

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, 24 MARCA 1938 R.

Nr. 12

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Przyczynki do dietytyki ogólnej.

Podał

Dr. Ludwik JUSTMAN (Warszawa).

Przeżywamy obecnie w naukach lekarskich okres neohumoralizmu. Podczas gdy do niedawna płynęliśmy pod flagą morfologii, a ustalenie, w jakim narządzie należy doszukiwać się przyczyny sposterzeganych zmian patologicznych, stanowiło sedno zagadnienia, obecnie tak imponująca i wszechstronnie poznana patologia narządowa przestaje już nam przesłaniać myśli o całym ustroju, jako harmonijnie działającej jedności, w której czynności poszczególnych narządów nie dają się pomyśleć jako coś samodzielnego i niezależnego. Niezakłócony *consensus partium* jest niezbędnym warunkiem zdrowia, a w warunkach patologicznych nawet najwyraźniej narządowo umiejscowione zaburzenia są przede wszystkim zaburzeniami ogólnoustrojowymi.

Ta zasadnicza zmiana w naszym myśleniu lekarskim musiała odbić się i na postępowaniu leczniczym. Obok farmakologii, że tak powiem, celowanej, to jest skierowanej na określony narząd — jako przykład, wymienię naparstnicę, oraz terapii, skierowanej na zewnętrzne czynniki chorobotwórcze — środki odkażające, arsenobenzole, chinina w zimnicy, zjawiają się metody lecznicze, które nie sposób ująć narządowo, a więc leczenie bodźcowe, hormonolecznictwo, środki, oddziaływające na układ roślinny, oraz dietytyka, która w myśleniu lekarskim zdobywa coraz pocześniejsze stanowisko.

Poglądy zmieniają się szybko, ale znacznie konserwatywniejsze są nasze nawyki myślowe. Powstaje pewien rozdzźwięk pomiędzy nowymi poglądami a dawną metodyką myślenia, przystosowaną do dawnych poglądów, z którymi zżyliśmy się, i które do pewnego stopnia podświadomie zmuszają nas do zbaczania na dawne szlaki. Wynikają stąd liczne nieporozumienia i wnioski fałszywe. Postaram się to zobrazować na przykładzie dietytyki.

Już w samym założeniu idei żywienia tkwi niemożliwość ujmowania narządowego tego zagadnienia. Pożywienia potrzebuje każda komórka i tkanka naszego ustroju, lecz drogi, jakimi dostają się ciała odżywcze do komórek i tkanek, są jeszcze dalekie od wyjaśnienia. Trawienie w przewodzie pokarmowym i wątrobie to tylko akt przygotowawczy, analogiczny do epilogu czynności trawienia — wydalania odpadków przemiany materii przez nerki. Odpowiednio przeobrażone ciała od-

żywcze krążą we krwi aż do najdrobniejszych włósniczek, a stąd po przez płyny międzytkankowe przenikają do komórek narządowych. Zgodnie z potężną koncepcją Krausa o układzie wegetatywnym, podstawowe procesy życiowe zachodzą w nieodróżnionym narządowo środowisku koloidowym — tam umiejscowione są wszystkie procesy podstawowe i powszechne dla wszystkich komórek, niezależnie od ich swoistej czynności. Do rzędu tych procesów należy przyswajanie, asymilacja ogólnoustrojowa środków odżywczych — rzeczą elementów zróżnicowanych narządów jest dalszy etap — nadanie przyswojonym, a więc już swoistym dla danego ustroju ciałom wyższego stopnia swoistości narządowej. A że to dotyczy nie tylko ciał budulcowych, lecz i stanowiących źródło energii, świadczy o tym fakt, że dostępna dla odżywiania komórek mięśniowych glukoza czynna różni się od postaci transportowej, krążącej we krwi $\alpha\beta$ -glukozy. A że o gospodarce koloidowej nie wiemy dzisiaj prawie nic, nic dziwnego, że to, co obejmujemy pojęciem pośredniej przemiany materii, stanowi dla nas dzisiaj zupełną zagadkę. Jedno jest tylko dla nas jasne — że w naszych rozważaniach dietytycznych nie możemy ominąć tego bodaj najważniejszego, ogólnoustrojowego etapu procesu żywienia; niestety, jednak oceniać go możemy bardzo z gruba, kierując się wagą, ogólnym samopoczuciem i wydolnością badanego osobnika. Do tego dochodzą badania laboratoryjne — podstawowej przemiany materii, rezerwy alkalicznej i t. p. — metody te, cenne w poszczególnych schorzeniach, nie są jeszcze dostateczne do zasadniczego wyświeatlenia tych spraw.

