szeregu napromieniowań krótkofalowych i późniejszej kuracji klimatycznej nastąpił powrót do zdrowia. Ale najciekawsze było to, że dopiero w okresie zdrowienia, to j. w 7 — 8 tygodni od początku choroby, zjawił się kaszel z wyraźną płwociną o charakterze bronchektatycznym. Teraz więc jasną było rzeczą, że cała ta dziwnie przebiegająca sprawa polegała na dużym pleuropneumonicznym ognisku w górnym płacie lewego płuca o ogromnie powolnie posuwającej się rezolucji z wytworzeniem najprawdopodobniej łączno-tkankowych zmian z marskością tego płata i powstaniem wtórnym rozstrzeni.

Przypadek powyższy przedstawia pod względem obrazu rentgenowskiego pewną analogię z przypadkiem „*Pneumoniae massivae*“ z zejściem w przewlekłe śródmiąższowe zap. płuc. opisanym w swoim czasie przez L a n d a u a i J o c h w e d s a. ale różni się odeń zasadniczo swoim przebiegiem klinicznym, a mianowicie brakiem wszelkich objawów klinicznych zająęcia zapalnego tkanki płucnej (oddechu oskrzelowego, rżężeń), brakiem płwociny i kaszlu, wreszcie niskim poziomem leukocytozy (w przyp. cytowanych autorów — 28000 w 1 cmm, w wyżej opisanym — 8000). Przypadek ten ze względu na cechy rentgenologiczne i na skryty przebieg kliniczny najtrafniej scharakteryzowany być może, zdaje się, nazwą „w r z e k o m o n o w o t w o r o w e z. płuc“.

Przypadek drugi (Nr 4), aczkolwiek o zupełnie odmiennych cechach i przebiegu klinicznym, może być rozpatrywany w jednej z nim grupie zapaleń wrzekomonowotworowych, gdyż również w ciągu długiego czasu przedstawiał ogromne trudności różniczkowo-rozpoznawcze ze sprawą nowotworową płuca.

Chory lat 41 przybył do szpitala z powodu podwyższonej ciepłoty i kaszlu z odpluwaniem krwawej płwociny. Przed mniej więcej 6-u tygodniami zachorował nagle wśród podobnych objawów — gorączki do 40°, męczącego kaszlu i krwawej płwociny. Leżał wówczas 3 tygodnie w łóżku, gorączka ustąpiła, aby po 3-ch dniach bezgorączkowych znów powrócić — i znowu z kaszlem i krwawą płwociną. Po 2 tygodniach sprawa uspokoiła się ponownie, pozostał tylko suchy kaszel, ale po tygodniu zaledwie lepszego samopoczucia, a na 3 dni przed przybyciem do szpitala wszystkie objawy łącznie z krwawą płwociną wystąpiły ponownie. Przed 8 laty leczył się z powodu kaszlu ze śluzowo-ropną płwociną bez prątków K o c h a w ciągu 6 tygodni, poza tym

wywiady bez znaczenia. Przy badaniu — ciepłota 38°, tętno 108/min. miarowe, oddechów 36/min., obfita śluzowo-ropna płwocina ze śladami świeżej krwi; w płucach — z lewej strony poza nielicznymi rżeniami w dole i zaostrozonym oddechem brak zmian; z prawej od tyłu stłumienie z osłabionym drżeniem od połowy łopatki do dołu, nad stłumieniem oddech oskrzelowy z dzwicznymi rżeniami do kąta łopatki, niżej oddech słabnie, rżenia mniej dzwiczne, słyszalne do dołu. Od przodu oddech szorstki obustronnie, niezbyt liczne rżenia w dole obydwu płuc; w sercu nic szczególnego, wątroba macalna na półtora palca, śledziona niemacalna. Ogólny stan ciężki, chory wyniszczony, bladawo-sinawy, o zmęczonym, cierpiącym wyglądzie.

Z badań dodatkowych — w moczu brak zmian, w krwiwej, galaretkowatej płwocinie brak prątków Kocha i włókien spęzystych, opadanie krwinek 55 min. p-g Linzenmayera, odczyn Wassermann'a ujemny, liczba leukocytów 5800 w 1 cmm, w tym 75% segm., 2% pał., 22% lymph., brak kwasochłonnych, odczyn Widala w surowicy i posiew ze krwi — ujemne. Zdjęcie klatki piersiowej (dr. Mesz) dało wynik następujący: „uwypuklenie łuku przedsionka i powiększenie lewej komory, od prawej wnęki rozchodzą się palczaste smugi w postaci miotłki do środkowego i dolnego płata pola płucnego (*suspicium tumoris bronchogenes*); po stronie lewej gruczoły wnękowe powiększone i nasycone“. Oczywiście, że wobec wielotygodniowego trwania sprawy z ciagłymi nawrotami i krwawą płwociną, braku leukocytozy, ogólnie podupadłego stanu i wyniku badania rentgenowskiego nasuwało się podejrzenie złośliwego guza prawego płuca, raczej, aniżeli tylko procesu zapalnego w postaci powracającej, przewlekłej pleuropneumonii grypowej, tym bardziej, że i odczyn Freund-Kaminer (dr. Płon-skiej) wypadł dodatnio. W dalszym jednak przebiegu to drugie rozpoznanie okazało się słuszne, gdyż po z górą pięcioletnim trwaniu gorączki pacjent zaczął się poprawiać, kaszel zmniejszył się znacznie, ciepłota stopniowo wracała do normy, objawy miejscowe (stłumienie, rżenia) ustąpiły zupełnie, krew z płwociny zniknęła do śladów od czasu do czasu, a ponowne zdjęcie klatki piersiowej, wykonane w dwa miesiące po pierwszym, wykazało, co następuje: „nacieczenie gruczołów wnękowych zmniejszyło się znacznie, jak również i nacieczenie podstawy górnego płata (*residua post pneumoniam*“ — dr. M e s z. Pacjent został wypisany w stanie zupełnie dobrym po 9-cio tygodniowym prawie pobycie w szpitalu, co łącznie z okresem przedszpitalnym czyni trzy i pół miesiąca trwania choroby. Najciekawsza jest rzeczą, że tak ciężka i długotrwała sprawa nie pozostawiła po sobie nawet objawów z. pł. śródmiaższowego, czy rozstrzeni oskrzelowych, jak to było w przypadkach Landaua i Jochwedsa i w wyżej opisanym przypadku wrzekomonotworowego przebiegu z. płuc.

Jak widzimy więc z tego ogólnego rzutu oka, można wprowadzić kilka charakterystycznych grup, kilka zasadniczych klinicznych postaci, pod jakimi przejawia się zwykły najczęściej grypowe z. pł.

Istnieje kilka prób wprowadzenia podziału klinicznego tych zapaleń. Oczywiście, że każdy podział taki, nieoparty na jakichś zasadniczych podstawach anatomicznych, czy patologicznych, nosi piętno pewnej dowolności, ale, jeżeli obejmuje on mniej więcej całość zjawisk, spotykanych w klinice, jeżeli jest dostatecznie prosty i dostępny i posiada ponadto pewną praktyczną wartość z tych, czy innych względów, może być z wielkim pożytkiem stosowany w praktyce.

Tak np. czysto praktyczny podział kliniczny, sformułowany raczej pod kątem widzenia rokowania, proponuje w swojej ostatniej diagnostyce różniczkowej Naegeli. Odróżnia on następujące postacie grypowych z. pł.

- 1) ostry obrzęk krwotoczny płuc z zejściem śmiertelnym w ciągu 1—2 dni;
- 2) krwotoczne odoskrzelowe z. pł. — śmiertelność 90%;
- 3) banalne ograniczone odoskrzelowe z. pł. — postać najczęstsza, śmiertelność 5%;
- 4) odoskrzelowe z. pł. z rozlanego nieżyty oskrzeli — śmiertelność 50%;
- 5) prosówkowa postać odoskrz. z. pł. — bardzo rzadka postać;
- 6) krupowe płatowe z. pł. — równie częste, jak postać 3-a, śmiertelność 40%.

Nieco odmienny i może bardziej jeszcze oparty na czysto klinicznych cechach jest podział, proponowany przez Swensona. Odróżnia on mianowicie 3 zasadniczo różne klinicznie grupy z. pł.

A. ostry krwotoczny obrzęk — identyczna postać z 1-a grupą Naegelięgo;

B. odoskrzelowe z. pł., które z kolei rozpada się na 3 podgrupy:

- 1) krwotoczna postać odoskrz. z. pł. — najcięższa,
- 2) odoskrzelowe z. pł. z rozlanym ropnym niezłym oskrzeli — cechuje ją skłonność do ropnych powikłań;
- 3) zwykła banalna postać odoskrz. z. pł. o przebiegu łagodnym, dość skąpej płwocinie, bez specjalnych powikłań — identyczna na ogół z 3-ą grupą podziału Naegelięgo;

C. postać wrzekomopłatowa, b. podobna do zwykłego krupowego z. pł. od którego się różni nie tak gwałtownym początkiem, brakiem przełomu i długim trwaniem i obrazem sekcijnym (mniejsza ilość włókienka w pecherzykach płucnych, gładka, a nie ziarnista powierzchnia przekroju płuca, pstry wygląd przekroju w przeciwstawieniu do jednolitego zwatrobienia z. pł. krupowego). Jako odmianę pewną tej grupy podaje Sw. postać, przypominającą opisaną wyżej, jako postać wrzekomonotworową, przypadek Nr 3. Postać tę cechuje ognisko płucne, dające absolutną tępość, niesłyszalny oddech, osłabione drżenie i intensywne zacienienie przy prześwietleniu promieniami Roentgena, przypominające wsiek opłucnej; ognisko to b. długo nie ulega resorpcji i często prowadzi do marskości zajętego odcinka płuca. Na tę postać pierwszy zwrócił uwagę Grancher (p. również przypadek Landaua i Jochwedsa „*pneumoniae massivae*“, cytowany wyżej).

Przytoczony tu podział Swensona jest istotnie b. praktyczny, wygodny i doskonale odzwierciadla różnorodność obrazów klinicznych, spotykanych w przebiegu powikłań płucnych grypy. Jeżeli jednak podział, który pozwole sobie poniżej zaproponować, różni się nieco od podziału Swensona, to z tego może względu, iż poza charakterystyką czysto kliniczną starałem się wprowadzić doń momenty, mogące stanowić pewne pośrednie wytyczne dla orientacji terapeutycznej celem łatwiejszego wyboru tego, czy innego środka z aż nadto obfitego i może nieco chaotycznie używanego arsenału leczniczego, jaki stoi dziś do dyspozycji lekarza w tych przypadkach. Prowadzi to często do nadmiernej, niecelowej i przesadnej noliopragmazji, wynikającej właśnie z braku jakiejś męśli przewodniej, jakiejś nici orientacyjnej — poza alarmującą świadomością, iż ma się do czynienia ze sprawą niezmiernie ciężką i niebezpieczną.

Z tego więc punktu widzenia odróżniać można na-

stępujące postacie zapaleń płuc, spotykanych w przebiegu grypy:

I. Odoskrzelowe z. pł. banalne typu nieżytowego (*bronchopneumonia gripposa e bronchitide s. bronchiolitide gripposa*);

II. odoskrzelowe grypowe zlewające się rzekomopłątowe z. pł. (*bronchopneumonia gripposa confluens pseudolobaris*) o przebiegu

a) ostrym,

b) podostrym z zejściem w marskość i wytwarzaniem się rozstrzeni oskrzelowych; tu należy odnieść wyżej opisaną postać „*pneumoniae massivae*“, wzgl. przyp. 3-i (rzekomonowotworowego z. pł.);

III. odoskrzelowe z. pł. typu I lub II o przebiegu toksycznym:

a) postać śródbłonkowotoksyczna (krwotoczna, anoksemiczna) z szarą sinicą wskutek utrudnienia wymiany gazów = *pneumonosis* — i po-

rażeniem układu naczyń włosowatych, często z żółtaczką, ale bez wybitniejszych zmian ze strony mózgowia i zaburzeń świadomości,

b) postać toksyczno-mózgowa — (z dominującymi od początku objawami zaburzeń ze strony psychiki — stan odurzenia aż do zupełnej nieprzytomności, stany podniecenia i niepokoju psychicznego aż do okresów amentrywnych, jak w przypadku K nastera),

c) postać krążeniowa (wczesne objawy obrzęku płuc przy zdrowym uprzednio narządzie krążenia, bez wyraźnych objawów porażenia obwodowych naczyń włosowatych i bez zaburzeń mózgowych (p. wyżej przypadek Nr 1);

IV. odoskrzelowe z. pł. typu I i II o przebiegu septycznym (z wybitną tendencją do powikłań ropnych i zgorzelińowych ze strony płuc i opłucnej). (Dok. nast.).

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Zakładu Farmakologii U. J. w Krakowie
(Dyrektor: Prof. Dr. J. Supniewski).

Działanie johimbiny na przemianę materii.

Podał

H. BEER (Kraków).

(Dokończenie — patrz z Nr 9).

Oksydazy.

Do doświadczeń użyto odwirowanego i przefiltrowanego soku ziemniaków.

Przed wykonaniem doświadczenia oznaczano miano soku, t. zn. największe jego rozcieńczenie, w którym występowała jeszcze reakcja oksydazowa. Do szeregu próbek wlewano po 1 cm³ odpowiednio rozcieńczonego soku i 1 cm³ roztworu johimbiny. Po wstawieniu do termostatu na 15 minut dodawano do każdej próbki 1 cm³ nalewki gwajakowej. Próbkę kontrolną zawierała 1 cm³ soku i 1 cm³ wody przekropionej.

Miano soku: 1/1000000.

Rozcieńczenie yb.	Rozcieńczenie soku		
	1/50	1/100	1/1000
1/800	0	++	0
1/1170	+	++	0
1/1500	++	++	0
Kontrola	+++	+++	+++

Miano soku: 1/1000.

Rozcieńczenie yb.	Rozcieńczenie soku	
	1/100	1/500
1/800	+	0
1/1170	++	0
1/1500	++	0
Kontrola	+++	+++

Miano soku: 1/200.

Rozcieńczenie yb.	Rozcieńczenie soku	
	1/10	1/200
1/400	+++	0
1/500	+++	0
1/700	++	0
1/1000	++	0
Kontrola	++	++

Peroksydazy.

Użyto soku chrzanu, stosując tę samą metodę, co w doświadczeniach nad oksydazami. Zamiast nalewki gwajakowej użyto 0,5 cm³ 1% roztworu benzydyny w 50% alkoholu oraz 0,5 cm³ perhydrolu.

Miano soku: 1/40.

Rozcieńczenie yb.	Rozcieńczenie soku	
	1/20	1/40
1/800	0	0
1/1170	0	0
1/1500	0	0
Kontrola	+++	+++

Miano soku: 1/400.

Rozcieńczenie yb.	Rozcieńczenie soku 1/40
1/800	0
1/1170	0
1/1500	0
1/1600	0
Kontrola	+++

Miano soku: 1/500.

Rozcieńczenie yb.	Rozcieńczenie soku 1/200
1/400	+
1/500	+
1/700	+
1/1600	++
Kontrola	++

Miano soku: 1/200.

Rozcieńczenie yb.	Rozcieńczenie soku 1/100
1/200	+
1/250	++
1/350	++
1/500	+++
1/700	+++
Kontrola	+++

Katalazy.

Metoda: 1 gr. wątroby roztarto dokładnie w 100 cm³ płynu Ringera dla żab. Po przesączeniu otrzymanego maceratu wstawiono go na 30 minut do lodowni. Do 5 cm³ w powyższy sposób przygotowanego wyciągu, zawierającego katalazę, dodawano 5 cm³ 0,1% perhydrolu. Po upływie 20 minut dodawano pipetą 1 cm³ 10% jodku potasu, a następnie 1 cm³ 20% kwasu siarkowego, po czym miareczkowano 1/100 N tiosiarczanem sodowym w obecności krochmalu aż do zniknięcia zabarwienia fioletowego. Przez cały czas trwania doświadczenia kolbki, zawierające wyciąg i odczynniki, były zanurzone w wodzie z lodem.

Doświadczenia wykonywaliśmy w następujący sposób: w jednej kolbce oznaczaliśmy działanie katalazy w warunkach normalnych. W trzech następnych kolbkach oznaczaliśmy działanie katalazy po uprzednim dodaniu johimbiny w różnych rozcieńczeniach. Dwie ostatnie kolbki służyły do kontroli, a mianowicie jedna z nich (oznaczona w protokołach jako „Kontrola I”) zawierała 5 cm³ płynu Ringera i 1 cm³ 1% roztworu johimbiny, druga (oznaczona w protokołach jako „Kontrola II”) zawierała 5 cm³ płynu Ringera. Do każdej z wymienionych kolbek dodawano następnie odczynniki w sposób, wyżej podany.

Cyfry, podane w protokołach, wyrażają ilość (w cm³) tiosiarczanu sodowego, zużytego do miareczkowania.

Rozcieńczenie maceratu 1/10000.

Norma	Roztwory johimbiny			Kontrola I.	Kontrola II.
	1/600	1/700	1/800		
0.02	0.88	0.70	1.70	6.85	6.90

Rozcieńczenie maceratu 1/500.

Norma	Roztwory johimbiny			Kontrola I.	Kontrola II.
	1/600	1/700	1/800		
0.80	2.00	2.30	3.00	5.57	6.20

Rozcieńczenie maceratu 1/500.

Norma	Roztwory johimbiny			Kontrola I.	Kontrola II.
	1/600	1/700	1/800		
1.35	2.45	3.15	4.25	5.40	5.20

Opisane doświadczenia z oksydazami, peroksydazami i katalazami wskazują na to, że johimbina posiada własność hamowania działania fermentów komórkowych. Po dodaniu johimbiny odpowiednie reakcje bądź w ogóle nie występują, albo też zjawiają się dopiero po kilku minutach w nasileniu znacznie słabszym, aniżeli w doświadczeniu kontrolnym, bez johimbiny. Należy jednak zaznaczyć, że dla otrzymania podanych wyników konieczne jest użycie rozcieńczeń soku chrzanu, czy ziemniaków, zbliżonych do rozcieńczenia maksymalnego, dającego jeszcze odpowiednie reakcje. Wpływ johimbiny zaznacza się już w rozcieńczeniu 1/1600, jest więc dość silny.

Działanie na bakterie.

Do doświadczeń użyto gronkowca złocistego i lasecznika okrężnicy.

Do 2 cm³ bulionu dodawano 3 krople zawiesiny bakterii i 1 cm³ johimbiny w różnych rozcieńczeniach. Po 24 i 48 godzinach pobytu w termostacie oznaczano wzrost bakterii, stwierdzony posiewem na agar skośny. Próbowka kontrolna zawierała 2 cm³ bulionu i 3 krople zawiesiny bakterii.

Gronkowiec złocisty.

I.

Roztwory johimbiny	1/300	1/600	1/900	Kontrola
Wzrost bakterii po 24h	+	++	+++	+++

II.

Roztwory johimbiny	1/100	1/300	1/600	Kontrola
Wzrost bakterii po 24 h	0	0	0	+++
Wzrost bakterii po 48 h	0	0	+	+++
Wzrost na agarze z posiewu po 24 h	0	0	+	+++

III.

Roztwory johimbiny	1/100	1/300	1/600	Kontrola
Wzrost bakterii po 24 h	0	0	0	+++
Wzrost bakterii po 48 h	0	+	++	+++
Wzrost na agarze z posiewu po 24 h	0	+	+	+++

Lasecznik okrężnicy.

I.

Roztwory johimbiny	1/300	1/600	1/900	Kontrola
Wzrost bakterii po 24 h	+	+	+++	++++
Wzrost bakterii po 48 h	0	++	+++	++++

II.

Roztwory johimbiny	1/100	1/300	Kontrola
Wzrost bakterii po 24h	+	0	+++
Wzrost bakterii po 48h	0	0	+++
Wzrost na agarze z posiewu po 24h	0	0	+++

III.

Roztwory johimbiny	1/100	1/300	Kontrola
Wzrost bakterii po 24h	0	0	+++
Wzrost bakterii po 28h	0	0	+++
Wzrost na agarze z posiewu po 24h	0	0	+++

Przytoczone doświadczenia wskazują na to, że johimbina hamuje wzrost bakterii już w rozcieńczeniu 1/900, w stężeniu zaś 1/100 zabija je.

Wyniki.

1. Johimbina w małych dawkach pobudza, w dużych hamuje zużycie tlenu przez białe szczury. Wpływa na zużycie tlenu i wydzielanie azotu u królików niejednolicie, u jednych hamuje, u innych pobudza je.

Podobne wyniki, jak u królików, otrzymano w doświadczeniach nad przemianą gazową żab i myszy.

2. Johimbina zmniejsza zużycie tlenu przez miazgę wątroby szczurów, myszy i żab.

3. Johimbina hamuje lub poraża działanie fermentów komórkowych: oksydaz, peroksydaz i katalaz.

4. Johimbina działa bakteriobójczo na gronkowce złociste i na laseczniki okrężnicy.

PIŚMIENNICTWO.

1. Akamatsu Madoka: Okayama Igakkai Zashi 43. 1931. 1461. (Rhoma-Berichte 64. 618); 2. Akamatsu Madoka: Okayama Igakkai Zashi 44. 1932. 3047; 3. Cheymol J., Quinquaud A., Arch. Inter. Pharmacodyn. 38. 1930. 431; 4. Cheymol J., Quinquaud A., Hazard: Arch. Inter. Pharmacodyn. 38. 193. 434; 5. Dominguez E., Solomjan A.-S.: Cpt. rend. Soc. Biol. 95. 1926. 1083; 6. v. Euler U. S.: Arch. Inter. Pharmacodyn.: 44. 1932. 464; 7. Gugliemetti I.: Cpt. rend. Soc. Biol.: 87. 1922. 692; 8. Gley E., Czarnecki E.: Cpt. rend. Soc. Biol.: 97. 1927. 1156; 9. Hamet Raymond: Bullt. d. sces. pharmacol. 32. I. 1925. 21; 10. Hamet Raymond: Cpt. rend. Soc. Biol. 93. 1925. 1274; 11. Hamet Raymond: Cpt. rend. Acad. Sciences 180. 1925. 2074; 12. Hamet Raymond: Cpt. rend. Acad. Sciences 182. 1926. 170; 13. Hamet Raymond: Cpt. rend. Soc. Biol. 94. 1926. 843; 14. Hamet Raymond: Cpt. rend. Soc. Biol. 96. 1927. 2; 15. Hamet Raymond: Cpt. rend. Acad. Sciences 185. 1927. 610; 16. Hamet Raymond: Cpt. rend. Soc. Biol. 7. 1927. 618; 17. Hamet Raymond: Cpt. rend. Acad. Sciences 187. 1928. 142; 18. Hamet Raymond: Cpt. rend. Acad. Sciences 190. 1930. 974; 19. Hamet Raymond: Cpt. rend. Soc. Biol. 107. 1931. 711; 20. Hamet Raymond: Cpt. rend. Soc. Biol. 108. 1931. 963; 21. Hamet Raymond: Cpt. rend. Soc. Biol. 108. 1931. 1046; 22. Hamet Raymond: Cpt. rend. Soc. Biol. 109. 1932. 443; 23. Hamet Raymond: Rev. de Pharmacol. 2. 1931. 69; 24. Hamet Raymond: Tournade A.: Cpt. rend. Soc. Biol. 108. 1931. 654; 25. Hamet Raymond: Rev. de Pharmacol. 2. 1932. 238; 26. Hammond J.: Journ. of agricult. science II. 1926. 336; 27. Hazard R.: Cpt. rend. Soc. Biol. 107. 1931. 195; 28. Hazard R.: Cpt. rend. Acad. Sciences. 194. 1932. 486; 29. Hohn G., Brandenburg W.: Bercht. d. chem. Gesell. 59. 1926. 2189. (Rhon. B. 30, 781); 30. Hohn G., Brandenburg W.: Bercht. d. chem. Gesell. 60. 1927. 669; 31. Heymans C., Bouckaert J., I.: Cpt. rend. Soc. Biol. 103. 1930. 923. 32. Heymans C., Bouckaert J., I.: Arch. Inter. Pharmacodyn. 38. 1930. 325; 33. Imahashi Tetuzo: Okayama Igakkai Zashi 40. 1928. 1149. (Rhon. B. 48, 139, 712); 34. Loewe S., Lange F., Voss H., Pass E.: Naunyn-Schmiedeberg: Arch. 122. 1927. 366; 35. Loeper M., Lemaire A., Patel J.: Cpt. rend. Soc. Biol. 182. 1929. 891; 36. Loeper M., Lemaire A., Patel J.: Cpt. rend. Soc. Biol. 103. 1930. 1187; 37. Mercier R., Hamet R.: Cpt. rend. Soc. Biol. 107. 1931. 1117; 38. Nitzescu I. I.: Cpt. rend. Soc. Biol. 98. 1928. 1482; 39. Pongs A.: Ztft. f. exper. Pathol. u. Therapie 10. 1912. 479; 40. Poulssoen E.: Heffter A. Handbuch d. exper. Pharmacologie II. 1920. 173; 41. Rothlin E.: Rev. de Pharmacol. 2. 1930. 1-20. 42. Stedmann E.: Ber. d. chem. Gesell. 60. 1927. 669; 43. Sten Hanson: Cpt. rend. Soc. Biol. 101. 1929. 601; 44. Sato Kikichi Yeikichi Nishimura Jap. I. med. Sci. Trans. IV. Pharmacol. 5. 1931. 100; 45. Takeo Matsumura: Jap. I. med. Sci. Trans. IV. Pharmacol. 5. 1931. 100. (Rhon. B. t. 64. str. 204); 46. Topol. R.: Ztft. f. Fleisch u. Milchhygiene 31. 1920. V. 57. 204; 47. Tanak Hisashi: Okayama Igakkai Zashi 41. 1929. 1068. (Rhon. B. 52. 505); 48. Villaret M., Bezançon I., de Seze St.: Cpt. rend. Soc. Biol. 104. 1930. 1244; 49. Villaret M., Bezançon I., de Seze St.: Cpt. rend. Soc. Biol. 106. 1931. 1210; 50. Vondraček VI.: Čas. lek. česk. 1932. 613—620. 653—656. 681—684. 714—717; 51. Weger P.: Cpt. rend. Soc. Biol. 96. 1927. 795; 52. Weger P.: Arch. Inter. Pharmacodyn. 40. 1931. 444; 53. Wernat K.: Ber. D. chem. Gesell. 64. 1931. 1408. (Rhon. B. 38. 652); 54. Warburg, Kubowitz: Biochem. Ztft. 121. 1930. 494; 55. Weinberg S. J.: Journ. of Pharmacol. 47. 1933. 79; 56. Yamauchi Masashi: Okayama Igakkai Zashi 39. 1927. 1789. (Rhon. B. 45. 141.); 57. Yamauchi Masashi: Fol. Pharmacol. Japon. 6. 1928. 479. (Rhon. B. 46. 526.); 58. Yamauchi Masashi: Okayama Igakkai Zashi 40. 1928. 1149. (Rhon. B. 48. 139.).

Z Zakładu Patologii Ogólnej i Doświadczalnej Uniwersytetu
Józefa Piłsudskiego w Warszawie.
(Kierownik: Prof. Dr. F. Venulet).

Czy witamina A posiada własności antygenne?

Podał

Dr. J. P. KLAPERZAK (Warszawa).

W 1934 r. Collip i jego współpracownicy ogłosili szereg prac o t. zw. antihormonach, które powstają w organizmie zwierzęcym po dłuższym wstrzykiwaniu pewnych hormonów. Poza tym stwierdzili oni, że po pewnym czasie od chwili rozpoczęcia iniekcji wytwarza się u zwierząt odporność wobec danych hormonów, i że dane ciała odpornościowe dają się przez wstrzykiwanie surowicy zwierząt uodpornionych przenieść na zwierzęta nieuodpornione. W ten sposób udowodnili oni obecność antihormonów dla hormonu tyreotropowego przedniego płata przysadki mózgowej, dla oczyszczonego hormonu wzrostu, dla hormonu gonadotropowego przedniego płata przysadki mózgowej i dla gonadotropowego hormonu moczu ciężarnej.

W rok potem H. Ehrlich ogłosił, że udało mu się u królików oraz owiec, wstrzykując hormon gonadotropowy dożylnie, udowodnić obecność przeciwciał przy pomocy odczynu wiązania dopełniacza. C. Bachmann otrzymał podobne wyniki jak H. Ehrlich, stosując hormon gonadotropowy.

Gustus, Meyer, Roland i Dingle stwierdzili w surowicy małej płci żeńskiej, którym wstrzykiwali dożylnie lub też podskórnie hormon gonadotropowy, izolowany z surowicy kłaczki ciężarnej, substancję, neutralizującą dany hormon, a u poszczególnych małych stwierdzili obecność niedużych ilości precypityn wobec hormonu stosowanego lub też wobec surowicy końskiej.

W latach 1935—1937 ogłoszono szereg dalszych prac (J. Bauer, S. Kunewälder i F. Schächter, R. Brandt i H. Goldhammer, F. Eichbaum i V. Kindermann, Rowland i A. S. Parkes, poza tym C. F. Fluhman), z których wynika, że po wstrzykiwaniu rozmaitych hormonów przy pomocy odczynu wiązania dopełniacza daje się ujawnić obecność przeciwciał, poza tym stwierdzili wyżej wymienieni autorzy substancje, neutralizujące działanie danego hormonu.

Wobec bliskiego pokrewieństwa, istniejącego między hormonami i witaminami, było więc rzeczą bardzo ciekawą przekonać się, czy uda się również, otrzymać eksperymentalnie przeciwciała przeciwko witaminom.

Beyer i Scholler wykazali (1932) przy pomocy kombinowanego uodpornienia serologiczne różnice pomiędzy ergosteryną naświetlaną (witaminą D) i nienaświetlaną. Jak następnie podaje Stefl (1937), witamina D, wprowadzona podskórnie z białkiem heterogennym powoduje powstanie przeciwciał, które chronią zwierzę przed wstrzyknięciem dawki śmiertelnej witaminy D. Poza tym udało mu się do pewnego stopnia uodpornienie bierne zwierząt przy pomocy surowicy królików, uodpornionych za pomocą witaminy D.

Celem niniejszych badań jest próba wywołania przeciwciał u królików przy pomocy uodpornienia ich witaminą A. Do tego celu stosowaliśmy preparat Vogan firmy Bayer i Merck, której uprzejmie dziękuję. Preparat ten zawiera w silnej koncentracji witaminę A, którą otrzymuje się ze specjalnych rybich olejów wątrobowych; zagęszczone oleje wątrobowe rozcieńcza się olejem ługowym do zawartości 120.000 jednostek międzynarodowych witaminy A w 1 cm³.

Przed wstrzyknięciem królikom Voganu kontrolowano ich surowicę na obecność przeciwciał wobec witaminy A przy pomocy odczynu wiązania dopełniacza.

Przyrządziliśmy do tego celu roztwór alkoholowy 3‰ czystej karotyny β *) (0,6 cm³. Voganu + 15 cm³. 96° alkoholu etylowego), który służył nam do próby Bordet-Gengou (wzięto 1 część 3‰ roztworu alkoholowego czystej karotyny β i dodano 5 części roztworu 0,9% soli kuchennej, po dodaniu każdej części 10 sekund pauzy).

Technika odczynu wiązania dopełniacza: do 0,5 cm³. rozcieńczonej (1:20) inaktywowanej surowicy królika dodawano 0,1, 0,2, 0,3 cm³. antygeny, w wyżej podany sposób przyrządzonego, 0,25 cm³. rozcieńczonego komplementu (5 dawek hemolitycznych), odpowiednią ilość 0,9% roztworu soli kuchennej, aby ogólna ilość wynosiła 1,5 cm³. i pozostawiono przez 1 godzinę w cieplarni przy temperaturze 37°, po czym dodawano 0,5 cm³. 3‰ uczulonych krwinek barana, po 15 minutach w cieplarni odczytywano wynik.

Ogółem do badań zużyto 12 królików (po 6 samców i samic; waga wynosiła od 2½—3 kg.).

Dwa króliki otrzymywały codziennie lub co drugi dzień przez 2 miesiące Vogan z roztworem fizjologicznym soli kuchennej podskórnie.

Wzięto roztwór 3‰ karotyny β początkowo w ilości 0,1 cm³, następnie 0,3 cm³, 1 cm³ i 3 cm³ oraz dodawano 5 cm³, 4,7 cm³, 4 cm³ i 2 cm³. 96° alkoholu etylowego. Z tych rozcieńczonych roztworów karotyny β pobierano następnie 1 część i dodawano 5 części roztworu 0,9% soli kuchennej. W ten sposób przyrządzono 4 roztwory, które w 3 cm³. zawierały po 20v, 60v, ¼ mg. i 1 mg. czystej karotyny β . Dwóm królikom wstrzyknięto podskórnie 6 razy po 20v, 3 razy po 60v, 2 razy po ¼ mg. i 21 razy po 1 mg. czystej karotyny β .

Z pozostałych 10 królików pięciu zwierzętom wstrzykiwano podskórnie w przebiegu 1 miesiąca, a reszcie przez 2 miesiące codziennie lub co drugi dzień karotynę β , ale sol przyrządzony został zamiast roztworem fizjologicznym soli przy pomocy surowicy świńskiej, 10-cio-krotnie rozcieńczonej solą fizjologiczną, przyjmując, że karotyna β posiada własności haptenu. Po godzinie pozostawiania w cieplarni zawieszinę wstrzykiwano.

Półowa królików, którą uodporniano przez miesiąc otrzymywała każdorazowo ¼ mg. karotyny β , półowa natomiast otrzymywała 6 razy po 20v, 3 razy po 60v, 2 razy po ¼ mg. i 21 razy po 1 mg. karotyny β .

*) Otrzymanie czystej witaminy A jest niezmiernie trudne, i dotychczas nie udało się wyodrębnić jej w stanie krystalicznym. Symetrycznie zbudowana cząsteczka karotyny β zawiera dwie grupy witaminy A. Przez rozszczepienie cząsteczki karotyny β i przyłączenie wody powstają dwie cząsteczki witaminy A. Rozkład ten odbywa się również w żywym ustroju. Na podstawie powyższych danych możemy więc zrozumieć, że karotyna posiada działanie witaminy A.

Okazało się, że uodpornienie zwykłe królików Voganem, zarówno jak i kombinowane rozcieńczoną surowicą świńską, daje wyniki ujemne.

Poza tym wstrzykiwano co drugi dzień trzem królikom przez 2 miesiące olejek ługowy z surowicą świńską, 10-cio krotnie rozcieńczoną roztworem fizjologicznym soli. Stosowany sol przyrządzono w sposób identyczny, jak zawieszinę Voganu. Wyniki były również ujemne.

Streszczenie.

1) Uodpornienie zwykłe królików Voganem, zarówno jak i kombinowane rozcieńczoną surowicą świńską, daje wyniki ujemne.

2) Olejek ługowy z surowicą świńską również nie powoduje powstania przeciwciał, skierowanych przeciwko olejkowi ługowemu.

PIŚMIENNICTWO.

1) The production of serum inhibitory to the thyrotropic hormone — J. B. Collip and E. M. Anderson (the Lancet, Jan. 13, 1934). 2) Further studies on loss of sensitivity to anterior pituitary — like hormone of pregnancy urine — H. Selye, C. Bachman, L. Thomson and J. B. Collip (Proc. soc. exp. Biol. a Med. Vol. 31, 1934, p. 1113). 3) Loss of sensitivity to anterior pituitary — like hormone of pregnancy urine — H. Selye, J. B. Collip and T. L. Thomson (Proc. soc. exp. Biol. a Med. 1934, 31, 487). 4) Relationship of precipitin titers to gonadotropic inhibitory action of monkey sera — Gustus Edwin L. Meyer, Roland K. and Dingle, John H. (Proc. soc. exp. Biol. a Med. 33, 257—261, 1935). 5) Untersuchungen über die antigenen Funktionen von Hormonpräparaten gonadotropes Hypophysenvorderlappenhormon (Prähormon) — F. Eichbaum und V. Kindermann (Zeitschr. f. Immun. Bd. 86, 1935, S. 284). 6) Untersuchungen über die antigenen Funktionen von Hormonpräparaten. I. a. Weitere Mitteilung über das gonadotrope Hypophysenvorderlappenhormon (Prähormon) — W. Kindermann und F. Eichbaum (Zeitschr. f. Immun. Bd. 89, H. 3—4, 1936). 7) Untersuchungen über die antigenen Funktionen von Hormonpräparaten, II. Thyreotropes Hypophysenvorderlappenhormon. — F. Eichbaum und V. Kindermann (Z. f. Immun. Bd. 89, H. 6, 1936). 8) Beitrag zur Immunisierung mit gonadotropen Hormonen — H. Ehrlich (Kl. Wo. Nr. 50, 1935). 9) Species — specificity in production of anti gonadotropic substances — C. F. Fluhmann (Proc. of the soc. of exp. biol. and Med. Vol. 32, Nr 6, 1935, p. 1595). 10) Über Immunisierungsvorgänge bei Hyperthyreoidismus — J. Bauer, E. Kunewälder und F. Schächter (W. kl. Wo. Nr. 2, 1936). 11) Die Spezifität der gonadotropen Hormone und ihrer Antisera — R. Brandt und H. Goldhammer (Zeit. f. Immun. Bd. 88, H. 1/2, 1936). 12) Antikörper gegen lipoide Hormone — R. Brandt und H. Goldhammer (Kl. Wo. 51) 1936. 13) Zur Analyse der antihormonalen Wirkstoffe — V. Kindermann und F. Eichbaum (Kl. Wo., 12, 1937). 14) Über Antihormone — J. Bauer, E. Kunewälder und F. Schächter (W. Kl. Wo. Nr. 3, 1937). 15) Inhibition of the gonadotropic activity of the human pituitary by antiserum — J. W. Rowlands and A. S. Parkes (Lancet, april 17, 1937). 16) Über antigene Eigenschaften von Vitamin D — J. Stefl (Kl. Wo Nr 32, 1937). 17) Berger und Scholler — Kl. Wo., 1932, S. 158).

Z teki Lekarza Praktyka.

Leczenie dietetyczne biegunek.

Podał

Dr. Ludwik JUSTMAN (Warszawa).

Nie bez pewnego wahania i obawy zabieram głos w „Trybunie Lekarza-Praktyka“. Zadaniem tego działu

jest bowiem podawanie konkretnych wiadomości, nadających się do zastosowania w praktyce codziennej — wyłuskanie wskazań konkretnych i dostatecznie uzasadnionych i ujęcie ich w pewne schematy. Schematy te powstają w ten sposób, że z dużego szeregu spostrzeżeń niekiedy wielu pokoleń lekarskich zbieramy naj-

częściej napotykanie, najtypowsze i, wiążąc je ze sobą, tworzymy pewien obraz całości, tak zwanego „normalnego” przebiegu schorzenia, wzgl. leczenia. Ale jeżeli pojęcie normy jest fikcją w stosunku do osobnika zdrowego, to tym bardziej nierealne jest ono u człowieka chorego, u którego zaburzenia korelacji tym dobitniej ujawniają istnienie poważnych odchyłeń indywidualnych. Wystarczy porównać klasyczny opis przebiegu danego schorzenia z naszym doświadczeniem praktycznym, aby dojść do wniosku, że bodaj najrzadziej mamy do czynienia z przebiegiem, ściśle odtwarzającym opis podręcznika.

Dlatego też nie wolno nam bezkrytycznie posługiwać się gotowym schematem, lecz należy bezustannie i jak najkrytyczniej konfrontować go z naszym spostrzeganiem, z dostrzeżonymi odchyleniami indywidualnymi danego przypadku. Umiejętność koniecznego kompromisu między wiadomościami książkowymi a znajomością danego, indywidualnie ujmowanego przypadku — to zasadnicze cechy dobrego lekarza; zdobywa się je drogą doświadczenia, intuicji lekarskiej, a przede wszystkim przez czysto ludzkie podejście do chorego człowieka, dążenie do ujęcia go całkowitego, somatycznego i psychicznego.

Ale odchylenia indywidualne dotyczą nie tylko chorego, niekiedy i nasze środki lecznicze płatają nam złośliwe figle. Mały przykład z własnej praktyki: od wielu lat stosowałem w leczeniu biegunek, łącznie z czerwona, dietę jabłkową podług M o r o i miałem wybitnie pomyślne wyniki. I dopiero lato ubiegłe (1937) sprawiło mi liczne zawody. Dziwne to dla mnie zjawisko wytłumaczył mi pacjent mój, hurtownik owoców. Okazuje się, że w roku bieżącym skutkiem wpływów atmosferycznych jabłka odznaczały się mniejszą ilością soku, łatwiej się psuły. Należy więc przypuszczać, że w związku z tymi dostrzeżonymi przez specjalistów zmianami, zmienił się i skład chemiczny i chemiczno-fizyczny jabłek, co doprowadziło do osłabienia ich działania przeciwbiegunkowego.

Z tymi zastrzeżeniami przystępuję do omówienia leczenia dietetycznego biegunek. Jest ono niezmiernie trudne z tego powodu, że biegunki stanowią pojęcie zbiorowe, obejmujące wiele postaci, mających mało ze sobą wspólnego. Nie zapuszczając się tutaj w dokładne omawianie rozpoznania różnicowego biegunek, uprzedzam, że z rozważań mych eliminuję zupełnie biegunki niewątpliwie wtórne, jak naprz. w przebiegu duru, gruźlicy, biegunki mocznicowe, biegunki w przebiegu schorzeń gruczołów wkręwnych, jak naprz. w chorobie B a s e d o w a i A d d i s o n a. Ograniczam się do biegunek, których wyłączną przyczyną są zaburzenia w przewodzie pokarmowym.

Tu musimy wprowadzić pewien podział, a więc na biegunki ostre i przewlekłe i na biegunki o wyraźnych objawach nieżytowych i bez tych objawów. Zasadniczo biegunka jest objawem zaburzeń, względnie schorzenia w obrębie jelit grubych, i polega na przyspieszeniu perystaltyki w okrężnicy i upośledzonym wchłanianiu wody, skutkiem czego kał nie ulega zagęszczeniu. Jednak zawsze rozważyć winniśmy, do jakiego stopnia wciągnięte są w sprawę chorobową żołądek i jelita cienkie, tak naprz. dur brzuszny umiejscawia się głównie w jelitach cienkich. W biegunkach, które omawiamy dzisiaj, o zajęciu jelit cienkich wnioskujemy głównie na zasadzie wyraźnych zaburzeń trawienia, ciężkiego stanu ogólnego i szybko postępującego wyniszczenia.