Dopiero obok postulatu dbałości o potrzeby całego ustroju postawić winniśmy drugi warunek — oszczędzania narządów, wprowadzających ciała odżywcze do ustroju, a więc przewodu pokarmowego z jego wielkimi gruczołami oraz dróg moczowych, jako wydalaających odpadki przemiany materii. Zaznaczyć należy, że nie ogranicza się to do przypadków, w których układy te są chore, ale i zdrowe te narządy winny być oszczędzane. Wystarczy przypomnieć szczęśliwie już miniony okres bezkrytycznego tuczenia chorych na gruźlicę płuc, przeładowywania ich mlekiem, aby zdać sobie sprawę ze zgubnego wpływu tego rodzaju postępowania na zdrowy przewód pokarmowy.

Mało jeszcze wyjaśniony i poznany jest trzeci postulat dietytyczny — wpływu diety na poszczególne narządy, nieobarczone czynnością trawienia lub wydalania produktów przemiany materii. Przykładem niech

będą liczne próby leczenia padaczki, a więc dieta bezsolna, zakwaszająca, ketorodna, bezzmięsa, cukrowa, awitaminowa, odwadniająca, wreszcie głodowa — ta duża litania metod dietetycznych pozwala wątpić o ich skuteczności. Bardziej uzasadnione teoretycznie i pomyślnie w swych wynikach są metody postępowania dietetycznego w schorzeniach krwi — jak leczenie wątroby, oraz gruczołów wkrwennych, jakkolwiek i tu jeszcze jesteśmy zaledwie na progu poznania. A poza tym — uwzględniając ścisłą korelację czynności tych gruczołów, musimy zadać sobie pytanie, czy słuszne będzie narządowe ujmowanie tych spraw, czy raczej omówione w pierwszym postulacie całkowicie pozanarządowe ich traktowanie nie jest bardziej uzasadnione. W sprawach tych ujawnia się wyraźnie, że tak powiem, farmakologiczne znaczenie dietyki.

Tym trzem warunkom musi sprostać racjonalne postępowanie dietetyczne. Kwestia zapotrzebowania pokarmowego osobnika zdrowego nie jest jeszcze całkowicie wyczerpana. Teoretycznie większość badaczy opiera się na normach Voita z nieznacznymi odchyleniami, jednak normy te, zastosowane do fikcji człowieka przeciętnego, w zastosowaniu do jednostki stanowią niewątpliwie bardzo niedokładny schemat ogólny. Dotyczy to szczególnie zapotrzebowania białkowego; jest to najtrudniejszy punkt całego zagadnienia. Jeżeli nawet odrzucimy zbyt skrajne teorie Chittendena i Hinde, którzy określają poziom zapotrzebowania białkowego niezmiernie nisko, to nie ulega wątpliwości, że wahania są nader rozległe, zależne nie tylko od wykonywanej pracy, płci i wieku, ale i od odrębności konstytucyjnych danego osobnika — zapotrzebowanie na białko zwierzące jest — *ceteris paribus* — u astenika znacznie większe, niż u pełnokrwistego artrytyka.

Jeszcze większe trudności nastręcza nam ustalenie zapotrzebowania pokarmowego u ludzi chorych — tutaj wchodzi w grę dużo nowych czynników, spowodowanych chorobą, tak, że kryteria fizjologiczne stają się bezwartościowe. Gorączkujących chorych gruźliczych nawet forsowne przekarmianie nie uchroni przed spadkiem wagi i sił, podczas gdy ozdrowieńcy po ciężkich schorzeniach poprawiają się, przybierają na wadze przy diecie bezwzględnie niedostatecznej w stosunku do norm fizjologicznych. To samo dotyczy i chorych na cukrzycę, u których z powodów różnych proponowanych diet jako niewątpliwa prawda ustala się zasada: *manger le moins possible*.

Nie mamy więc jeszcze dostatecznych podstaw do uzasadnienia wzorów dietetycznych u ludzi chorych, a powątpiewać należy, czy w ogóle tego rodzaju wzory są do pomyślenia, gdyż odchylenia indywidualne — tak rozległe u ludzi zdrowych, są jeszcze rozleglejsze i niewątpliwie ważniejsze u osobników chorych, u których wszelkie odchylenia od stanu zdrowia są w znacznie większym stopniu zależne od podłoża konstytucjonalnego; podłoże to ujawnia się tym wyraźniej, im bardziej zakłócone są procesy wyrównawcze, stanowiące niezbędny warunek zdrowia ustroju. W stanach patologicznych nie można również liczyć na głód i łaknienie, instynkty, regulujące w znacznym stopniu odżywianie ludzi zdrowych. W tych warunkach jesteśmy skazani wyłącznie na empirię — a to nader zawodny drogowskaz. Bo na empirię składają się dwa czynniki: spostrzeżenia obiektywne, posiadające niewątpliwą wartość dowodową, i praca myślowa spostrzegającego badacza — czynnik wybitnie subiektywny i niepewny, gdyż wnioski wpływają nie tylko ze spostrzeżonych faktów, ale z ca-