Właściwie poza obrębem pojęcia biegunek znajdo-

wać się winny częste wypróżnienia, spowodowane schorzeniem najniższego odcinka jelit — esicy i prostnicy — widujemy tu sformowane kawałki kału, pływające w śluzie, ewentualnie z domieszką krwi — niekiedy kał pod wpływem produktów zapalnych ulega wtórnemu rozmiękczeniu. Do jakiego stopnia ujmowanie tych spraw jako biegunek jest błędne, świadczy opisany przez S t r a u s s a obraz chorobowy *proctostasis paradoxa* — jest to nisko położone zaparcie; guzy kałowe rozpuszczają się na powierzchni, dając rzekomo biegunkowe wypróżnienia. Badanie przez odbytnicę wykazuje obecność tych guzów kałowych, wyslizgujących się spod ucisku badającego palca. W tych przypadkach środek czyszczący niekiedy odrazu likwiduje całą sprawę.

W sprawach ostrych po podaniu przeważnie wskazanego środka czyszczącego stosujemy jedno, a czasem nawet dwudniową głodówkę. Trapiące chorego pragnienie zwalczamy w cięższych przypadkach przez podanie podskórne soli fizjologicznej lub cukru gronowego, w lżejszych podajemy ciepłą herbatę bez cukru. Jakkolwiek zasadniczo cukier wchłaniania się bardzo dobrze, to w sprawach ostrych nawet wchłanianie cukru jest upośledzone, skutkiem czego podtrzymuje on fermentację i żywi nie chorego, lecz znajdujące się w świetle jelit bakterie. Do herbaty dodać można łyżeczkę rumu, koniaku lub łyżkę stołową czerwonego wina. Alkohol ma niewątpliwie działanie analeptyczne i euforystyczne. Podawania wyciągu z czarnych jagód lub czarnej kawy nie uważam za dostatecznie uzasadnione. Jeżeli czyni się to ze względu na ich działanie wstrzymujące, to jest to zbyt bezcelne z dwóch względów: po pierwsze, sprzeciwia się postulatowi ewakuacji czynników chorobotwórczych, po drugie zaś — po usunięciu tych czynników biegunka zatrzymuje się sama, względnie sprawa przechodzi w okres podostry i przewlekły, gdzie istnieją inne zupełnie wskazania.

W okresie podoстрыm stosujemy dietę kleikową. Wystrzegać się należy jednak zbyt długotrwałego stosowania tej diety ze wszech miar niedoborowej i wyczerpującej osłabionego chorego. Przeważnie po upływie 2—3 dni sprawa bądź poprawia się, a wtedy szybko przechodzimy do diety mieszanej, bądź też wyjaśnia się, z jakim rodzajem biegunki mamy do czynienia, i odpowiednio do tego układamy nasz przepis.

W warunkach, rokujących szybką poprawę, zastępujemy kleik przez coraz gęstsze kaszki, możliwie delikatne, a więc mannę, ryż, tapiokę, sago; masłem — zrazu w małych ilościach — krasimy je na talerzu; później podajemy rosół, zaprawiony żółtkiem — białko jaj niekiedy bywa gorzej tolerowane, podajemy barszczyk na rosale, próbujemy żelatyn mięsnych. Pieczywo podajemy w postaci niesłodkich sucharków, następnie nieświeżej bułki. O ile nie mamy wyraźnych objawów fermentacji, podajemy cukier. Następny etap stanowi chude mięso: kurczę, cielęcina i gołąb, względnie chuda ryba: szczupak, karaś, wyłącznie gotowane. Podajemy lane kluseczki na rosale, białe niesfermentowane sery i dopiero po uspokojeniu się sprawy rozpoczynamy ogłędne podawanie jarzyn, począwszy od purée kartoflanego. Wtedy również podajemy owoce, początkowo w postaci wyciśniętych soków owocowych.

Ten wzór dietetyczny obejmuje najczęstsze postaci banalnych nieżytych ostrych, w których sprawa obejmuje zarówno jelita cienkie, jak i grube. W sprawach tych niekiedy nader pomyślne wyniki daje kuracja jabłkowa podług M o r o. Polega ona na podawaniu przez 2—3 dni 5 razy dziennie po 300 g jabłek surowych, obra-

nych i roztartych na tarce szklanej lub porcelanowej. Poza tym żadnych innych pokarmów, ani napojów dawać nie wolno. Jak już wspomniałem wyżej, dieta ta, która w latach ubiegłych dawała mi wyśmienite wyniki, w roku ostatnim sprawiała mi liczne zawody, które znajdują wytlumaczenie w zmienionych właściwościach jabłek.

W biegunkach przewlekłych postępowanie dietetyczne musi być zastosowane do postaci chorobowej, z jaką mamy do czynienia. Nie wchodząc w szczegóły, omówimy kolejno postępowanie w biegunkach fermentacyjnych, gnilnych i w nieżytych okrężnicy. Odróżniamy te postaci na zasadzie badania kału. W biegunkach fermentacyjnych kał jest jasny, pulchny, zawiera dużo gazów, które powodują eksplozywny charakter wypróżnienia; gazy te są przeważnie bezwonne, a sam kał ma zapach słaby, przypominający ocet. Natomiast kał w biegunce gnilnej jest wybitnie cuchnący, siarkowodorowy; kał jest ciemny, stanowi on maź o barwie ciemno-czekoladowej. W kale fermentacyjnym spostrzegamy niekiedy gołym okiem resztki pokarmów roślinnych, po dodaniu rozczynu Lugola kał, a właściwie zawarta w nim skrobia barwi się na fioletowo. W kale gnilnym po roztarciu spostrzegamy włókna mięsne, a w postaci, polegającej na zaburzeniach trawienia żołądkowego, i tkankę łączną. Odmienny wygląd ma kał w zaburzeniach wydzielania trzustkowego — jest on wtedy pokryty skrzepłą warstwą tłuszczu neutralnego. Natomiast kał, obfitujący w tłuszcz skutkiem zaburzenia wchłaniania, jest jasny i spoistością przypomina glinę. Wreszcie w nieżytych okrężnicy uderza wielka ilość śluzu — jest on tym mniej zmieszany z kałem, z im wyższego odcinka pochodzi.

W biegunkach fermentacyjnych i gnilnych dążymy do wyeliminowania z diety składników pokarmowych, o których z badania kału wiemy, że nie są należycie trawione. A więc w biegunkach fermentacyjnych unikamy podawania węglowodanów i skrobi, podajemy je wyłącznie w postaci ryżu, sago, dekstrynizowanych mączek, lanych kluseczek, a i to pod ścisłą kontrolą ich tolerancji. Podkreślić tu należy, że do liczby pokarmów, podlegających skreśleniu, należy również i mleko, gdyż cukier mleczny fermentuje łatwo i wybitnie. Bardziej wskazane będą więc sfermentowane namiastki mleka, jak 3-dniowy kefir i mleko bułgarskie, jednak i one często są źle znoszone.

Pozostają więc, jako podstawa diety, pokarmy białkowe i tłuszcze. Pamiętać jednak należy, że w podłożu biegunki fermentacyjnej leży ogólna niedomoga trawienna, która dotyczy wszystkich grup pokarmowych, a spośród nich dopiero trawienie węglowodanów jest szczególnie upośledzone dla różnych powodów, między innymi, z powodu nadmiaru węglowodanów w dotychczasowej diecie. Zresztą najrzadziej mamy do czynienia z postaciami czystą, przeważnie są to postaci mieszane, w których — zależnie od diety — występują zaburzenia fermentacyjne, bądź gnilne. Z tych względów w stosunku do pokarmów białkowych i tłuszczów obowiązuje nas jak najbardziej posunięta ostrożność. Podajemy więc galaretki mięsne, chude mięso i ryby gotowane, mózdzek cielęcy, miękkie białe sery, z tłuszczów zaś świeże masło — należy je dodawać dopiero na talerzu, a nie do garnka, gdzie pod wpływem wysokiej temperatury zmienia ono swój skład i właściwości, oraz niewielkie ilości śmietanki. Co do białka jaj, to w wielu przypadkach jest ono źle tolerowane.

Wzór dietetyczny przedstawia się w ogólnych za-

rysach w sposób następujący. Przez pierwsze 2—3 dni herbata bez cukru, ewentualnie z koniakiem lub winem czerwonym, chudy rosół z żółtkiem, następnie dodajemy twaróg, sucharek lub bułkę odświeżaną z masłem, później podajemy żelatynki z nówek cielęcych, mięsa lub ryby, następnie mózdzek cielęcy, gotowanego kurczaka lub karasia — posiekać lub przy dobrym użębieniu zalecić dokładne żucie, ryż, mannę, sago lub tapiokę, później lane kluseczki, jaja na miękko, orszadę (mleko migdałowe). Następny etap stanowią cukier i jarzyny — idealnie roztarte, a więc zielony groszek, kartofle, marchewka, buraczki oraz śmietanka. Przechodzimy następnie do owoców — z początku gotowanych, następnie i surowych. Stosunkowo wcześniej podajemy kakao (na wodzie z niewielką ilością śmietanki), ewentualnie kawę żołądkową. Jarzyny, zawierające dużo trudno dostępnego drzewnika, a więc kapusty, kalafior, brukiew, rzepa, sałaty oraz chleb grubego przemiału — winny być unikane przez czas dłuższy.

Trudno ustalić tempo, w jakim możemy rozszerzać nasz plan dietetyczny, zależy to bowiem od nasilenia schorzenia, od wrażliwości osobnika oraz od leczenia farmakologicznego, w którym szczególnie powinniśmy uwzględnić preparaty trzustkowe. Spostrzeganie chorego daje nam tutaj wyraźne wskazówki, wystrzegać się jednak winniśmy długotrwałego niedożywienia i zbyt długotrwałej diety jednostronnej, która sprawia często, iż biegunka fermentacyjna ustępuje, a wzamian zjawia się biegunka gnilna.

Łatwo ustalić można plan postępowania w biegunce gnilnej — tutaj opieramy się głównie na węglowodanach, a ograniczamy pokarmy białkowe. Podajemy więc delikatne kaszki: ryż, mannę, lane kluseczki, budynie, sucharki, bułki odświeżane, purée z kartofli, szpinaku i marchwi. Z pokarmów białkowych rozpoczynamy od żelatynek, twarogu i miękkiego tłustego sera białego, następnie przechodzimy do rosółów z ryżem, sagem lub żółtkiem. Pod stałą kontrolą stanu ogólnego i stolca przechodzimy powoli do siekanego gotowanego mięsa chudego (kurczak, cielęcina, gołąb) i chudych ryb. Szczególnie ostrożnym trzeba być w stosunku do białka jaj, przeważnie jest ono znoszone bardzo źle. Masło, śmietanka są dobrze tolerowane, mleka można spróbować w postaci rozcieńczonej w herbacie i kakao na wodzie, równie wskazana jest próba z jogurtem i 3-dniowym kefirem. Z innych wzorów dietetycznych, wskazana bywa niekiedy dieta jabłkowa i dieta Noordena-Salomona — po 1—2 dniach głodówki przez 1—2 dni codziennie litr 15% rozczyну cukru.

Nieżyt okrężnicy nie zawsze przebiega z biegunką: przeważnie spostrzegamy na zmianę zaparcia i biegunki, jednak zawsze z mniejszą lub większą domieszką śluzu. Na istotę nieżytów okrężnicy nader ciekawe światło rzuciły poglądy Sanarelliego, Michałowicza i innych; nie ulega wątpliwości, że w genecie tego cierpienia uczulenie na jady bakteryjne i inne ma większe znaczenie, aniżeli właściwości zawartości jelita. Innymi słowy, bardzo często mamy do czynienia ze schorzeniem krwiopochodnym, a podrażnienie, spowodowane działaniem czynników miejscowych, znajdujących się w świetle jelita, nie ma większego znaczenia. A zważyć należy, że, w warunkach dostatecznej sprawności jelita cienkiego, pokarmy, przybywające do jelit grubych, są w znacznym stopniu strawione — tylko najwyższy odcinek jelit grubych uczestniczy w końcowym akcie trawienia. W tych warunkach zadanie nasze sprowadza się do podawania pokarmów, zawiera-

Streszczenia pojedyncze.

Lecznictwo.

PERELMAN. Wstrzykiwania alkoholu jako środek zwalczający bóle w raku i chorobie wrzodowej żołądka. (Chirurgia Nr 8, 1937, ros.).

Autor wstrzykiwał od 10—15 cm³ 80% alkoholu etylowego między brzuszną część aorty a żyłę próżną dolną — celem znieczulenia n. trzewnego. Jeżeli z powodu obecności guza dojść tam nie było można, autor usiłował, z dobrym rezultatem, dostać się do odpowiednich zwojów przez torbę sieciową. Sprawdzanie powyższej metody na zwłokach pozwoliło stwierdzić, że ilość 15 cm³ wystarcza w zupełności, aby zwoje i cała ich okolica były przepojone alkoholem. Badanie histologiczne miejsc, w które wstrzyknięto alkohol u dwóch osób, zmarłych z powodu raka żołądka, wykazało wytwarzanie się b. silnych zrostów, zmiany bliznowe i zapalne w tkance okolicznej. Nerwy niezwyrodniały — miejscami może trochę zmian o charakterze również bliznowym. Klinicznie wstrzyknięcie alkoholu, oczywiście, nie wpływa na zasadniczą sprawę chorobową, ale objawowo daje b. dobre wyniki — bóle ustają prawie zupełnie, wymioty również. Chory odzyskuje apetyt i przybiera na wadze. Działanie powyższe trwa dłużej, niż 6 miesięcy. Ze względu na b. silne zrosty zabieg jest przeciwwskazany wszędzie tam, gdzie może w przyszłości dokonany będzie zabieg operacyjny. A więc tylko zaawansowane i nienadające się do zabiegu przypadki raka żołądka mogą być leczone wstrzykiwaniami alkoholu.

M. S z e j m a n.

Gruźlica.

KUTSCHERA-AICHBERGEN. Leczenie ciężkiej gruźlicy płuc doskórnym szczepieniem żywych prątków. (Wien. kl. Woch. 1937, Nr 45—46).

Idea leczenia gruźlicy płuc żywymi bakteriami Kocha nie jest nowa i sięga czasów wielkiego odkrycia niemieckiego bakteriologa. Próby te jednak szybko się skończyły, gdyż nie tylko, że nie były uwieńczone powodzeniem, ale nawet wyraźnie szkodziły chorym. Podobnie nie wytrzymały próby czasu szczepienia z martwych szczepów, a nader ograniczone pole do stosowania pozostało wyciągowi z prątków — tuberkulinie. Autor zastosował następującą technikę: na uprzednio wmytej i odkażonej skórze pośladka lub uda szczepi za pomocą skaryfikacji bakterie, pobrane z hodowli (np. na pożywce Löwensteina), mającej co najmniej rok życia na sztucznym podłożu. Jeśli szczepienie się nie przyjmie wskutek resorpcji szczepu, należy stosować młodsze kultury, zawsze jednak zaczynając od słabszych i starszych. W 1—2 dni po szczepieniu wytwarza się w miejscu stosowania ogniskowe zapalenie z obrzękiem okolicznych gruczołów chłonnych. Odczyn ten jest nieswoisty; czasem pod warstwą zrogowaciałą naskórka występuje ropienie, zawsze jałowe. Niekiedy skóra się uodparnia i pomimo stosowania co raz to świeższych szczepów nie daje w ogóle odczynu. Nie jest to jednak równoznaczne z niewrażliwością na tuberkulinę, która w tych przypadkach daje wyraźny odczyn Pirqueta. Właściwym celem jest wywołanie prawdziwej gruźlicy skóry, co się autorowi często udawało. Dermatologicznie zidentyfikowano te, łagodnie zresztą przebiegające postacie jako *tbc. verrucosa* i *lupus*. Nie stwierdzano u chorych ani odczynów ogólnych, ani miejscowych płucnych. Jako wskazania do stosowań nowej metody autor podaje postacie gruźlicy płuc serowato - jamistej, w których nie udało się lub było niemożliwe leczenie uciskowe, u osobników nie gorączkujących wysoko i wytwórcze postacie gruźlicy szczytów nawet z wtórnym zajęciem krtani. Wyłącza się postacie czysto krwiorodne *phthisis fibrosa densa*, wysięki oraz powikłania po odmie. Wreszcie nie wolno szczepić niegruźlików, u których sprawa płucna jest niejasna i tylko podejrzana w kierunku gruźlicy. Leczenie trwać musi do osiągnięcia poprawy przeciętnie około 1 roku. Ponieważ sztuczna gruźlica skóry sama ustępuje, należy szczepić kilka ra-

zy, z przerwami miesięcznymi. Materiał Kutschery składa się z 200 chorych, u których dokonano 1000 szczepień. Przytoczone wyciągi z historii chorób dotyczą 17 pomyślnych przypadków. Duża część jest w toku badania. Niezależnie od wyczekującej postawy, należy zająć wobec prac autora stanowisko pozytywne i w myśl jego techniki gromadzić duży materiał. A. Wajngot.

PARADE. Rozpoznanie różniczkowe między gruźliczym i niespecyficznym zapaleniem jelita grubego. (D. Tbk. Blatt, 1937, Nr 6).

Colitis tuberculosa jest zawsze schorzeniem wtórnym, co prawda, może towarzyszyć nie tylko ciężkiej otwartej, ale i zamkniętej gruźlicy innych narządów, najczęściej płuc. W przeciwieństwie do *colitis ulcerosa non specifica* zajmuje głównie kątnicę i część wstępującą okrężnicy, gdy tamto schorzenie ma raczej predyspozycję do odcinków dystalnych. Krew w zapaleniu gruźliczym stanowi tylko mikroskopową domieszkę, podczas, gdy w niespecyficznym stanowi wraz ze śluzem i ropą stałą domieszkę wydalanej zawartości. Rzecz jasna, że prątki gruźlicy w stolcu wskazują na charakter schorzenia. Przy pomocy badania promieniami Roentgena otrzymuje się następujące momenty różniczkowe: gruźlica kątnicy daje zmiany reliefu śluzówki, postrzępienie zastawki B a u h i n a, nisze wrzodowe. *Colitis non specifica* daje obrazy o mniejszym nasileniu, za to rozsiane w całej okrężnicy, głównie w końcowym odcinku. Rekto-romano-skopia jest ważną metodą pomocniczą. Wykrywa ona owrzodzenia nieswoiste, do gruźliczych nie dociera. Wyjątek stanowi *proctitis tuberculosa* z owrzodzeniami podminowanymi, żywą krwią w stolcu, znaczną bolesnością prostonicy i zwykle połączona z ropniem okołododbytniczym. Ciężkie to ma zwykle pochodzenie od pierwotnego zarażenia (nie jest, oczywiście, zespołem pierwotnym). Różniczkowanie to jest niezbędne dla rokowania i leczenia. Zwłaszcza, że prątki w stolcu spotykają się rzadko i mogą pochodzić z połączonych płwociny. O próbie sublimatowej Tribouleta autor nie wspomina.

A. Wajngot.

Choroby jamy ustnej, nosa, gardła i uszu.

H. MAJER. Cukrzyca i otorynolaryngologia. (Wien. kl. Woch. 1937, Nr 46).

Cierpienia z zakresu otorynolaryngologii często mają cukrzycę za podłoże. Dotychczasowa współpraca z internistami była w tej dziedzinie niezbyt ścisła, w przeciwieństwie do okulistyki. A przecież cukrzyca bardzo często wpływa na zmiany w górnych drogach oddechowych i uszach, o czym świadczy zgromadzony dotąd materiał, który autor przypomina specjalistom obu omawianych gałęzi. W cukrzycy język jest suchy, dziąsła łatwo krwawią, zęby próchnieją nader szybko, odczyn śliny jest kwaśny (kw. mlekowy). Na podniebieniu miękkim sadzają się pleśniawki, śluzówka gardzieli jest sucha. Migdałki i jamy oboczne nosa zmianom nie ulegają, trzeba jednak pamiętać, że wszelkie ropne sprawy w przebiegu cukrzycy dają poważne rokowanie. W obrębie muszeli usznych i przewodów zewnętrznych często występuje uporczywy świąd i czyraczność. Również nerwice i zapalenie nerwów obwodowych mogą znaleźć swą pierwszą lokalizację w narządzie słuchu. Zapalenia ucha środkowego, aczkolwiek z cukrzycą mogą koincydować, nie odznaczają się szczególnymi właściwościami — w każdym razie leczenie ich wymaga współpracy internisty, tak samo, jak powzięcie decyzji co do zabiegu i przygotowanie przedoperacyjne. Należy przypomnieć, że istniejący proces ropny (jak zresztą i w innych okolicach) zmniejsza podatność cukrzycy na insulinę i zmusza do dużych dawek. Ropne zapalenia błędnika występują w cukrzycy częściej, niż by to wynikało z teorii prawdopodobieństwa współistnienia obu schorzeń. Wśród schorzeń nieropnych ucha środkowego *neurolabyrinthitis* zdarza się u diabetyków często. Przytoczone przykłady winny zwrócić uwagę otorynolaryngologów

na możliwość tła cukrzyczego, zwłaszcza wobec przewlekłości schorzenia. W razie jej stwierdzenia konieczna jest współpraca z diabetologiem. Na zakończenie autor przypomina, że ujemny wynik badania moczu na cukier nie przesądza etiologii cukrzyczej.

A. Wajngot.

Louis LEROUX. Wskazania do operacji w ostrym zapaleniu wyrostka sutkowego. (Monde méd. 15.I.1938 Nr 910).

Wskazania do operacji różnią się w zależności od czasu trwania sprawy chorobowej, od zjawiających się powikłań i od wieku pacjenta. I. U dzieci w pierwszych ośmiu dniach po dokonanych przekłuciu błębenka należy operować tylko w tych przypadkach, w których stwierdza się już komplikacje, w razie stwierdzenia *pneumococcus mucosus* lub w przebiegu choroby zakaźnej. Należy powrócić do starej zasady Lermoyez: czekać z zabiegiem, aż sprawa chorobowa dojrzeje, to znaczy, aż proces ropny samoistnie się ograniczy. W przypadkach, gdzie po przemijającej poprawie następuje między 10-tym a 15-tym dniem pogorszenie, należy stwierdzić drożność otworu w błonie błębenkowej i w razie potrzeby dokonać drugiego przekłucia. Jeżeli mimo to sprawa chorobowa pogarsza się — wskazaniem do operacji będzie opuszczenie tylnego-górnej ściany zewnętrznego przewodu, bolesność tylniej krawędzi wyrostka przy ucisku, obrzęk za uchem. *Torticollis* jest bezwzględny wskazaniem do zabiegu. Jeżeli wreszcie trwałemu wyciekowi ropnemu, datującemu od 4 do 5 tygodni, towarzyszą objawy osłabienia ogólnego, bezsenność, wówczas według obrazu, otrzymanego na kliszy rentgenowskiej, decydować będziemy o zabiegu. W ogólności autor zaleca chętniej zabieg w tych ostatnich przypadkach, niż w przypadkach świeżych. II. Niezależnie od wieku chorego, ani od czasu trwania sprawy chorobowej zjawienie się jednego z niżej przytoczonych powikłań wymaga natychmiastowego zabiegu operacyjnego. Zapalenie: opon mózgowych, ucha wewnętrznego, żyły jarzmowej, zatoki; posocznica, zespół Gradenigo. III. W zależności od wieku wskazania do operacji są różne. U niemowląt istnieją postacie kliniczne choroby, gdzie rozpoznanie jest niezwykle trudne, i w tych przypadkach należy zrobić paracentezę próbną i w razie stwierdzenia ropy operować. U dzieci w przebiegu chorób zakaźnych zdarzają się przypadki, w których proces nekrotyczny postępuje bardzo szybko. W tych razach należy operować wcześniej, aby zapobiec zbytniemu rozszerzeniu się sprawy chorobowej. Również u dzieci spotyka się budowa kości taka, że proces chorobowy zajmuje komórki łuski skroniowej i wyrostka jarzmowego. Takie przypadki należy operować. Zdarzają się przypadki, w których proces ropny umiejscowił się w jamie sutkowej i tylko w górnej części jamy błębenkowej (*attico-antrite*). Ropa spływa bardzo powoli przez część wiotką błony, podczas gdy *pars tensa* jest prawie normalna. W tych przypadkach operacja winna być bezwzględnie dokonana. Ostrożność zaleca się u dorosłych, u których ropa ma tendencję do przebiecia się w kierunku jamy czaszkowej. W decyzji opierać się należy na całości obrazu klinicznego (bezsenność, ból głowy, ciepłota podwyższona), obrazie rentgenowskim i otoskopowym. U starców postępowanie zachowawcze jest regułą bezwzględną. Jednak w postaci Bezoldowskiej należy dokonać mastoidektomii. U chorych na cukrzycę zabieg operacyjny winien być dokonany, natomiast gruczlica jest przeciwskazaniem do operacji.

D. Frajndlich.

Choroby serca i naczyń.

F. MANDL. Całkowite wycięcia tarczycy w przewlekłych chorobach serca i naczyń. (Wien. med. Wschr. Nr 50, 1937).

Wskazanie do całkowitego wycięcia tarczycy stanowią te przypadki ciężkich chorób serca i naczyń, z którymi internista nie może dać sobie rady. Obojętne jest, czy ma się do czynienia z sercowo chorym (wady serca, nadciśnienie) z obrzękami i przesiekami do jam ciała, nie dającymi się usunąć za pomocą środków moczopędnych (*novurit*, *salirgan*), czy też z chorym z silnymi napadami dławicy piersiowej. Autor zaproponował całko-

wite wycięcie tarczycy w *endarteriitis obliterans* (*morbus Burger-Winiwarter*), w tym też cierpieniu otrzymuje najbardziej uderzające i najszybsze wyniki. Zabieg jest wskazany u osób, które przekroczyły wiek wzrostu, przy czym uderza, jak dobrze znoszą zabieg ludzie starzy z chorym sercem. Bezpośrednio po operacji, ani podczas operacji nie zmarł żaden z 38 chorych autora; jeden z operowanych zmarł w 4 godziny po operacji. Z powodu skutków operacji zmarło później 4 chorych; 5 innych zmarło wskutek swej choroby sercowej. Pozostali chorzy ulegli znacznej poprawie, względnie pozbyli się swych dolegliwości. Najlepsze wyniki osiągnął autor w *endarteriitis obliterans* i dławicy piersiowej; dychawica sercowa i oskrzelowa źle reagują na operację. Leczenie za pomocą całkowitego wycięcia tarczycy jest leczeniem objawowym, podobnie jak podawanie nitrogliceryny w dusznicy bolesnej i wstrzykiwanie preparatów rtęciowych w niedomodze serca z obrzękami. Operacja kryje w sobie następujące niebezpieczeństwa: 1) uszkodzenie nerwu zwrotnego (ważna jest kontrola jego stanu za pomocą specjalnego laryngoskopu firmy „Josef Leister“), 2) występowanie ciężkiej pooperacyjnej, 3) występowanie obrzęku śluzakowatego. Autor wyowiada się stanowczo przeciwko kompromisowi, zaproponowanemu przez Scherfa, a polegającemu na częściowym wycięciu gruczołu tarczowego, zamiast całkowitego.

H. L.

E. WEISS. Zakrzepy a autoaglutynacja. (Wien. med. Wschr. Nr 50, 1937).

Badania autora nie potwierdziły doniesień Neudy, że zakrzep jest chorobą następczą po kile, raku i udarze mózgowym, i że w zakrzepach i gotowości zakrzepowej znajduje się jako patogenetyczny objaw swoisty odczyn odpornościowo-biologiczny-autoaglutynację. Kontrolne badania kliniczne i doświadczalne wykazały, że między zakrzepami a hemaautoaglutynacją nie ma żadnego związku patogenetycznego. Stosowanie wątroby, które zaleca Neuda jako swoiste leczenie przyczynowe zakrzepów, zwłaszcza w celach zapobiegawczych, nie dało żadnych dodatnich wyników.

H. L.

GLENDY, LEVINE, WHITE. Choroba wieńcowa młodego wieku. (J. Am. M. As. 1937, Nr 22 — 109).

Autorzy zebrali 100 przypadków schorzeń wieńcowych u osób do lat 39. Połowa z nich pochodzi z praktyki prywatnej i stanowi 1,5% wszystkich chorych „wieńcowych“, skąd wynika, że na młody wiek (do lat 40) przypada ok. 3% schorzeń tego typu. Tak duża stosunkowo liczba obserwacji pozwala autorom na wyprowadzenie ogólnych wniosków co do okoliczności towarzyszących. Przebieg choroby nie wiele odbiega od postaci klinicznych, spostrzeganych w wieku starszym i obejmuje całą skalę od nieznacznej stenokardii aż po śmiertelny zawał. Płeć żeńska stanowi tylko 4%. Nadciśnienie stwierdzono tylko u 16 chorych (u chorych bez różnicy wieku dwie statystyki podają od 25 do 35%). Wszystkie 4 kobiety miały nadciśnienie, co potwierdza wnioski z poprzednich prac autorów, że nie spotyka się choroby wieńcowej u kobiet młodszych bez nadciśnienia. Cukrzyca i choroba Bürgera występowały tylko w 2-eh przypadkach. Powiększenie wymiarów serca zdarza się w połowie odsetka w porównaniu z tym objawem u ludzi starszych (37% — 74%). Elektrokardiogramy nie wykazują zmian w porównaniu z pospolicie spotykanymi w tym schorzeniu. Rokowanie nie jest dobre — w ciągu 3 lat zmarło 36 chorych, co jest niewiele mniejszym odsetkiem, niż w innych statystykach, dotyczących wszelkich okresów. Zdaniem autorów, ta liczba winna rozwiązać sceptycyzm, z jakim dawni autorzy odnosili się do rozpoznania schorzenia wieńcowego w młodym wieku, gdyż śmierć następowała typowo, często nagle, w pozostałych przypadkach w wyniku krańcowej niedomogi krążenia. Wyłącznie objawy bólowe (*angina pectoris*) były u 21 chorych, zatkanie naczyń wieńcowych u 79, z tego tylko u 49 stwierdzono objawy anginoidalne. (Stanowi to ważny przyczynek do zagadnienia zawałów bezbolesnych, u nas uchodzących za rzadkość — ref.).

U 10 zmarłych wykonano sekcję, która wykryła zwyrodnienie miażdżycowe mięśnia sercowego, połączone z mniej lub więcej zaznaczonym jego zwłóknieniem i całkowite lub częściowe zatkanie lewej tętnicy wieńcowej lub którejś z jej gałęzi; prawa tętnica wieńcowa była zmieniona rzadko i w nieznacznym stopniu. Doskonała praca autorów, którzy n. b. stwierdzają, że alkohol i choroby zakaźne nie odgrywały roli u ich pacjentów, nakazuje nader poważne ustosunkowanie się do społecznej strony zagadnienia choroby wieńcowej. Wzrost tego typu schorzenia i jego co raz szybsza penetracja w niedostępne mu dotąd okresy wieku nakazuje pomnożyć wysiłki w celu uchwycenia etiogenezy tej sprawy. Szczególne nasilenie jej w Stanach Zjednoczonych kieruje myśl badacza w stronę niektórych momentów, ściśle związanych z nowoczesną cywilizacją. A. Wajngot.

Choroby dzieci.

P. NOBÉCOURT i S. BRISKAS. Czas powstawania gruźliczego zapalenia opon m.-rdzeniowych. (Arch. Med. Enf. T. 40 — 1).

W ciągu 15 lat w klinice chorób dziecięcych stwierdzono 368 przypadków gruźliczego zapalenia opon mózgowych. W jakim okresie zakażenia gruźliczego najczęściej występuje zapalenie opon mózgowych? Stwierdzić to u dzieci starszych jest rzeczą bardzo trudną, gdyż rzadko można ściśle ustalić moment wystąpienia dodatniego odczynu tuberkulinowego. U młodszych dzieci, dla których źródłem zakażenia jest zwykle otoczenie domowe (rodzice!), częściej można ustalić chwilę wystąpienia alergii gruźliczej oraz określić czas, jaki upłynął od chwili zakażenia do wystąpienia objawów zajęcia opon mózgowych. Na podstawie własnych obserwacji oraz danych z piśmiennictwa autorzy dochodzą do następujących wniosków: 1) czas, który upływa od początku zakażenia się prątkami Kocha do chwili wystąpienia objawów zapalenia gruźliczego opon mózgowych, waha się w granicach od 3 do 6 tygodni, oraz od 3 do 6 miesięcy. Na ogół zapalenie opon występuje w I-m okresie zakażenia gruźliczego; 2) rzadziej obserwujemy zajęcie opon w okresach późniejszych, gdy zakażenie gruźlicze wywołało już zmiany w różnych narządach; 3) niekiedy zapalenie opon mózgowych gruźlicze może wystąpić u dziecka, u którego ognisko pierwotne wydawało się zagojone: mamy wtedy albo reaktywację ogniska pierwotnego, albo też nową infekcję gruźliczą.

A. Kirszbraun.

F. TISSOT. Przewlekły obraz rentgenograficzny pochodzenia niespecyficznego. (Arch. Med. Enf. T. 41 — 1).

Często widzimy u dzieci obraz zakażenia gruźliczego o przebiegu łagodnym, cechujący się klinicznie stanem podgorączkowym, dodatnim odczynem tuberkulinowym, zaś radiologicznie stwierdza się *hilitis*, *periscissuritis*. Gdy dzieci te znajdują się w odpowiednich warunkach klimatyczno-higienicznych, sprawa chorobowa ustępuje w ciągu kilku miesięcy: zmiany Rg. się cofają. Wyżej wspomniane zmiany przywłokowe oraz dokoła szpary międzypłatowej, chociaż w większości przypadków są pochodzenia gruźliczego, mogą niekiedy jednak być następstwem sprawy zapalnej niespecyficznego. Rozstrzygnąć o tym może jedynie stwierdzenie odczynu tuberkulinowego. Jeżeli odczyn tuberkulinowy, kilkakrotnie powtarzany, szczególnie doskórnie, wypada ujemnie, zmiany, stwierdzane radiologicznie, nie są pochodzenia gruźliczego. Autor podkreśla, że wymieniony zespół, stwierdzany w płucach, o charakterze przewlekłym, ze stanami podgorączkowymi najczęściej występuje u dzieci ze skazą limfatyczną lub neuro-artryczną. Jest on najprawdopodobniej wyrazem wymienionej skazy. Pogląd swój autor ilustruje opisem 3 przypadków. Przypadki te dotyczyły się dzieci między 8—11 rokiem życia, u których rozpoznano zakażenie gruźlicze i które skierowano do sanatorium. Dokładna obserwacja i ujemne odczyny tuberkulinowe skierowały rozpoznanie i leczenie na właściwe tory. Autor ostrzega przeto przed zbyt pochopnym rozpoznawaniem zakażenia gruźliczego jedynie na za-

sadzie obrazu radiologicznego. Rozpoznanie to musi być potwierdzone dodatnim odczynem tuberkulinowym. A. Kirszbraun.

Choroby dróg moczowych.

ABRAMI, BERTRAND-FONTAINE, ROBERT-WALLICH, FELDSTEIN. Nefropatie pochodzenia nerwowego. (Presse méd. 1938, Nr 6).

Przypadek wystąpienia ostrego zapalenia nerek po znieczuleniu lędźwiowym skłonił autorów do zrewidowania zagadnienia zaburzeń nerek czynnościowych, a nawet i anatomicznych w następstwie zaatakowania układu nerwowego. Konfrontacja z obfitym w tym zakresie piśmiennictwem klinicznym i laboratoryjnym — doświadczalnym dostarcza szeregu dowodów na poparcie poglądu o możliwości istnienia neurogennych nefropatii. Uszkodzenia układu nerwowego mogą dotyczyć nerwów obwodowych, rdzenia i mózgowia. Zmiany w nerkach osiągają szeroką rozpiętość, od chwilowych zaburzeń czynnościowych aż do prawdziwego zapalenia nerek. Zagadnienie jest nie tylko ważne bezpośrednio, ale, być może, kryje w sobie wytłumaczenie przewlekłości spraw o przebrzmiałej już, zupełnie wyraźnej etiologii. Przypadek autorów, w którym bezwzględnie wyłączono wszelkie przyczyny zapalenia nerek poza rachianestezją, stoi w pokrewieństwie z innymi opisanymi dotąd postaciami schorzeń nerkowych w przebiegu zaburzeń w układzie nerwowym, a więc z białkomocem apoplektyków lub epilektyków i z niedoczynnością nerek po nakłuciu 4-ej komory (Claude Bernard) lub po drażnieniu okolicy guza popielatego. Również i w zwykłym rozlanym zapaleniu kłębuszków bęzmocz zależy w dużej mierze od nieprawidłowej czynności nerwów naczyńioruchowych na poziomie nerek. Odruchowy bęzmocz ze zdrowej nerki (co prawda ostatnio podawany w wątpliwość — ref.) też należy do tej kategorii zjawisk. Zdaniem autorów błyskawiczny niemal efekt po dekapsulacji nerek w przebiegu ostrych zapaleń nie da się wytłumaczyć czym innym, jak procesem nerwowym w obrębie układu trzewnego. Zapewne duży komponent nerwowy mają też zapalenia nerek pourazowe. Ważkich dowodów na łączność czynności nerek z układem nerwowym dostarczają obserwacje różnych autorów, którzy stwierdzili występowanie ostrego zapalenia nerek wraz ze zjawieniem się porażań i nerwobólów twarzy i łączne z nimi ustępowanie. Zastanawiając się nad przyczynami istnienia przewlekłego zapalenia nerek „cessante causa“, autorzy przytaczają ciekawe prace doświadczalne Reilly, który powodował zapalenie różnych trzew, wśród nich i nerek, nie tykając odnośnego narządu, a tylko drażniąc różnymi substancjami odpowiednie sploty nerwowe. Kto wie, jaki udział bierze układ nerwowy w formowaniu postaci przewlekłych? Odosobnione na razie badania doświadczalne i przypadkowe spostrzeżenia kliniczne, bądź to z zakresu traumatologii, bądź z zakresu anestezji, są, pomimo swej małej liczebności, oparte na mocnych podstawach. Rozszerzenie metod badawczych niewątpliwie wzbogaci omawiane zagadnienie; zmiana poglądów może mieć kolosalne znaczenie dla lecznictwa. A. Wajngot.

CHABANIER, GAUME, LOBO-ONELL. Leczenie chirurgiczne internistycznych schorzeń nerkowych. (Journal d'urologie. 1937, Nr 6).

Autorzy rozporządzają materiałem 117 przypadków schorzeń nerkowych. Dzieli je oni, za Volhardem na 1) *glomerulonephritis*, 2) *nephrosis*, 3) *angionephrosclerosis*, 4) *nephritis interstitialis infectiosa*. W obrębie grupy pierwszej wyróżnić można 2 podtypy: zapalenie rozlane i ogniskowe, przy czym pierwsze dzieli się na postać ostrą i przewlekłą. Postać ostra ma przebieg dość łagodny, ale w 30% pozostawia trwałe ślady czynnościowe, a sądząc po biopsjach — liczba ta jest na pewno większa. Na materiale autorów wykonano w tych razach dekapsulację w 16 przypadkach. Wyniki ogólnie dobre, domagają się jednak sprawdzenia co do dalszej ewolucji choroby. W postaciach przewlekłych autorzy mają do zanotowania 2 sukcesy w dość wczesnym okresie, gdy zabieg z powodu cięż-

kiego stanu był dokonany jako „*ultimum refugium*“. W późnych okresach zapalenia przewlekłego wyniki nie są zachęcające. Zapaleń ogniskowych, wymagających wkroczenia, autorzy nie mieli, są jednak dane z piśmiennictwa, wskazujące na dobre skutki dekapsulacji w tych stanach, zwłaszcza, o ile istnieje znaczny krwimocz i duża bolesność. W nerczycy i amyloidozie wyniki dobre należą do wyjątków; raz obserwowano wyleczenie po zatruciu sublimatem. W nerczycach lipidowych operacja daje wyniki bardzo dobre. W nefroangiosklerozach dokonywano 3-ch rodzajów zabiegów: 1) Odnerwienie. Największym doświadczeniem rozporządzają Rieder i Gerbi. (40 przypadków). Osiągnęli oni duży spadek ciśnienia i przerwę w postępującym charakterze choroby. 2) Hipernefrektomia — autorzy mieli 45 przypadków — podobne, ale nieudokumentowane rezultaty. 3) Splanchnektomia — 19 przypadków autorów pozwala rokować dobre nadzieje i tej metodzie. Metodą z wyboru zostaje odnerwienie, hipernefrektomia zalecana jest tylko w przypadku guza nadnercza. W *nephritis infectiosa interstitialis*, której często towarzyszy bezmocz i obrzęk zrębu nerki z nacieczeniem leukocytowym — dekapsulacja lub nefrotomia dają w każdym razie wzmoczenie diurezy, ale wyleczenie wystąpiło tylko w 2 przypadkach na 11. Bez względu na patogenetę w każdym przypadku bezmocz nie na skutek przeszkody mechanicznej po 3-ch dniach bezskutecznego leczenia internistycznego należy przystąpić do zabiegu. Na nieco innym szczeblu umieścić należy nefropeksję; zazwyczaj opuszczona nerka nie daje elementów zapalenia, ale w niektórych przypadkach z krwio- i białkomoczem z powodu skręcenia żyły nerkowej — zabieg ten jest metodą z wyboru. A. Wajngot.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

G. SCHERBER i A. DOMES. Leczenie rzeżączki obu płci Ulironem G. Domagka, podawajmy doustnie. (Wien. med. Wschr. Nr 49, 50 i 51, 1937).

Uliron wywiera na proces rzeżączkowy w jego objawach śluzówkowych i powikłaniach zupełnie zadziwiające działanie lecznicze. Ponieważ działanie ulironu odbywa się, jak się zdaje, po przez ciała obronne, powstające w ustroju jako odczyn na gonotoksyny, działanie lecznicze rozpoczyna się dopiero po wytworzeniu ciał obronnych; wobec tego najlepiej zaczynać leczenie ulironem dopiero w trzecim tygodniu zakażenia. Kobiety zgłaszają się do lekarza prawie zawsze dopiero w tym czasie lub nawet jeszcze później, u świeżo zakażonych mężczyzn, którzy się zwykle zwracają do lekarza w końcu pierwszego lub w przebiegu drugiego tygodnia, należy wypełnić czas aż do rozpoczęcia leczenia ulironem łagodnym leczeniem miejscowym, gdyż uliron nie posiada trwałego działania poronnego. Najlepiej nadają się do tego płukania rozcżynami nadmanganianu potasowego (*Sol. kalii hypermangan. 0,02/200,0*), zaś leczenie ulironem należy rozpoczynać dopiero w trzecim tygodniu. Leczenie należy prowadzić uderzeniami, każde uderzenie trwa trzy dni, przy czym podaje się trzy razy dziennie po 3 tabletki po 0,5 gr. W razie potrzeby powtarza się po 8—10 dniach uderzenie; w razie dalszego zawodu próbuje się jeszcze trzeciego uderzenia. Nic jednak nie stoi na przeszkodzie dalszemu leczeniu ulironem, i autorzy obserwowali dobre wyniki jeszcze po czwartym uderzeniu. Inni autorzy podają przez 7 dni po 6—8 tabletek dziennie. Pod wpływem leczenia prawie zawsze szybko znikają gonokoki, w poszczególnych jednak przypadkach utrzymują się gonokoki, tu i owdzie po przerwie bezgonokokowej lub klinicznej poprawie przychodzi do ponownego zjawiania się gonokoków lub do klinicznych powikłań, dających się łatwo opanować. Następnie ujawnia się pomyślny wpływ na objawy kliniczne. Doświadczenie wykazuje, że pewna liczba mężczyzn i kobiet staje się już po pierwszym uderzeniu ulironowym wolna od gonokoków i objawów klinicznych i pozostaje nią również po prowokacji compignonem, wystąpieniu zmaż nocnych i miesiączki podczas wielotygodniowej obserwacji. W innej grupie osiągnęto taki sam wynik za pomocą dwóch,

w trzeciej — za pomocą trzech uderzeń ulironowych. U kobiet nie zawiodło ani razu leczenie ulironem, ewentualnie spotęgowane do trzech uderzeń; w ogóle, jak się zdaje, środek ten działa u kobiet z rzeżączką szybciej i lepiej. Śród mężczyzn w dwóch przypadkach nastąpił nawrót po 3 uderzeniach ulironowych; chorzy ci otrzymują obecnie czwarte uderzenie ulironowe. Niewiadomo jeszcze, czy ma się tutaj do czynienia ze szczepem gonokokowym, opornym na uliron. Na ogół szybkie ustępowanie wydzielin, znikanie gonokoków z wydzieliny, szybkie wchłanianie się nacieków w przydatkach u mężczyzn i kobiety oraz w stawach, pomyślny wpływ na żółtaczkę gonotoksyczną stanowią fakty, niespostrzegane w innych metodach leczenia. Należy przy tym brać w rachubę prostotę tego leczenia doustnego i formalnie wskazane ograniczenie leczenia miejscowego. Leczenie miejscowe błon śluzowych u mężczyzn i kobiety polega w pierwszym wypadku tylko na płukaniach cewki przedniej i tylnej zwykłą strzykawką lub metodą Janet'a rozcżynem *kalii hypermanganici* 1:10000, u kobiet — na przepłukiwaniach pochwy. Przeciwko procesom nacieczeniowym w narządach rodnych lub stawach stosuje się gorące kąpiele, termofor, przyrząd Arzbergera, budki z lampami elektrycznymi i diatermię. Jako ogólne leczenie pomocnicze przy leczeniu ulironem stosują autorzy leczenie szczepionkami gonokokowymi (compignon, arthigon); w jednym przypadku zastosowano ogólne napromienianie krótkimi falami. Leczenie szczepionkowe niewątpliwie znacznie ułatwia leczenie ulironem bądź samo przez się, bądź dzięki wywoływaniu gorączki. Krótkie fale są pomocne dzięki wywoływanej przez nie hipertermii. Obok tego należy przestrzegać ogólnych zasad higieny: oszczędzanie się chorych nawet w lekkich przypadkach, leżenie w łóżku w powikłaniach, powstrzymanie się od stosunków płciowych, unikanie podnieć płciowych. Do wewnątrz podaje się środki uspakajające. Podjęcie stosunków płciowych wymaga pozwolenia lekarza po uprzednim wszechstronnym zbadaniu. *Vaginitis gonorrhoea infantum* wymaga również leczenia uderzeniami trzydniowymi ulironu. Dawka wynosi dla dzieci połowę, dla dzieci poniżej 2 lat ćwierć dawki dla dorosłych. Autorzy nie spostrzegali ubocznego działania ulironu poza lekkimi bólami głowy, wymiotami, szybko przemijającą osutką porażennych w zakresie *nervi peronei* wskazany jest betabion lub betaxin. Autorzy zastosowali raz uderzenie ulironowe (27 tabletek po 0,5 gr.) w nawrocie *pemphigus vegetans* z doskonałym wynikiem, gdyż objawy cofnęły się szybko i całkowicie.

H. L.

Choroby nerwowe i psychiczne.

J. ROMANO. Przewlekły alkoholizm a zespoły niedoborowe. (Am. J. M. Sc. Nov. 1937).

Autor stwierdził u przewlekłych alkoholików w znacznym, bo przekraczającym połowę przypadków, odsetku — niedostateczne jakościowo odżywienie w anamnezie. Wszyscy ci chorzy mieli pewien stopień zaatakowania nerwów obwodowych. Z kobiet, chorych na psychozę Korsakowa, 80% wykazuje stany zapalne skóry, zanikowy niezbyt języka, uporczywą biegunkę — co wskazuje na deficyt witaminy B. Przeszło połowa chorych wykazuje niedokrewność, ale tylko u 6 stwierdzono mikrocyclozę. Leczenie wątrobą, żelazem i cytrynianem amonu dało we wszystkich przypadkach poprawę. U neurytyków stosowano dietę obficie kaloryczną z przewagą węglowodanów z dużą ilością pokarmów roślinnych, bogatych w witaminę B (drożdże, ziarna pszenicy) i wątrobę. Zaledwie w 5-u przypadkach nie osiągnięto należytego efektu leczniczego, a w 25% — *restitutio ad integrum* nastąpiło po krótkim czasie. Pozostali chorzy wykazywali różny stopień poprawy. Autor jest zdania, że deficyt witaminy B (prawdopodobnie B₁ i B₂ łącznie) nakłada się na toksyczne alkoholowe zapalenie nerwów i jest co najmniej tak ważnym czynnikiem etiologicznym, jak sam alkohol.

A. Wajngot.

jących możliwie mało odpadków trawiennych; w poszczególnych przypadkach winniśmy wyeliminować z diety również pokarmy o właściwościach alergicznych. Te alergeny mogą być indywidualnie nader rozmaite, stonkowo często są nimi mleko i białko jaj. Zwykle rozpoczynamy leczenie od podania środka czyszczącego — przede wszystkim rycyny, ewentualnie kalomelu lub soli gorzkich — siarczanu sodu lub magnezu. Po jednodniowej głodówce podajemy herbatę z winem czerwonym, kakao żółdziowe na wodzie, a następnie dietę mieszaną, wzorowaną na dietach, stosowanych w biegunkach fermentacyjnych i gnilnych. Zależnie od wyników badania kału i stwierdzonych w nim zmian fermentacyjnych lub gnilnych, zmniejszamy w diecie zawartość pokarmów, przeciwwskazanych w danej postaci. I tu niekiedy mamy pierwszorzędne wyniki po zastosowaniu diety jabłkowej.

W schorzeniu tak przewlekłym, uporczywym i dającym częste nawroty, jak nieżyt okrężnicy, szczególną uwagę należy zwrócić na stan ogólny chorego i unikać niedożywienia; powinniśmy następnie wyzyskać niewątpliwie pomyślne wyniki po podawaniu dużych ilości witamin, a szczególnie witaminy C. Podajemy więc poza dietę jabłkową sok surowy z cytryny lub pomarańczy, ewentualnie odpowiednie preparaty. Wreszcie dbamy o dostateczny dowóz materiałów, a więc wapnia, magnezu, żelaza i innych. Z tych wskazań jasno wynika, jak szkodliwa jest często, niestety, stosowana dieta kleikowa — ubogociępkostkowa i pozbawiona witamin i soli mineralnych.

Te same zasady, tylko ściślej przestrzegane, obowiązują w okresie obstrzeżeń w przebiegu nieżytu wrzodziejącego. Jarzyny są tu gorzej znoszone, nawet purée z kartofli lub marchwi często potęgują dolegliwości. Próba podawania wątroby, jak w niedokrewności zło-

liwej, ma, być może, wpływ dodatni na stan ogólny wyścieńczonych chorych, na zmiany jelitowe nie ma jednak wyraźnego wpływu, a często powoduje nawet obostnienie biegunki. Natomiast podawanie witamin — soku z cytryny, drożdży i t. p. — jest bezwzględnie wskazane.

Nieżyt śluzowy okrężnicy — *colitis mucosa* — stanowi pogranicze pomiędzy nerwicznym zaburzeniem czynnościowym a sprawą nieżytową *sensu strictiore*. Ten nerwiczny charakter sprawy, w którym zaburzenia jelitowe można wziąć często za odruch warunkowy w sensie Pawłowa, uniemożliwia wyprowadzenie jakichkolwiek stałych wniosków dietetycznych. Wielu autorów uważa za wskazaną w tym schorzeniu dietę obarczającą, inni, opierając się na alergicznym charakterze sprawy, uważają za wskazane dążenie do ustalenia czynnika uczulającego i wyeliminowania go z diety, jeszcze inni zalecają dietę zygzakową — częste i raptowne zmiany, stanowiące jakby zaskoczenie chorego — związany z tym wstrząs psychiczny ma niekiedy istotnie zadziwiająco pomyślne wyniki. Zaznaczyć tu trzeba, że wielu autorów zaleca dietę obarczającą w nieżycie wrzodziejącym — jednak ze względu na ciężki stan chorych próba tego rodzaju poza zakładem leczniczym nie jest wskazana.

Wspomnieć należy jeszcze o mało przejrzystych biegunkach nerwicznych. W sprawach tych dieta ma znaczenie raczej podrzędne. Wreszcie biegunki, wykazujące w kale duże ilości tłuszczów, są to przeważnie biegunki na tle schorzenia trzustki (kał ciemny, pokryty warstwą skrzepłego tłuszczu) lub na tle zaburzenia wchłaniania tłuszczów, naprz. w gruźlicy gruczołów kreskowych — kał jasny, gliniasty. Również w tych sprawach leczenie dietetyczne, które sprowadza się do ograniczenia tłuszczów w diecie, nie ma wielkiego znaczenia wobec powagi sprawy powodującej schorzenie.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

O chorobie pooperacyjnej.

Podał

A. KIRSZBRAUN (Warszawa).

Zasługą klinicystów francuskich jest zwrócenie uwagi na zaburzenia chorobowe, występujące u chorych w okresie pooperacyjnym i tworzące zespół, ujęty nazwą „choroby pooperacyjnej“ (Leriche, Duval).

O zainteresowaniu, jakie wzbudza obecnie sprawa choroby pooperacyjnej w świecie lekarskim, świadczy między innymi fakt, że zagadnienie to stanowiło główny temat Zjazdu Chirurgów Polskich, odbytego w roku zeszłym w Warszawie.

W/g Tzovaru, zasadnicze zmiany fizyczno-chemiczne, stwierdzone w chorobie pooperacyjnej, są następujące:

We krwi: zmniejszenie się ilości krążącej krwi i redukcja jej części płynnej (zagęszczenie). Spadek ciśnienia krwi. Zmniejszenie się liczby czerwonych ciałek oraz zwiększenie liczby białych i płytek.

Ilość składników organicznych jest zwiększona, t. zn. białka, węglowodanów i tłuszczu. Prowadzi to do powstania hiperazotemii, hiperpolipeptydemii, hiperlicemii i hiperlipemii. Natomiast zmniejszeniu ulegają

składniki mineralne: chlorki, fosforany i sole wapnia. Zasób zasad jest obniżony: mamy więc kwasicę.

W moczu stwierdzamy, że ilość substancji organicznych, wydalanych przez nerki, zwiększa się: możemy więc mieć glikozurię, lipurię. Zmniejsza się natomiast wydalanie związków nieorganicznych.

W tkankach: w miejscu operowanym stwierdza się znaczne podniesienie poziomu soli mineralnych, szczególnie chlorków, których ilość wzrasta podwójnie, oraz wody, tworzącej obrzęk. Natomiast w mięśniach, wątrobie i nerkach mamy spadek poziomu soli.

Zaburzenia humoralne, wywołane przez zabieg operacyjny, przejawiają się klinicznie pod postacią szeregu zespołów (Chabanier i Lobo-Onell):

1) zespół nerwowy jest najwcześniejszy i najczęstszy. Może on przybrać postać lekką, cechującą się stanami depresji lub podniecenia, bólem głowy, mdłościami, bezsennością i t. p., albo ciężką, a nawet śmiertelną, gdy produkty toksyczne zatrują układ nerwowy: może wtedy wystąpić wstrząs, stan komatyczny i śmierć;

2) ze strony przewodu pokarmowego objawy również występują wcześniej. Najczęściej w formie lekkiej spostrzega się: mdłości, wymioty, wzdęcie, zatrzymanie gazów. W cięższych postaciach może dojść do niedomogi wątroby, wywołanej nadmiarem produk-

tów białkowych, pochodzących z rany operacyjnej, która może doprowadzić do zejścia śmiertelnego (Fiesinger, Duval);

3) zespół naczynio-ruchowy cechuje niepokój, bledność, niałe tętno, spadek ciśnienia, tony serca głuhe. Jest to mniej lub więcej ciężki obraz zapadci;

4) zespół dezasymlacji jest późny i cechuje się odwodnieniem, wywołanym zatruciem pooperacyjnym i głodzeniem chorego; język, śluzówki i skóra są suche. Moczu chory oddaje mało; jest on ogólnie bardzo osłabiony i traci dużo na wadze.

Toksyny, krążące w ustroju operowanym, zwiększają przepuszczalność bariery krwimózgowej i to w stopniu tym większym, im bardziej zablokowane są wątroba i nerki, których więc zdolność unieszkodliwiania i wydalania tych związków trujących jest upośledzona. Wymiana między płynem mózgowo-rdzeniowym a krwią odbywa się powoli i ma charakter wybiórczy: jedne substancje przenikają łatwo, i stężenie ich we krwi i w płynie wykazuje pewien paralelizm (np. mocznik, chlor, cukier), inne natomiast, jak polipeptydy, tłuszcze, przenikają do płynu m.-rdzeniowego z trudnością i to dopiero przy dużym ich stężeniu we krwi i pozostają tam stosunkowo dłużej, niż we krwi, gdyż zostają wydalone powoli. Dane te wskazują, że z jednej strony istnieje związek między zmianami składu chemicznego krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego, z drugiej zaś między składem płynu a zaburzeniami nerwowymi w chorobie pooperacyjnej. Należy podkreślić, że wydalanie środków narkotycznych odbywa się szybko z chwilą przerwania ich podawania, natomiast cziałanie na układ nerwowy toksycznych produktów przemiany trwa znacznie dłużej, gdyż przez dłuższy czas wytwarzają się one w miejscu operowanym, i dopóki stężenie ich we krwi jest duże, szybkość wydalania ich z płynu mózgowo-rdzeniowego będzie powolna.

Walther podaje, że następujące czynniki wpływają na przepuszczalność bariery: zagęszczenie krwi, spadek pH krwi, niedomoga wątroby i nerek, zastój żylny oraz młody wiek. Uszkadzają one barierę, czynią ją bardziej przepuszczalną dla kolloidów i substancji toksycznych oraz tłumaczą, dlaczego zespół nerwowy po operacjach przeważa u dzieci.

Wszyscy klinicyści podkreślają zgodnie, że zaburzenia humoralne i objawy chorobowe, stwierdzone po operacji, są następstwem samego zabiegu operacyjnego; środek znieczulający, sposób jego stosowania oraz rodzaj choroby nie mają istotnego znaczenia dla powstawania choroby pooperacyjnej.

Sieniawski wykonał szereg badań na ludziach i psach celem wyjaśnienia znaczenia, jakie przypisują zmianom humoralnym we krwi na powstawanie choroby pooperacyjnej. Po każdym zabiegu następuje wzmożony rozpad białka nie tylko w ranie operacyjnej, ale i w innych tkankach, w następstwie działania substancji trujących, wchłoniętych z rany operacyjnej. Substancje te powodują też uszkodzenie nerek i wątroby, to zaś prowadzi do hiperazotemii. Badania Sieniawskiego wykazały, że stopień hiperazotemii jest proporcjonalny do wielkości powierzchni rany oraz do stopnia uszkodzenia tkanek, nie zależy natomiast od znieczulenia.

Mossakowski i Wejroch badali zachowanie się układu siateczkowo-śródbłonkowego w przebiegu choroby pooperacyjnej. Jak wiadomo, układ ten odgrywa wielką rolę w zwalczaniu czynników chorobowych

twórczych w ustroju; posiada on zdolność wychwytywania i magazynowania barwników i ciał koloidowych. Autorzy przeprowadzili badania sprawności układu siateczkowo-śródbłonkowego za pomocą próby Adlera, opierającej się na zdolności układu do wychwytywania barwnika, który tym wcześniej znika ze krwi, im sprawniej działa ten układ. Badania te wykazały, że w okresie pooperacyjnym szybkość znikania barwnika ulega znacznemu zwolnieniu. Świadczy to o niedomodze układu siateczkowo-śródbłonkowego. Niedomoga ta nie jest zależna od sposobu i rodzaju uszpienia, ale głównie od samego zabiegu operacyjnego.

Na zjeździe w Vichy w r. 37, poświęconym niedomodze wątroby, Duval wygłosił referat, poświęcony rokowaniu po operacjach w zależności od stanu wątroby. Z zaburzeń pooperacyjnych na pierwszym miejscu stawia on rozpad białka. Produkty rozpadu białka, zanim w postaci mocznika opuszczą ustrój, obciążają go w stężeniu nadmiernym. Jeżeli wątroba nie jest w stanie w czasie dostatecznie szybkim przerobić tego nadmiaru produktów białkowych na mocznik, to we krwi nagromadzają się pośrednie produkty przemiany białkowej — polipeptydy — w nadmiernej ilości, działając trująco na ustrój. Jeżeli nerki działają sprawnie, rokowanie zależy od wzajemnego stosunku azotemii i polipeptydemii. Stosunek ten może być trojaki: a) azotemia i polipeptydemia wzrastają równolegle — rokowanie zależy od spadku polipeptydów; b) azotemia jest normalna, polipeptydemia wzrasta — rokowanie jest złe; c) azotemia wzrasta, polipeptydemia maleje — rokowanie jest dobre. Szerzyński, opierając się na pracach Duvala, zaznacza, że hiperazotemia pooperacyjna, w razie dobrej czynności nerek, może być objawem pomyślnym, gdyż świadczy, że trujące polipeptydy zostają rozłożone w wątrobie na mocznik i w tej postaci, nieszkodliwej dla ustroju, wydalone z moczem. Część wielopeptydów zostaje też zobjętniona przez chlorki, które w nadmiarze gromadzą się w tkankach, otaczających ranę.

Na tymże zjeździe w Vichy Duval zaleca stosowanie wyciągów z wątroby, które, obniżając poziom polipeptydów we krwi, przyczyniają się do szybszego odtruwania ustroju. Dodatkowo wyniki po stosowaniu wyciągów z wątroby podkreśla również Landsberg. Powołuje się on na badania wiedeńskich klinicystów, którzy w stanach azotemii pozanerkowej otrzymywali doskonałe wyniki po stosowaniu preparatów wątroby. Otóż, chcąc zapobiec powstawaniu azotemii i chloropenii pooperacyjnej, Landsberg przed każdą ciężką operacją brzuszną przez kilka dni podaje choremu wyciągi z wątroby i na zasadzie swego dwuletniego doświadczenia twierdzi, że sposób ten zwykle zabezpiecza chorego przed groźnymi nieraz objawami choroby pooperacyjnej. Dodatkowo wyniki otrzymywał też Landsberg po dożylnym podawaniu kortyny. Stwierdził on, że hormon kory nadnerczy ma własności odtruwające: obniża on, mianowicie, poziom wzmożonego azotu resztkowego we krwi, niemal zupełnie zaś zanika frakcja azotu wielopeptydowego, który najprawdopodobniej przekształca się w mocznik.

Wspominaliśmy kilkakrotnie, że przyczyną powstawania choroby pooperacyjnej są produkty rozpadu białka. Duval przypisuje polipeptydom własności trujące. Nie wszyscy podzielają to zdanie. Loeper np. jest zdania, że nie polipeptydy, lecz zasady aminowe są trujące dla ustroju. Tworzą się one przez odszczepienie dwutlenku węgla z kwasów aminowych w przewo-

dzie pokarmowym w następstwie rozkładu białka przez bakterie, następnie w uszkodzonych tkankach, szczególnie zaś w ranach zakażonych. Zasady aminowe, wytworzone w nadmiarze, są bardzo trujące i mogą wywołać ciężkie objawy chorobowe. Loeper wykazał też, że zakwaszenie ustroju, wzgl. obniżenie zasobu zasad sprzyja wytwarzaniu zasad aminowych z odpowiednich kwasów. Dlatego też w chorobie pooperacyjnej należy zwalczać kwasicę przez podawanie dwuwęglanu sodu.

Spośród zasad aminowych, którym przypisują dużą rolę w powstawaniu wielu cięższych objawów w przebiegu choroby operacyjnej, przede wszystkim wymieniana jest histamina. Histamina jest aminową pochodną aminokwasu histydyny, rozszerza ona naczynia, obniża ciśnienie krwi, zwiększa wydzielanie gruczołów, zwęża żrenice, obniża poziom cukru we krwi, zwiększa napięcie mięśni gładkich, wywołuje stany obrzękowe, na skórze tworzy bąble.

Histaminie przypisują dużą rolę w powstawaniu zapaści oraz stanów anafilaksji. Wobec tego, że stany zapaści są szczególnie groźne po operacjach brzusznych, Rusznayak przez podskórne wstrzykiwania histaminy odczuła ustrój przed operacją. Jest on z otrzymanych wyników zadowolony, gdyż pooperacyjne zaburzenia w krążeniu są mniej częste i przebieg ich jest łżejszy.

Pogląd Rusznayaka zbliża go do tych klinicystów, którzy istotę choroby pooperacyjnej widzą w odczynie alergicznym ustroju operowanego. W Polsce pogląd ten reprezentuje Tokarski, który też zespół objawów pooperacyjnych nazywa odczynem pooperacyjnym. Alergia ta ma być wywołana uczuleniem ustroju na własne białko. Opierając się na tej hipotezie, Tokarski dąży do zmniejszenia odczynu ustroju przez wstrzyknięcie chorem przed operacją dużych dawek mleka i podawanie sympatolu. Wyniki, otrzymane przez Tokarskiego, są zachęcające, gdyż poope-

racyjny przebieg u chorych, w ten sposób przygotowanych, był zupełnie pomyślny.

Należy zaznaczyć, że za możliwością uczulenia ustroju na własne białko przemawiają też prace, ogłoszone w literaturze francuskiej. Duval wspomina o doświadczeniach na psach, wykonanych przez Bineta i Oliviera, którzy wykazali, że podanie dożylnie psu pewnej ilości polipeptydów, po uprzednim zmiażdżeniu mu kilku mięśni, wywołuje u niego ciężkie zmiany chorobowe. Odczyn ten tłumaczy Duval uczuleniem psa na własne białko. U psa nieuczulonego podanie polipeptydów odczynu nie wywołuje. Duval przypuszcza, że w patologii ludzkiej mogą istnieć stany uczulenia na własne białko, które sprawiają, że różni chorzy na te same urazy reagują w sposób zupełnie odmienny. Stopień reakcji zależy z jednej strony od uczulenia, z drugiej od stanu narządów odtruwających i wydalających, t. j. wątroby i nerek.

Niezależnie od takiego, czy innego poglądu na istotę choroby pooperacyjnej, nie ulega wątpliwości, że poznanie zaburzeń humoralnych, wywołanych zabiegiem, przyczyniło się już w znacznym stopniu do bardziej racjonalnego postępowania w zwalczaniu objawów choroby pooperacyjnej, jak również miało wielki wpływ na sposób przygotowania chorego do operacji, a tym samym zmniejszyło ryzyko operacyjne.

Doniosłej sprawie zapobiegania i leczenia choroby pooperacyjnej poświęcił specjalny referat Michałowski na Zjeździe Chirurgów Polskich w r. 37, a Leriche w tej samej sprawie kładzie nacisk na unikanie szarpania i miażdżenia tkanek oraz na stosowanie promieni podczerwonych podczas operacji.

PIŚMIENICTWO.

S. Tzovaru. Pr. med. Nr 56—1937. — Rusznayak. Med. Kl. Nr 9—1937. — Mossakowski, Wejroch, Szerszyński, Sieniawski, Michałowski, Tokarski — Pol. Przegl. Chir. XVI—4. — Duval — Pr. Med. Nr 19 i 86—1937. — Landsberg. Pr. Med. Nr 86—1937 oraz Gastrologia Polska. VI—3.

Oceny książek.

Dr. Richard WALDAPFEL. „Methodik der Röntgenuntersuchung des Kehlkopfes“ nakładem Georg Thieme — Leipzig 1938, stron druku 89, ilustracji 77.

Autor podaje nowy sposób badania krtani, polegający na doustnym wprowadzeniu specjalnie wyciętego filmu po uprzednim znieczuleniu krtani. Szereg ciekawych obrazów z dziedziny fizjologii i patologii krtani uwidocznia korzyści, wynikające z możliwości zdjęcia krtani w wymiarze przednio-tylnym (wymiar boczny stosowany jest oddawna). Dr. B. Kryński.

Axel RENANDER. „Le Traitement Radiologique de l'Actinomycose“ Acta Radiologica, Stockholm 1937, stron druku 75.

Autor podaje krótki zarys historyczny leczenia promieni-

cy, poczynając od roku 1845 do wprowadzenia jako najskuteczniejszego środka leczniczego promieniolecznictwa (promienie Roentgena i rad). Praca obejmuje 52 przypadki, w tym 31 promienicy szyi i twarzy, 13 brzusznej, 1 narządów rodnych, 3 klatki piersiowej, 2 skórnej i 2 z nieokreślonym źródłem pierwotnym. Z 31 przypadków promienicy szyjno-twarzowej nastąpiło wyleczenie w 26 przypadkach (83,8%). W drugiej grupie 38,5%, w piątej —50%. Technika naświetlań promieniami X: odległość 40—50 cm przy zastosowaniu filtru grubego (0,5 mm. Cu i I mm Al). Dawka — 700 r. Przerwa między seriami 6—8 tygodni. Przeciętnie 3-5 serii. Technika naświetlań radem: 1) powierzchnownie, 2) do przetoki, 3) „armata“ radowa.

Dr. B. Kryński.

Wskazówki praktyczne.

J. Jordania leczy przewlekłe sprawy zapalne przydatków wstrzykiwaniami domacicznymi ichtioli (2 g), które robi co 2 dzień w ciągu dni 30. Wyniki są dobre, o ile się przedtem usunie objawy ostre lub podostre. Leczenie zapaleń przydatków promieniami X polecają Delherm i Fainsilber. (Rev. franç. Gynéc. 1936, nr 35).

R. Leriche zajął się sprawą leczenia choroby pooperacyjnej: przede wszystkim należy unikać szarpania i miażd-

żenia tkanek oraz starać się operować szybko. Skutecznym środkiem uniknięcia tej choroby jest stosowanie promieni podczerwonych podczas operacji. (Rev. Chir. 1936, nr 55).

—o—

H. Briand dzieli się doświadczeniem swoim, nabytym w „Laktarium“, urządzonym przy jednej z klinik paryskich. Matki mieszkają tu razem z dziećmi przez cały czas karmienia. Elektrycznie odciągnięty pokarm umieszcza się natychmiast

w wyjąłowych butelkach i zostaje sprzedany. Przymus mieszkania w zakładzie sprawia, że niewiele kobiet bierze na siebie rolę dostawczyń mleka. „Laktarium“ istnieje od roku. (Nourisson 1937, nr 25).

—o—

S. H o r n e r poleca *Neogynergen* w ginekologii. Przetwór ten jest kombinacją szybko działającej ergobasiny z długotrwałą w działaniu ergotaminą, działa więc szybko i długo. Stosuje się w zastrzykiwaniach i kroplach. Objawy uboczne spo-

strzegane były przy użyciu zastrzykiwań w 5%, w kroplach — wcale spostrzegane nie były. (W. m. W. 1937, nr 48).

—o—

V a n R o o y otrzymał po sondowaniu zajście w ciążę u 88 kobiet na 185, w czasie od 1 do 6 miesięcy. Poleca się sondowanie wykonać na krótko przed miesiączką. Wskazanie do sondowania stanowi każdy przypadek niepłodności, w którym spółkowanie odbywa się prawidłowo, i w którym nie ma powodu do przypuszczenia absolutnej niemożności zajścia w ciążę (Zlbl. Gynäk. 1937, nr 45).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Wydział Lekarski Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk.

Walne zebranie.

XLIII. Zebranie z dnia 29 października 1937 r.

Obecnych na zebraniu członków Wydziału Lekarskiego 28 oraz 7 gości.

Po zagajeniu przez prezesa, kol. K a p u ś c i ń s k i e g o, odczytany został następujący porządek obrad:

1. Komunikaty Zarządu.
2. Pokazy.
3. Referat kol. Szulca Tadeusza: „Sprawa reorganizacji Wydziału Lekarskiego Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk“.
4. Dyskusja i wnioski.

Ad 1. W komunikatach podaje kol. prezes do wiadomości zebranych, że do zarządu nadeszły w ostatnich dwóch dniach pisma od Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego oraz od Spółki Wydawniczej Lekarskiej ze Lwowa z prośbą o akces w akcji protestacyjnej przeciw projektowi Naczelnej Izby Lekarskiej, która zamierza z dniem 1 stycznia 1938 r. wydać „Polski Tygodnik Lekarski“. W dyskusji, która wyłoniła się po szczegółowym zaferowaniu sprawy przez kol. J o n s c h e r a, wypowiedzieli się wszyscy za koniecznością zajęcia stanowiska w tej sprawie przez Wydział Lekarski P. T. P. N., po czym została jednogłośnie przyjęta rezolucja, przedstawiona przez kol. J o n s c h e r a:

Walne zebranie Wydziału Lekarskiego Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk z dnia 29.XI.1937 r. po wyczerpującej dyskusji uchwala następującą rezolucję w sprawie projektu Naczelnej Izby Lekarskiej wydania „Polskiego Tygodnika Lekarskiego“:

Pomijając formalno-prawne podstawy wydawania przez Naczelną Izbę Lekarską czasopisma lekarskiego, czym zajmą się niewątpliwie Okręgowe Izby Lekarskie, Wydział Lekarski P. T. P. N. wyraża mniemanie, że stan zawodu lekarskiego w Polsce wymaga przede wszystkim uregulowania przez Izby Lekarskie podstawowych zagadnień jego bytu. Działalność Izb Lekarskich ma tutaj szerokie pole do owocnej pracy.

Wydawanie czasopisma lekarskiego przez Naczelną Izbę Lekarską wkracza w prawa i obowiązki licznych towarzystw i instytucji lekarskich, dla których działalność wydawnicza jest najważniejszym lub jednym z najważniejszych zagadnień.

Istniejące dotychczas ogólne czasopisma lekarskie pokrywają całkowicie zapotrzebowanie świata lekarskiego pod względem dostarczania ogółowi lekarzy możliwości dalszego kształcenia się i zapoznawania się z postępami nauki lekarskiej. Czasopisma te, istniejące częściowo już od dłuższego czasu, jak, na przykład, Nowiny Lekarskie od lat blisko 50-ciu, są ważnymi placówkami kulturalno-społecznymi i naukowymi w różnych dzielnicach Polski.

Walczą one niewątpliwie z dużymi trudnościami finansowymi w ścisłym związku z ogólnym zubożeniem świata lekarskiego i w związku, należy to przyznać, z zanikiem coraz powszechniejszym w świecie lekarskim poczucia konieczności dalszego kształcenia się. Muszą one wytrzymać poza tym konkurencję z mnożącymi się coraz bardziej wydawnictwami przemysłu farmaceutycznego, rozsyłanymi bezpłatnie ogółowi lekarzy, informującymi go często wybitnie jednostronnie o bieżących zagadnieniach lekarskich.

W tym ciężkim położeniu zjawienie się nowego pisma, powstającego dzięki subwencjom rządowym i ze strony Naczelnej Izby Lekarskiej, w warunkach bez porównania korzystniejszych od tych, w jakich pracują inne czasopisma lekarskie, musi koniecznie poderwać w dużym stopniu byt tych czasopism.

To posunięcie centralistyczno-etatystyczne o niepewnym

dotychczas wyniku pozytywnym zniweczy więc istniejące już placówki piśmiennictwa lekarskiego.

Obecnie braki naszego piśmiennictwa lekarskiego zależą w dużym stopniu od trudności finansowych tych wydawnictw. Jeżeli Naczelna Izba Lekarska rozporządza odpowiednimi funduszami, własnymi czy rządowymi, to ma niewątpliwie możliwość racjonalnego ich zużycia przez celowe subwencjonowanie istniejących czasopism, po opracowaniu na wspólnej konferencji naczelnej Izby Lekarskiej z redaktorami i wydawcami odpowiedniego planu, uwzględniającego potrzeby szerokiego ogółu lekarzy w Polsce.

Wobec powyższego Wydział Lekarski P. T. P. N. zwraca się do Naczelnej Izby Lekarskiej z gorącym apelem zrewidowania powziętego postanowienia i zwołania w najbliższym czasie wspólnej konferencji w podanym wyżej składzie.

W dyskusji nad rezolucją zabierali głos. kol. J o n s c h e r, N o w a k o w s k i, S z u l c, E r o s s, M a t u s z e w s k i, T u s z e w s k i, S t r a s z y ń s k i i K a p u ś c i ń s k i.

Ad 2. Pokazy:

Kol. S t r a s z y ń s k i (członek Wydziału): „Przypadek erytrodermii“.

Przedstawia przypadek uogólnionego złuszczonego się zaczerwienienia skóry typu W i l s o n a - B r a y n a, u mężczyzny 21-letniego.

Na tle tego przypadku omawia kliniczne postacie erytrodermii (pierzwinnych i wtórnych), wspomina o podobnych zmianach u noworodków oraz podaje sposoby leczenia i zapatrywania na etiologię i patogenezę tych schorzeń.

Dyskusja:

Kol. T u s z e w s k i (członek Wydziału):

Nawiązując do pokazu prof. S t r a s z y ń s k i e g o, przypomina sobie przypadek erytrodermii wskutek uczulenia na luminal. U pacjentki wrażliwej na luminal wystąpiła erytrodermia wkrótce po zażyciu tego środka, a następnie jeszcze raz wskutek zapomnienia o tym uczuleniu.

Pacjentka znalazła się później pod opieką innych lekarzy, którzy, nie zorientowawszy się w przyczynie erytrodermii, stosowali wprowadzie środki odczulające (sole wapniowe), jednak nie odstawili luminalu. Po stosowaniu tego środka przez dłuższy czas chora zmarła wskutek ropni skórnych, które się wytworzyły na tle tego uczulenia.

Ad 3. Wykład:

Kol. S z u l c (członek Wydziału): „Sprawa reorganizacji Wydziału Lekarskiego Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk“.

W ostatnich latach powstało pytanie, czy utworzyć samodzielne towarzystwo lekarskie, czy też w dalszym ciągu działać — ność naukową lekarską zachować w dotychczasowych ramach organizacyjnych jako Wydział Lekarski w Towarzystwie Przyjaciół Nauk. Przed mniej więcej półtora rokiem wyłoniono na wiosnę 1936 r. komisję, która po zbadaniu sprawy i przeprowadzeniu pertraktacji z Zarządem Tow. Przyjaciół Nauk miała Walnemu Zebraniu Wydz. Lek. przedłożyć swą propozycję. Referent poprzedził sprawozdanie z czynności komisji rzutem oka na powstanie i rozwój Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk, szczególnie zaś Wydziału Lekarskiego.

Trzymał się przy tym w zasadzie historycznego dzieła „Towarzystwo Przyjaciół Nauk w Poznaniu“ docenta U. P. i Dyrektora Biblioteki Raczyńskich, D-ra Andrzeja W o j t k i e g o, oraz częściowo własnych wspomnień. Zwrócił uwagę na usiłowania polskie przed stworzeniem Towarzystwa Przyj. Nauk, przed rokiem 1857, podjęte celem zorganizowania społeczeństwa polskiego dla obrony języka polskiego oraz polskiej nauki i kultury w zaborze pruskim. Dalej podaje referent szczegóły powstania Towarzystwa w roku 1857, przy czym wymienia jako inicjatorów dwóch Pomorzan z pochodzenia, D-ra Kazimierza Szulca i Ks. Franciszka Malinowskiego. Wspo-

mina w dalszym ciągu kolejno wszystkich prezesów, których głośne nazwiska świadczą o znaczeniu instytucji, daje pogląd na zmienne koleje Towarzystwa, jego rozwój stopniowy, jego trudności pod rządem pruskim, wreszcie na jego reorganizację już za czasów polskich na mocy nowych ustaw, zatwierdzonych przez rząd polski w roku 1923, które zmierzają do przekształcenia Towarzystwa na instytucję czysto naukową przy zachowaniu poszczególnych wydziałów.

Wydział Lekarski P. T. P. N. powstał w roku 1865. Wyłoniwszy się z istniejącego już od 1807 r. Wydziału Przyrodniczego. Ktuzem oka na nazwiska i działalność wszystkich prezesów i sekretarzy Wydziału aż do chwili obecnej reiterent oświadcza wybitne znaczenie Wydziału w historii Tow. Przyj. Nauk, przy czym cytuje słowa W o j t k o w s k i e g o, stwierdzającego, że przy przewrocie politycznym w roku 1918 ten Wydział, jako jedyny, stanął na wysokości zadania. Dał on bowiem inicjatywę w chwili przełomowej do powstania szeregu instytucji o charakterze lekarskim i społeczno-sanitarnym. Od 1889 r. wydaje Wydział własny organ „Nowiny Lekarskie”. W miarę przekształcenia Tow. Przyj. Nauk na instytucję czysto naukową powstaje kwestia, czy należy stworzyć osobne naukowe towarzystwo lekarskie niezależnie od Tow. Przyj. Nauk, czy też prowadzić w dalszym ciągu dotychczasową działalność w ramach Wydziału Lekarskiego, jak wyżej już zaznaczono. Przed szeregiem lat myśl stworzenia nowego towarzystwa odrzucono. Obecnie sprawa ta odżyła. Zarząd Towarzystwa Przyj. Nauk życzyłby sobie odłączenia się Wydziału Lekarskiego w dzisiejszej postaci od Towarzystwa. Wśród lekarzy są zdania podzielone.

Okolo 1 i 1/2 roku temu już rozpatrywano sprawę, przy czym oświadczone się w zasadzie za stworzeniem samodzielnego towarzystwa lekarskiego. Wybrana komisja miała zbadać, na jakich warunkach, możliwie dla lekarzy korzystnych, można by się rozstać z Tow. Przyj. Nauk. Komisja ta pod przewodnictwem prezesa Wydziału Lek., prof. W. K a p u s c i ń s k i e g o, po odbyciu szeregu posiedzeń częściowo z przedstawicielem Zarządu Tow. Przyj. Nauk, prof. L i s o w s k i m, oraz po przeprowadzeniu pertraktacji z zarządem, co z majątku zarząd gotów jest odstąpić nowemu Towarzystwu Lekarskiemu, przedstawia przez usia referenta swe wnioski oraz podaje do wiadomości, że:

1. Zarząd Tow. Przyj. Nauk godzi się oddać nowemu towarzystwu lekarskiemu bibliotekę lekarską w depozyt, nie na własność.

2. Salę lekarską w gmachu Muzeum M i e l z y ń s k i c h odda na wyłączny użytek lekarzy.

3. Nie godzi się na figurowanie w nazwie przyszłego towarzystwa lekarskiego dodatku: dawniej Wydział Lekarski Tow. Przyj. Nauk.

4. Funduszu żadnego nie może przekazać, nie mając sam żadnych poważniejszych zasobów finansowych.

Komisja lekarska streszcza swe wnioski wobec tego następująco: należy

1. Stworzyć samodzielne naukowe towarzystwo lekarskie.

2. Odpowiedź Zarządu Tow. Przyj. Nauk 24.VI.37 r. uznać jako podstawę odłączenia się od T. P. N. (odpowiedź ta zawiera warunki wyżej wymienione).

3. W artykule 1 Statutu Nowego Towarzystwa (zamiast w nazwie) zaznaczyć, iż nowe towarzystwo lekarskie jest dalszym ciągiem Wydz. Lek. Tow. P. N.

4. Dopilnować, by w sprawozdaniu rocznym T. P. N. zaznaczone wyraźnie, jak powstało Nowe Towarzystwo Lekarskie.

5. Wybrać komisję dla przeprowadzenia prawnego i technicznego reorganizacji wydz. Lek. oraz dla wypracowania statutu nowego towarzystwa, który następnie zostałby przedstawiony Walnemu Zebraniu Wydz. Lek. do przyjęcia. Członkowie dotychczasowi Wydz. Lek. mieliby zostać eo ipso członkami nowego towarzystwa, chyba, że nie chcieliby do niego należeć.

Ad 4. Kol. K a p u s c i ń s k i uzupełnia uwagi kol. Szulca, że trudności w uzyskaniu jakiegokolwiek majątku od Towarzystwa Przyjaciół Nauk mają swe przyczyny w przeszkodach prawno-formalnych oraz w oraku płynnego majątku, którym tłumaczy się Zarząd T. P. N.

Kol. N o w a k o w s k i wyjaśnia, że, podając projekt referatu kol. Szulca, miał na myśli rozwój strony ekonomicznej towarzystwa i Wydziału Lekarskiego w szkicu historycznym.

Kol. Bross stwierdza z zadowoleniem, że warunki formalne zostały przez Wydział Lekarski wypełnione, co umożliwia spokojną i rzeczową dyskusję. Zdaniem jego, pobudki przeobrażenia Wydziału Lekarskiego na samodzielne towarzystwo lekarskie są inne, aniżeli przedstawione przez referenta. Wynikają one z zamiaru przeobrażenia Towarzystwa Przyjaciół Nauk na towarzystwo akademickie, czemu na przeszkodzie stoją wydziały. Niemniej jednak prawno-formalny stan dotychczasowy Wydziału Lekarskiego jest przeszkodą w rozwoju jego, wobec czego mowca opowiada się za stworzeniem samodzielnego towa-

zystwa lekarskiego, przy czym powinno się przeprowadzić rewindykację majątku, należącego do Wydziału Lekarskiego.

Kol. K a p u s c i ń s k i wyjaśnia, że dążenie Towarzystwa Przyjaciół Nauk do przekształcenia na akademickie towarzystwo jest zrozumiałe i posiada swoje precedensy w Towarzystwie Naukowym warszawskim, lwowskim, wileńskim, przy czym daje ono towarzystwu korzyści materialne w postaci subwencji. Praw Wydziału Lekarskiego do biblioteki nie zaprzecza zarząd, jednak nie jest władny uszczuplić majątku towarzystwa, wobec czego oddaje bibliotekę we wieczny depozyt nowemu towarzystwu lekarskiemu.

Kol. Szulc przypomina, że nie można uzależniać całej linii postępowania w dążeniu do usamodzielnienia się Wydziału Lekarskiego od kwestii majątkowej, która w Towarzystwie Przyjaciół Nauk przedstawia się dość zawiłe, gdyż towarzystwo nie posiada dotąd prawa własności domu i gruntu przy ul. Sew. M i e l z y ń s k i e g o 27. Zresztą nie może nam zależeć na niszczeniu dorobku Towarzystwa Przyjaciół Nauk, które jest dla nas instytucją zbyt drogą i zasłużoną, by ustosunkować się do niej nieprzychylnie.

Kol. Jonscher proponuje uchwałę, że towarzystwo lekarskie, przyjmując w wieczny depozyt bibliotekę, nie zrzeka się praw do niej.

Kol. J a g i e l s k i wysuwa następujące wątpliwości prawno-formalne, które stają na przeszkodzie wysuniętem przez komisję wnioskowi:

1. Wydział Lekarski nie może być rozwiązany uchwałą walnego zebrania tegoż wydziału, gdyż prerogatywy te przysługują jedynie zarządowi Towarzystwa Przyjaciół Nauk. Członkowie Wydziału, tworzący nowe towarzystwo lekarskie, mogą jedynie indywidualnie wystąpić z Tow. Przyj. Nauk.

2. Towarzystwo Przyjaciół Nauk ma prawo nie zgodzić się na umieszczenie w § 1 statutu nowego towarzystwa lekarskiego wzmianki o przeobrażeniu Wydziału Lekarskiego na tow. lekarskie.

3. Prawa rewindykacji biblioteki Wydział Lekarski nie posiada, gdyż prawnie jako wydział nie jest jej właścicielem, a jest nim bezspornie Towarzystwo Przyjaciół Nauk.

W wyniku tych wywodów zgłasza kol. J a g i e l s k i wniosek następującej treści:

„W głosowaniu nad wystąpieniem z Towarzystwa Przyjaciół Nauk mogą brać udział tylko członkowie Towarzystwa Przyjaciół Nauk, gdyż inaczej nie może Wydział się rozwiązać”

Kol. K a p u s c i ń s k i wyjaśnia, że walne zebranie Wydziału Lekarskiego może jedynie wystąpić z wnioskiem o rozwiązanie Wydziału Lekarskiego do Zarządu Towarzystwa Przyjaciół Nauk, lecz na to musi być wpięty powzięty na walnym zebraniu odpowiednia uchwała.

Kol. Bross zgłasza wniosek o stworzenie „Poznańskiego Towarzystwa Lekarskiego”, jednak bez rozwiązania Wydziału Lekarskiego Tow. Przyjaciół Nauk.

Za wnioskiem kol. Brossa opowiada się kol. J o n s c h e r, który uważa liczbę członków Wydziału Lekarskiego na walnym zebraniu za dostateczną, by stworzyć samodzielne towarzystwo lekarskie, lecz za niedostateczną, by likwidować Wydział Lekarski T. P. N.

W tym samym sensie opowiada się kol. M o r z y c k i. Kol. K a p u s c i ń s k i i kol. S t o j a ł o w s k i zwracają uwagę na trudności prawno-formalne, które na podstawie informacji w referacie, rejestrującym stowarzyszenia w urzędzie wojewódzkim, wyłonią się przy rejestracji statutu nowego towarzystwa.

Kol. Bross trudności tych nie przewiduje na podstawie swoich informacji.

Kol. Szulc proponuje zasięgnięcie opinii prawnika w tej sprawie oraz innych kwestiach prawno-formalnych, które nasuwają się w związku ze stworzeniem nowego towarzystwa.

Kol. J a g i e l s k i wniosek swój wycofuje jako nieaktualny.

Kol. S t r a s z y ń s k i zgłasza wniosek następującej treści:

„Dzisiejsze Walne Zebranie powierza wybranej już komisji zajęcie się opracowaniem statutu nowego „Poznańskiego Towarzystwa Lekarskiego”.

Przewodniczący prosi referenta o odczytanie wniosków komisji, z których jeden przewiduje wybór komisji organizacyjnej (patrz wniosek 5 referenta).

W głosowaniu nad wnioskiem bierze udział 19 członków Wydziału Lekarskiego T. P. N.: 18 członków opowiada się z wnioskiem, 1 przeciwi.

Poddany pod głosowanie wniosek kol. Brossa o stworzeniu Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk jednak bez rozwiązania Wydziału Lekarskiego T. P. N. uzyskał 12 głosów, 2 sprzeciwy i 5 wstrzymujących się od głosowania.

Na tej podstawie założycielami Poznańskiego Towarzystwa Lekarskiego są następujący członkowie Wydziału Lekarskiego T. P. N.: 1) Witold Kapuściński, 2) Leon Drożyński, 3) Kazimierz Stojąłowski, 4) Alfons Lorych, 5) Karol Jonscher, 6) Kazimierz Nowakowski, 7) Tadeusz Szulc, 8) Franciszek Łabendziński, 9) Kazimierz Bros, 10) Władysław Suwalski, 11) Adam Straszyński, 12) Romuald E. Matuszewski, 13) Józef Jagielski, 14) Tadeusz Budzyński, 15) Władysław Ossowski, 16) Tadeusz Suwalski, 17) Jerzy Morzycki, 18) Albin Bandurski, 19) Witold Juliusz Kapuściński.

Równobrzmiący wniosek komisji i kol. Straszyńskiego w sprawie wyboru komisji organizacyjnej dla opracowania statutu i przeprowadzenia formalności został przyjęty jednogłośnie. Do komisji wybrano następujących członków założycieli nowego towarzystwa lekarskiego: Kazimierza Nowakowskiego, Karola Jonschera, Witolda Kapuścińskiego, Kazimierza Stojąłowskiego, Tadeusza Szulca, Józefa Jagielskiego i Romualda E. Matuszewskiego.

Wobec wyczerpania porządku obrad prezes kol. Kapuściński zamknął walne zebranie Wydziału Lekarskiego.

Sekretarz:

Prezes:

(—) K. Stojąłowski.

W. Kapuściński.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na sobotnich pokazach Powszechnej Polikliniki w Wiedniu w dniu 5 czerwca 1937 r. (Wien. med. Wschr. Nr 47/1937) pokazywał C. V. Medvei przypadek *allergicznego zapalenia wielostawowego i zapalenia pochewek ścięgnistych*. Chora cierpi od 12 lat na wciąż powracające i nagle występujące, wielkości woreczka, ciastowato-miękkie obrzęki w zakresie obu grzbietów dłoni odpowiednio do przebiegu *pochewek ścięgnistych*, którym towarzyszą obrzmienia stawów palców, łokci, kolan i barków. Bywają często przy tym silne bóle. Cały obraz chorobowy nosi wybitnie przełotny charakter. W wywiadach brak angin, nie udało się też wykazać ostrego gościa stawowego, okazało się natomiast, że chora cierpi od wielu lat na prawdziwą migrenę i pochodzi z rodziny migreników. Od dzieciństwa stale powtarzająca się pokrzywka, przed 12 laty chora się leczyła z powodu *colica mucosa*. Od dawna wykazuje chora szczególną wrażli-

wość na zmiany pogody tak, że, jak podaje, jest wrażliwa nawet na odległe trzęsienia ziemi. Podczas opisywanych napadów nie ma podniesienia ciepłoty. Serce nie wykazuje żadnych zmian. W przypadku tym, spostrzeganym na oddziale kilkakrotnie, ma się niewątpliwie do czynienia nie z banalnym przewlekłym obostrzającym się gościem wielostawowym, lecz z procesem *allergicznym* (goście rzekomy), za czym oprócz samego powyżej opisanego obrazu i objawów *allergiczych*, przemawia również następujące spostrzeżenie: chora wykazuje wybitne miejscowe uczulenie skóry na insulinę z nader silnym odczynem. Jeżeli chora, która również cierpi na średnio-ciężką *moczówkę cukrową*, ma dostać insulinę, musi się uprzednio mniej więcej pół godziny przed wstrzyknięciem odczulić 1—2 jednostkami, aby uniknąć intensywnego odczynu miejscowego.

Na sobotnich pokazach Powszechnej Polikliniki w Wiedniu w dniu 5 czerwca 1937 r. (Wien. med. Wschr. Nr 37/1937). P. A. Schner pokazywała przypadek *encephalomyelopolyneuritis*. 47-letnia kobieta zachorowała nagle z wysoką gorączką, ciągłymi bólami i parestezjami wzdłuż wszystkich kończyn. W tydzień później wystąpił natężający się niedowład dolnych, a później również górnych kończyn, silne poty. Zatrucie arsenem i ołowiem można było wykluczyć. Przedmiotowo po przybyciu chorej do oddziału stwierdzało się całkowite wiotkie porażenie kończyn dolnych, lekkie, lecz natężający się niedowład górnych, niedowład drugiej i trzeciej gałązki nerwu twarzowego prawego, który następnego dnia rozszerzył się na wszystkie trzy gałązki obu nerwów twarzowych. Brak odruchów kolanowych, odruchy Achillesa z obu stron słabe, objaw Oppenheima po stronie prawej, odruchu Mayera po stronie prawej brak, poza tym żadnych objawów piramidowych, żadnych stałych zaburzeń czuciowych. Poza nadciśnieniem tętniczym (180/105 mm Hg) normalny wynik badania narządów wewnętrznych. W następnych dniach całkowite porażenie kończyn górnych, wystąpiły zaburzenia połykowe i oczopląs, przełotnie zaburzenia mowy. Ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego wzmożone, ogólna ilość białka i liczba komórek prawidłowe, odczyny Pandy i Nonnego — Appelta dodatnie. Białych ciałek krwi 9800. Dno obu oczu bez zmian. Rozpoznano zakażenie zarazkiem zapalenia rogów przednich rdzenia, które zaatakowało zarówno układ nerwowy ośrodkowy (objawy piramidowe, oczopląs!), jak i obwodowe pnie nerwowe (bóle, parestezie). W celach leczniczych wstrzyknięto domięśniowo surowicę ozdrowieńców po chorobie Heine-Medina.

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Postęp w dziedzinie zdrowotności *).

Podał

S. FOGELSON (Warszawa).

Pierwszy z autorów tej pracy (Dublin) jest trzecim wiceprezydentem i naczelnym statystykiem Metropolitan Life Insurance Company, największego towarzystwa ubezpieczeń Stanów Zjednoczonych, drugi (Lotka) — jego zastępcą. Obaj są znanymi badaczami zagadnień ludnościowych i w ciągu szeregu lat ogłosili wiele cennych prac. Wyżej wymieniona publikacja stanowi analizę materiałów statystycznych, dotyczących umieralności posiadaczy polis t. zw. „przemysłowych” Metropolitan Company. Jest to rodzaj ubezpieczenia „ludowego” (bez uprzedniego badania lekarskiego), który rozwinął się w Stanach Zjednoczonych bardzo szeroko. Liczba ubezpieczonych (wraz z rodzinami) w Metropolitan Company wynosiła w 1935 roku 17 milionów osób, w 1911 — 8 milionów. Ogólna liczba t. zw. lat przeżytych przez ubezpieczonych w ciągu tego dwudziestopięcioletnia sięga 350 milionów, liczba zarejestrowanych w tym czasie zgonów (po wyłączeniu zgonów niemowląt

oraz osób w wieku 75 i więcej lat) — 3,2 miliona. Materiał liczbowy jest więc zupełnie wystarczający do oceny stanu umieralności ubezpieczonych. Więcej nawet: jest on wystarczający do scharakteryzowania sytuacji całej ludności Stanów Zjednoczonych, gdyż ubezpieczeni stanowią bardzo poważny jej odsetek. Jest to, zresztą, jedyne źródło dla takiego badania, gdyż ogólna rejestracja zgonów na całym terytorium Stanów istnieje dopiero od kilku lat.

Naturalnie, ubezpieczeni nie stanowią zupełnie dokładnej reprezentacji całej ludności Stanów: autorzy wykazują, że jest to grupa ludności, znajdująca się w gorszych od przeciętnych (dla Stanów Zjednoczonych) warunkach materialnych i zdrowotnych. Główną masę ubezpieczonych stanowią robotnicy i gorzej uposażone grupy pracowników umysłowych; odsetki tych grup ludności pośród ubezpieczonych są wyższe, niż wśród ogółu ludności. Słabiej są reprezentowane takie grupy ludności, jak rolnicy (w Stanach Zjednoczonych dobrze sytuowana warstwa ludności), wolne zawody, przedsiębiorcy i tp. Umieralność ubezpieczonych jest też nieco wyższa od ogólnej umieralności w Stanach. Tym niemniej materiały Towarzystwa dają bardzo imponujący obraz poprawy umieralności w ciągu rozpatrywanego okresu.

W najbardziej sumarycznym ujęciu poprawę tę wyrażają następujące liczby:

*) Louis I. Dublin and Alfred J. Lotka. Twenty-Five Years of Health Progress. Metropolitan Life Insurance Co. New York 1937, str. 611 + XII.

Przeciętna roczna liczba zgonów na
1000 ubezpieczonych.

O k r e s y	B i a l i		K o l o r o w i	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
1911 — 1915	14,2	10,6	18,7	17,1
1931 — 1935	8,8	6,5	13,4	11,7
Zmniejszenie w %	38	39	28	31

Obliczone na podstawie tablicy wymieralności, opartej na tych obserwacjach, przeciętne trwanie życia noworodka wynosiło dla ogółu ubezpieczonych w latach 1911—1912 około 46,6 roku, w 1935 zaś — 60,3, czyli o 13,7 roku więcej. Dla porównania można przytoczyć, że przeciętne trwanie życia noworodka według ogólnej tablicy wymieralności Stanów Zjednoczonych 1935 roku wynosiło 61,4 roku, według polskiej tablicy wymieralności 1937 roku — 45,9 roku (obecnie prawdopodobnie nieco ponad 50 lat).

Po szczegółowym opisie przebiegu tych zmian umieralności w ciągu ćwierci wieku z uwzględnieniem podziału rasowego (biali i kolorowi) i według płci oraz grup wieku następuje analiza poszczególnych grup przyczyn zgonów, zajmująca przeszło $\frac{3}{4}$ całej pracy. Zarówno umieralność na poszczególne choroby, jak i rola tych chorób w stosunku do umieralności ogólnej ulegały bardzo doniosłym zmianom i przesunięciom. Specjalnie szczegółowo zbadane są następujące grupy przyczyn zgonów: dziecięce choroby zakaźne, gruźlica, grypa (influenza) i zapalenie płuc, rak, choroby serca, naczyń krwionośnych i nerek, cukrzyca, choroby związane z ciążą i położeniem, i zgony, spowodowane przez przyczyny zewnętrzne (śmierć gwałtowna).

Do grupy zakaźnych chorób dziecięcych autorzy zaliczają: błonicę, odrę, płonicę (szkarlatynę) i krztusiec (koklusz). Historia umieralności dzieci na te cztery choroby jest jednym z najbardziej podziwu godnych objawów postępu zdrowotności w Stanach Zjednoczonych. W latach 1911—1915 na każde 10000 dzieci w wieku od 1 roku do lat 14 włącznie przypadało 14,5 zgonów na jedną z tych chorób; zgony te stanowiły prawie 25% wszystkich zgonów dzieci w tym wieku. W ostatnim zaś latach (1931—1935) współczynnik zgonów dzieci na choroby zakaźne wynosił 2,8 na 10000, czyli prawie 5 razy mniej; udział zgonów na te choroby w ogólnej liczbie zgonów dzieci zmniejszył się przeszło dwukrotnie — do 12%.

Szczególnie silny był spadek umieralności, spowodowanej przez błonicę. Na początku badanego okresu współczynnik zgonów na błonicę wynosił 7,2 na 10000 dzieci w wieku do lat 14, więcej, niż suma współczynników dla pozostałych trzech chorób zakaźnych; w ostatnim pięcioleciu wynosił on tylko 0,9 na 10000, czyli 8 razy mniej. Spadek ten wywołany został przez szerokie i systematyczne stosowanie szczepień zapobiegawczych i leczniczych.

Pozostałe dziecięce choroby zakaźne wykazują również zmniejszenie umieralności, ale w słabszym nieco stopniu, niż błonica: spadek wynosi od 72% (płonica) do 77% (odra). Dla tych chorób nie istnieją dotychczas tak skuteczne metody zapobiegawcze, jak dla błonicy; dotychczasowe postępy opierają się tu na ogólnej poprawie warunków higienicznych i zwiększeniu opieki lekarskiej (wcześnie rozpoznanie, izolacja chorych i tp.).

Następnym z kolei wielkim sukcesem opieki nad zdrowiem ludności w Stanach Zjednoczonych było opa-

nowanie gruźlicy. Współczynnik umieralności na gruźlicę (we wszystkich postaciach) w latach 1911—1915 wynosił 22,4 na 10000 osób, w latach 1931—1935 — 6,7 na 10000; zmniejszenie wyniosło więc ponad 70%. Na początku rozpatrywanego okresu gruźlica była najważniejszą przyczyną zgonu wśród ubezpieczonych, była ona powodem 18,5% ogólnej liczby zgonów; w ostatnim pięcioleciu udział gruźlicy w ogólnej liczbie zgonów wynosił już tylko 7%. Wyniki te zostały osiągnięte przy pomocy na szeroką skalę zakrojonej akcji społecznej. Rozwój opieki lekarskiej nad dziećmi w szkołach, opieki higienicznej nad ludnością, zwiększenie i udostępnienie sanatoriów, ostra kontrola krów, polepszenie warunków zdrowotnych w fabrykach odegrały tu niemałą rolę od udoskonalenia metod leczniczych i ogólnego podniesienia się stopy życiowej ludności pracującej.

W przeciwstawieniu do dziecięcych chorób zakaźnych, na które umieralność była w przybliżeniu jednakowa dla ludności białej i kolorowej, umieralność na gruźlicę wykazuje tu bardzo znaczne różnice; duże też są różnice pomiędzy umieralnością mężczyzn i kobiet:

Zgony na gruźlicę (na 10000 ludności).

O k r e s y	Ogółem	B i a l i		K o l o r o w i	
		Mężcz.	Kobiety	Mężcz.	Kobiety
1911 — 1915	22,4	26,6	15,6	41,4	37,2
1931 — 1935	6,7	6,8	4,6	18,6	16,9
Zmniejszenie w %	70	74	71	55	55

Względny natury techniczno-statystycznej spowodowały połączenie grypy i zapalenia płuc w jedną grupę przyczyn zgonów; umieralność, spowodowana przez te choroby, wykazuje również zmniejszenie dość pokaźne, ale znacznie słabsze, niż gruźlica. Odpowiedni współczynnik (na 10000 ludności) zmniejszył się np. dla białych mężczyzn z 14,0 do 7,8, czyli o 44%, dla kolorowych — o 31%. Rozwój umieralności na grypę i zapalenie płuc w rozpatrywanym okresie był zakłócony w latach 1918 — 1920 przez wielką epidemię grypy, podczas której umieralność dochodziła do 60 na 10000 ludności. Przebieg tej epidemii jest szczegółowo opisany w rozdziale, dotyczącym grypy.

Zgony na raka wykazują wyraźną tendencję zwyżkową, nawet po wyeliminowaniu zmian struktury ludności według wieku; współczynnik zgonów na 10000 mieszkańców wynosił w roku 1911 około 7,6, w roku 1935 — 8,7, czyli o 11% więcej. Wzrost ten dotyczył jednakże tylko mężczyzn; analizując przebieg umieralności na poszczególne postacie raka, autorzy przychodzą do wniosku, że zwiększenie umieralności jest tu raczej pozorne, spowodowane przez udoskonalenie metod diagnostycznych. Na tle ogólnego spadku umieralności rola raka, jako przyczyny zgonu, musiała, naturalnie, znacznie wzrosnąć: w 1911 roku rak spowodował 5,4% wszystkich zgonów, w 1935 — 11,9%.

Podobnie wzrósł udział następnej grupy przyczyn zgonu, mianowicie chorób serca, naczyń i nerek. Spowodowały one w 1911 roku 27,0% wszystkich zgonów, w 1935 zaś 37,5%. Poziom umieralności na te choroby zmniejszył się jednakże: po wyeliminowaniu zmian, spowodowanych przez przesunięcia struktury według wieku, odpowiadający współczynnik wykazuje zmniejszenie z 37,2 na 10000 do 29,7. Prawie połowa (w rozmaitych okresach od 40% do 50%) wszystkich zgonów tej grupy przypada na organiczne choroby serca, od 20% do 30%

na zapalenie nerek, około 20% na udar mózgowy i paraliż.

Natomiast wzrost zarówno poziomu umieralności (z 1,5 na 10000 do 2,1), jak i udziału w ogólnej liczbie zgonów (z 1% na 3%) wykazuje cukrzyca. Wzrost ten, pozornie sprzeczny z wielkimi postępami metod leczenia cukrzycy (insulina), tłumaczą autorzy udoskonaleniem metod diagnostycznych z jednej strony, z drugiej zaś — zmianami trybu życia ludności, postępującą urbanizacją, obfitym, ale nie zawsze racjonalnym odżywianiem i t. p. Ostatnią szczegółowo zanalizowaną grupę przyczyn zgonu stanowią przyczyny zewnętrzne: samobójstwo, zabójstwo, nieszczęśliwe wypadki. I ta grupa również wykazuje zmniejszenie umieralności, naturalnie niejednakowe dla poszczególnych jej składników. Spółczynnik zgonów samobójczych zmniejszył się o 25%. analogiczny współczynnik dla zabójstw pozostał bez zmiany, podczas gdy współczynnik umieralności spowodowanej przez nieszczęśliwe wypadki, zmniejszył się o 33%. Zmniejszenie to byłoby jeszcze wyraźniejsze, gdyby wyłączyć wypadki samochodowe, które ze zrozumiałych względów wzrosły pięciokrotnie.

Ze stosunkowo mniej ważnych przyczyn zgonu, omówionych krócej, warto wspomnieć o durze brzuszny oraz niezycie kiszek i żołądka, które wykazują zmniejszenie umieralności dziesięcio-, względnie ośmiokrotne. Obie te choroby w latach 1911—1915 spowodowały około 4% wszystkich zgonów, w latach 1931—1935 — około 0,5%.

Niejednokrotny rozwój umieralności, spowodowanej przez rozmaite choroby, zmienił zupełnie wzajemny stosunek liczby zgonów, spowodowanych przez te przyczyny: oto lista dziesięciu najważniejszych przyczyn zgonu w latach 1911 i 1935:

1 9 1 1			1 9 3 5		
Przyczyna zgonu	Zgonów na 10000 ludności	% ogółu zgonów	Przyczyna zgonu	Zgonów na 10000 ludności	% ogółu zgonów
1. Gruźlica	24,2	18,5	1. Choroby serca	13,9	18,5
2. Choroby serca	15,8	11,1	2. Rak	8,7	11,9
3. Grypa i zapalenie płuc	14,1	10,4	3. Grypa i zapalenie płuc	6,8	8,7
4. Zapalenie nerek	10,9	7,5	4. Zapalenie nerek	5,3	7,3
5. Nieszczęśliwe wypadki	8,7	6,2	5. Gruźlica	5,6	7,0
6. Udar mózgowy	8,3	7,0	6. Udar mózgowy	4,8	6,8
7. Rak	7,6	5,4	7. Nieszczęśliwe wypadki	5,8	6,7
8. Błonica	2,6	2,3	8. Choroby naczyń wieńcowych i dusznica	3,2	4,0
9. Nieżyt żołądka i kiszek	2,9	2,2	9. Cukrzyca	2,1	3,0
10. Dur brzuszny	2,2	1,9	10. Zapalenie wyrostka robaczkowego	1,2	1,4

Wiadomości bieżące.

— W Dep. Służby Zdrowia P. Minister Eugeniusz Pięstrzyński przyjął na audiencji delegację komitetu porozumiewawczego czasopism ogólnolekarskich w osobach: D-ra Józefa Wacława Grotta, przedstawiciela „Medycyny“, D-ra Wilhelma Knappego, przedstawiciela „Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego“, D-ra Stanisława Konopki, redaktora „Lekarza Wojskowego“, oraz D-ra Franciszka Rodziewicza, redaktora „Nowin Społeczno-Lekarskich“. Delegaci przedstawili najpilniejsze potrzeby czasopism ogólnolekarskich. Dr. Grott uzasadnił potrzebę wznowienia wydawnictwa bibliograficznego, rejestrującego dorobek naukowy Polski i ułatwiającego w nim szybką orientację. Podkreślono również konieczność stworzenia organu wydawniczego w języku zrozumia-

Różnice pomiędzy kolejnością współczynników umieralności i odsetkami ogółu, przypadającymi na poszczególne choroby, pochodzą stąd, że są to t. zw. współczynniki standardyzowane, czyli przeliczone w sposób, eliminujący wpływ zmian struktury według wieku.

Każda z ważniejszych przyczyn zgonu i każda grupa przyczyn została w pracy Dublina i Lotki szczegółowo omówiona i zbadana; w tym sprawozdaniu mogliśmy przytoczyć tylko najbardziej sumaryczne wyniki. W samej pracy znajdzie czytelnik szczegółową analizę umieralności według płci, wieku, rasy dla każdej przyczyny zgonu z osobna, dalej opis rozwoju w ciągu całego dwudziestopięcioletnia, analizę przyczyn takiego, czy innego przebiegu umieralności, a nieraz też ocenę perspektyw i możliwości poprawy stanu w przyszłości. Dla każdej przyczyny zgonu oddzielnie przeprowadzone też jest porównanie umieralności wśród ubezpieczonych z ogólnym jej poziomem dla całej ludności Stanów Zjednoczonych, umożliwiające ocenę reprezentatywności wyników i możliwości wnioskowania o stanie zdrowotnym całej ludności na podstawie obserwacji ubezpieczonych.

W oddzielnym, 70 stron liczącym załączniku zgromadzone są szczegółowe dane surowe, dalej współczynniki umieralności z każdej przyczyny dla każdego roku oddzielnie, wreszcie — specjalnie szczegółowe dane o zgonach, spowodowanych przez nieszczęśliwe wypadki.

Całość książki przedstawia się niezmiernie interesująco. Wielka sumienność, staranność i wnikliwość analizy, ogromne bogactwo materiałów liczbowych i umiejętne ich zgrupowanie czynią z niej prawdziwą kopalnię wiadomości o stosunkach zdrowotnych Stanów Zjednoczonych (choć dotyczy tylko jednej strony tych stosunków) i tak pouczającej ich ewolucji w ostatnich dziesięcioleciach.

łym dla obcych (np. po francusku), który by informował zagranicę o dorobku naukowym medycyny polskiej. Dr. Knappe podniósł, że okólnik minist. spraw wewnętrznych z roku 1929 w sprawie prenumerowania czasopism lekarskich przez biblioteki szpitalne nie jest wykonywany. Przyspieszenie obowiązkowego tworzenia bibliotek lekarskich przy szpitalach, zgodnie z instrukcjami, zawartymi we wspomnianym okólniku, jest b. pożądane. Dr. Rodziewicz omówił sprawę zamierzonego przez Naczelną Izbę Lekarską wydawania czasopisma o charakterze ogólnolekarskim oraz podkreślił stanowisko, jakie zajmuje w tej sprawie komitet porozumiewawczy wydawców. Pan Minister obiecał rozpatrzyć złożony memoriał, którego brzmienie jest następujące:

Do
Departamentu Służby Zdrowia
oraz

Do Naczelnej Izby Lekarskiej

M e m o r i a ł

W sprawie potrzeb wydawnictw lekarskich w Polsce.

Wydawców

Medycyny
Lekarza Wojskowego
Nowin Lekarskich
Nowin Społeczno-Lekarskich
Polskiej Gazety Lekarskiej oraz
Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego

Istniejące czasopisma ogólnolekarskie w Polsce stanowią dla ogółu lekarzy ważny czynnik, umożliwiający im dokształcanie, spełniając jednocześnie rolę łącznika z ogniskami wiedzy w kraju i zagranicą. Oprócz tego czasopisma te w znacznej mierze obsługują również i pracowników naukowych w zakresie, dotyczącym ogłaszania ich dorobku w postaci prac zgrupowanych. Jednak dla prawidłowego rozwoju medycyny polskiej, jako nauki, obecny stan rzeczy jest niedostateczny.

Oprócz czasopism ogólnych oraz specjalnych o charakterze archiwalnym niezbędne tu są specjalne wydawnictwa, rejestrujące dorobek naukowy polski i ułatwiające w nim szybką orientację.

Dawniej czynność tę spełniał „Przegląd Piśmiennictwa Lekarskiego”, wydawany przez Warszawskie Towarzystwo Lekarskie, a poza tym Bibliografia D-ra St. K o n o p k i. Dziś wydawnictwa te nie istnieją. Tego rodzaju nienormalny stan powoduje, że łatwo zatracić się, łącząc pracę jednego pokolenia pracowników naukowych z poprzednimi. Dzięki zagranicznym wydawnictwom bibliograficznym łatwiej dowiedzieć się, co w pewnej dziedzinie medycyny zrobiono u obcych, niż u swoich.

Z tego powodu wprost nakazem chwili jest wznowienie wydawnictwa, które by tę lukę jak najspieszniej zapełniło. Od tego w dużej mierze zależy sprawność i wydajność samej pracy naukowej.

Drugim ważnym zagadnieniem, nurtującym polski naukowy świat lekarski, jest dążenie, by nie tylko być stałym odbiorcą obcych, lecz przez pracę i wytwór ducha własnego móc dorzucić jak najwięcej do skarbcza wiedzy ludzkiej ku chwale imienia polskiego. Na przeszkodzie ku temu stoją trudności językowe, niepokonalne dla cudzoziemców. Z tego względu koniecznością staje się stworzenie organu wydawniczego w języku zrozumiałym dla obcych (nprz. po francusku), który by informował zagranicę o dorobku naukowym medycyny polskiej w sposób rzeczowy i krótki. Czasopismo to pozwoli nam uniknąć strat dotychczasowych, kiedy to nieraz wysokiej wartości spostrzeżenia naszych uczonych, ogłoszone tylko po polsku, pozostały bez echa, by, odkryte później na nowo przez obcych, stały się powodem do rozgłosu w świecie całym. Wystarczy tu wspomnieć chociażby tylko spostrzeżenia B i e r n a c k i e g o z opadania krwinek.

Omawiane czasopismo, wydawane w języku francuskim, winno być bezpłatnie rozsyłane do ważniejszych ośrodków naukowych w świecie. Tak czynią inne narody, np. Japończycy, — więc i my w ich ślady pójść winniśmy.

Rzecz zrozumiała, że ciężarów materialnych, związanych z prowadzeniem tych dwóch wydawnictw, tak niezbędnych dla prawidłowego rozwoju medycyny polskiej, a następnie i dla prestiżu Polski, jako mocarstwa, wśród obcych, nie udźwignie nie liczna garstka pracowników naukowych.

Jest tu niezbędna pomoc z zewnątrz, tym bardziej, że fundusze w postaci zapisów, jakimi np. rozporządza Warszawskie Towarzystwo Lekarskie, zostały prawie stracone przez katastrofy finansowe, jak dewaluacja i konwersje. Z tego też względu konieczna tu jest nie tylko pomoc Naczelnej Izby Lekarskiej, lecz i pomoc ze strony Państwa, które w sprawie tej jest również wy-

soce zainteresowane ze względów politycznych.

Wobec powyższego pozwalamy sobie prosić w jednobrzmiącym memoriale zarówno Departament Służby Zdrowia, jak i Naczelną Izbę Lekarską o przychylne rozpatrzenie spraw powyższych oraz stworzenie podstaw materialnych do ich realizacji. Jednocześnie, będąc zapoznani z potrzebami wydawniczymi medycyny polskiej, jako reprezentanci w tym dziale komitetów redakcyjnych naszych czasopism, w całkowitym zrozumieniu społecznego obowiązku, jaki spełniamy, chętnie widzielibyśmy jako rzecz celową odbycie w tej sprawie wspólnej konferencji z przedstawicielami Departamentu Służby Zdrowia oraz Naczelnej Izby Lekarskiej.

Składając niniejszy memoriał, uważamy za swój obowiązek zaznaczyć, iż w najbliższych numerach reprezentowanych przez nas czasopism treść jego podamy do wiadomości ogółu lekarzy.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	26/XII— 31/XII	1/1 — 1/1	2/1 — 8/1	9/1 — 15/1
Ospa	0	0	0	0
Dur brzuszny	206 (15)*	10 (4)	194 (20)	226 (27)
Dur rzekomy	1 (0)	0	2 (0)	0
Dur osutkowy	54 (1)	9 (0)	98 (6)	73 (7)
Dur powrotny	0	0	0	0
Czerwonka	8 (0)	0	12 (2)	6 (0)
Łonica	418 (8)	30 (4)	373 (15)	424 (11)
Łlonica	432 (34)	13 (1)	401 (18)	478 (39)
Zapal. op. mózg. . . .	15 (5)	0	23 (5)	24 (2)
Odra	940 (3)	59 (0)	592 (14)	843 (4)
Krzusiec	53 (5)	4 (0)	61 (7)	118 (5)
Malaria	0	0	0	1 (0)
Gorączka pologowa . .	29 (7)	1 (0)	23 (11)	38 (11)
Chor. Heine-Medina . .	1 (1)	0	3 (1)	3 (0)
Zap. mózg. śpiączk. . .	0	0	2 (0)	0
Choroba Banga	0	0	0	0
Trąd	0	0	0	0
Gruźlica	384 (198)	8 (4)	318 (170)	562 (299)
Róża	91 (2)	10 (0)	73 (3)	121 (6)
Jaglica	255 (0)	7 (0)	201 (0)	230 (0)
Twardziel	0	0	0	0
Waglik	0	0	0	0
Nosaczna	0	0	0	0
Włośnica	0	0	0	0
Wścieklizna	0 (2)	0	0 (1)	0 (2)

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— Okólnik Nr. 229 z 23 października 1929 r. (Z. U. 4052/29) w sprawie podręcznych bibliotek lekarskich w szpitalach miał brzmienie następujące:

Do
P.P. Wojewodów

Na podstawie materiałów z licznych inspekcji szpitali, szczególnie prowincjonalnych, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych stwierdziło, że nie wszystkie szpitale dostatecznie dbają o podniesienie strony naukowej lecznictwa szpitalnego.

W miejscowościach, gdzie nie ma uniwersytetów, towarzystw naukowych lekarskich i bibliotek specjalnych, urządzenie w szpitalach choćby na mniejszą skalę fachowo-lekarskich bibliotek składających się z odpowiednich dzieł naukowych i czasopism lekarskich, stanowić może wielką pomoc w codziennej działalności fachowej lekarza szpitalnego z korzyścią dla chorych, pobudzić go do samodzielnej pracy twórczej i wybitnie przyczynić się przez to do odświeżenia i uzupełnienia jego wiedzy fachowej, a nawet do pomnożenia naszego dorobku naukowego.

Biblioteki takie będą również miały duże znaczenie dla młodych lekarzy, odbywających przepisową praktykę i dokształcających się w szpitalach.

Ponieważ nieznaczna tylko liczba szpitali prowincjonalnych posiada podręczne biblioteki lekarskie i to zaopatrywane przeważnie sumptem samych lekarzy, przeto Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi Pana Wojewodę o wywarcie wpływu na związki komunalne względnie inne instytucje, utrzymujące szpitale, aby do budżetów szpitalnych wstawiały odpowiednie kwoty na biblioteki lekarskie.

Kwoty te nie powinny przewyższać 0,25% — 0,5% ogólnej sumy wydatków budżetu rocznego szpitala i być zużyte na zakupowanie naukowych dzieł medycznych i prenumeratę czasopism lekarskich i to w pierwszym rzędzie polskich.

— W wyniku Konkursu Naukowego, zainicjowanego przez Instytucje i Stowarzyszenia, zajmujące się w Polsce problemem walki z rakiem, ogłoszonego celem uczczenia pamięci Marszałka Józefa Piłsudskiego, Sąd Konkursowy na ostatnim posiedzeniu w dniu 16 stycznia 1938 r. po uprzednim zapoznaniu się z pracami, zgłoszonymi na konkurs w liczbie dziesięciu, postanowił przyznać połowę I i II nagrody w sumie złotych 500 godłtu: *Immunitas Vincet*, połowę I i II nagrody w sumie złotych 500 godłtu STOG oraz III nagrodę w sumie złotych 300 godłtu WAWEL. Autorami nagrodzonych prac okazali się: Dr. Leontyn Dmochowski (Państwowy Zakład Higieny), który zgłosił „Badania doświadczalne nad nowotworami przeszczepialnymi”, Dr. Dr. Gottlieb, G. Spritzen i M. Taschner (Instytut badań nad rakiem w Krakowie), którzy podali „Badania doświadczalne nad działaniem ciał rakotwórczych” oraz Eugenia St. Stolyhowa i Włodzimierz Nielipiński (Zakład Antropologii w Krakowie), którzy zgłosili „Badania nad współzależnością lokalizacji raka a typem rasowym”.

— Wyszedł z druku Nr 1 nowego pisma „Brijus-Zdrowie”, poświęconego zagadnieniom zdrowotnym oraz sprawie walki z gruźlicą. Nowe pismo jest organem Żydowskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego i ma na celu: 1) szerzenie w formie dostępnej i popularnej podstawowych wiadomości o gruźlicy; 2) szerzenie wiadomości, jak można uchronić się od zarażenia się gruźlicą; 3) dążenie do zmobilizowania społeczeństwa do walki z gruźlicą; 4) chęć zapoznania szerokiego ogółu z działalnością Towarzystwa i jego instytucji. — Numer pierwszy zawiera między innymi: artykuł poświęcony pamięci założyciela T-wa „Brijus”, b. p. Zygmunta Feinkinda, wspomnienie pośmiertne o b. p. Stanisławie Leopoldzie Lublinerze i b. p. Władysławie Przygodzie, o klimatycznych właściwościach Otwocka, rok pracy sanatoryjnej, z działalności poradni przeciwgruźliczej „Dawtil” w Otwocku, gruźlica jako problem społeczny, prątek gruźliczy a ghetto, gruźlica kości i stawów, o gruźlicy dziecięcej i sanatorium dla najmłodszych, ubezpieczenia społ. a prawo ubezpieczonych, sanacja jamy ustnej u gruźlików. — Życzymy nowemu pismu powodzenia.

— Ukazał się tom V zeszyt 1—2 Pamiętnika Klinicznego Szpitala Św. Łazarza, obejmujący sprawozdania z posiedzeń od dnia 5.I.1935 do 19.III.1936 r. włącznie, w swej zwykłej pięknej szacie.

8.III. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

1. Franciszek Łukaszczyk. Demonstracja chorych: 1) guz śródpiersia, 2) wieloogniskowe przerzuty raka sutka do mózgu. 2. Prof. J. Maisin. Le traitement radiologique du cancer du sein. 3. Anastazy Landau i Leonard Deloff. Zespół wielogruźlowy tarczowo-przyszczykowy. 4. Kazimierz Górski. Przyczynki do organizacji służby zdrowia na wsi polskiej.

8.III. Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

1) M. Płoński: Pokazy anatomopatologiczne. 2) E. Stranck (z Wiednia): O dziecku Żydowskim (w języku niemieckim).

14.III. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej

Posiedzenie plenarne.

(Państwowy Zakład Higieny — Chocimska 24)

1. Prof. O. Bujwid. Nasi osadnicy w Brazylii. 2. Walne zabranie.

Résumé des articles originaux.

H. BEER. L'action de la yohimbine sur le métabolisme des animaux.

1. Injectée en petites doses la yohimbine accélère l'utilisation de l'oxygène des rats blancs, en grandes doses elle l'inhibe. Chez des lapins, des souris blanches, des grenouilles l'action de la yohimbine n'est pas uniforme. Parfois elle accélère l'utilisation de l'oxygène par les animaux cités, l'autre fois elle l'inhibe. 2. La yohimbine diminue l'utilisation de l'oxygène par le detritus du foie des rats blancs, des souris blanches et des grenouilles. 3. La yohimbine inhibe ou paralyse l'action des ferments cellulaires tels que l'oxydase, la peroxydase et la catalase. 4. La yohimbine exerce une action bactéricide sur le staphylocoque doré et le bacterium coli.

J. KLAPERZAK. La vitamine A (Vogan) possède-t-elle des propriétés antigéniques?

L'immunisation des lapins par la vitamine A additionnée de sérum physiologique et par la vitamine A additionnée de sérum dilué du cochon donne des résultats négatifs. L'huile de sésame avec sérum dilué du cochon ne provoque pas aussi la formation des anticorps en présence d'huile de sésame.

L. JUSTMAN. Traitement diététique des diarrhées. Méthodes de traitement diététique des diarrhées aiguës, fermentatives, putrides et des colites.

S. FOGELSON. Le progrès dans le domaine de la santé publique.

Résumé du contenu du livre des MM. Dublin et Lotka „Twenty-five Years of Health Progress” qui présente l'évolution de la mortalité en général et par principales causes des décès aux Etats Unis d'Amérique pendant le dernier quart de siècle. Le livre de MM. Dublin et Lotka est basé sur l'expérience de la société d'assurances populaires sur la vie Metropolitan Life Insurance Company à New York.

TREŚĆ: M. FEJGIN. O grypowych zapaleniach płuc (podział kliniczny i leczenie). — H. BEER. Działanie yohimbiny na przemianę materii (Dok.) — J. P. KLAPERZAK. Czy witamina A (Vogan) posiada własności antygenne? — L. JUSTMAN. Leczenie dietetyczne biegunek. A. KIRSZBRAUN. O chorobie pooperacyjnej (str. pogl.) — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — S. FOGELSON. Postęp w dziedzinie zdrowotności. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. FEJGIN. Pneumonies grippales (formes cliniques et traitement). — H. BEER. L'action de la yohimbine sur le métabolisme des animaux. (fin). — J. P. KLAPERZAK. La vitamine A (Vogan) possède-t-elle des propriétés antigéniques? — L. JUSTMAN. Traitement diététique des diarrhées. — A. KIRSZBRAUN. Sur la maladie postopératoire (Rev. gén.) — S. FOGELSON. Le progrès dans le domaine de la santé publique.