łego nastawienia myślowego badacza, jego bezwiednego dążenia do wypuklania w spostrzeżonych faktach tego, co odpowiada wyznawanym przez niego poglądom. Te błędy perspektywy mogą do tego stopnia wypaczać fakty, że po dzień dzisiejszy dużo w naszych podręcznikach błąka się twierdzeń niesłusznych, wyraźnie naciąganych, które wynikają z niedokładnej obserwacji faktów, bądź z niesłusznego *a priori* podejścia do ich wytłumaczenia. A stąd już krok niedaleki do teorii, które braki uzasadnienia naukowego pokrywają argumentami, zaczerpniętymi z zupełnie innych dziedzin, a niekiedy wprost z fanatyzmu ich twórców. Najczęstszym błędem jest uogólnianie wniosków — jeżeli w pewnych warunkach dana teoria okazała się słuszna i celowa, to zwolennicy jej głoszą o jej słuszności w zastosowaniu do całej ludzkości. Tak czynią zwolennicy fletcherizmu, diety jarskiej, diety ubogiej w białko i t. p. Szczególnie rozwój nauki o witaminach i chemii fizycznej przyczynił się do powstawania nowych ruchów dietetycznych — mamy więc bezwzględnych zwolenników diety surówkowej, mówimy o diecie zakwaszającej i zasadowej, jakkolwiek powątpiewać należy, czy stwierdzenie przewagi walorów kwaśnych lub zasadowych w popiołach, a nawet odpowiednie zmiany we krwi i w moczu upoważniają do wnioskowania o tym, co się dzieje w tkankach. Potężne przysposobienia wyrównawcze, jakie stoją na straży stałości pH tkankowego, wzbudzają poważne wątpliwości, czy istotnie można tak łatwo przesunąć odczyn aktualny tkanek — jego stałość jest tak niezbędnym warunkiem życia ustroju, że sądzić należy, że nie tak łatwo ulega zachwianiu. Nawet najlepiej poznana dietetyka cukrzycy roi się dziś jeszcze od znaków zapytania, a wyniki stosowania takiej lub innej diety są — w zależności od indywidualnych cech chorego — nader rozbieżne.

Jak widzimy, niełatwy jest do przeprowadzenia pierwszy postulat — uwzględniania w ustalaniu diety potrzeb całego ustroju. Szczęśliwie upraszcza się on znacznie w tych przypadkach, gdzie w obrazie chorobowym dominuje schorzenie przewodu pokarmowego. Bezspornie, cierpienie przewodu pokarmowego poza działaniem lokalnym wpływa na całą przemianę materii — w schorzeniach wątroby mamy zaburzenia gospodarki węglowodanowej, białkowej, wodnej, lipoidowej. Schorzenia woreczka żółciowego i dróg żółciowych przebiegają zawsze z mniejszymi lub większymi zaburzeniami czynności wątroby — stanowią one bądź podłoże dla schorzeń dróg żółciowych, bądź ich skutek. Zaburzenia przemiany stwierdzamy również w schorzeniach żołądka. Wrzód żołądka, jako pojęcie kliniczne, przez większość autorów jest uważany za schorzenie ogólnoustrojowe, bądź na tle zaburzeń neurovegetatywnych, bądź podług Balinta — jako skutek zakwaszenia ustroju. Autointoksykacja ustroju w zaparciu prawostronnym, znaczne przesunięcia w gospodarce wodnej w ostrych nieżytach jelit, teoria alergiczna nieżytych okrężnicy — oto kilka przykładów ścisłego związku. W tych warunkach myśl nasza musi wybiegać daleko poza wskazania, wynikające z konieczności oszczędzania i wzmacniania chorego narządu.

A jeżeli zanalizujemy metody oszczędzające, to widzimy, że i tu sprawa nie jest tak prosta. Wystarczy, jako przykład, dietetyka wrzodu trawiennego — mamy metody, polegające wyłącznie na podawaniu mleka, wzgl. śmietanki, do których później dodaje się delikatne kasze i jajka. Mamy metody niewątpliwie zakwaszające, jak dieta Jarockiego, polegająca na podawaniu białka jaj, dużych ilości masła i ograniczeniu płynów.

Mamy diety, polegające na podawaniu wielkich ilości cukru — do 250 g. dziennie, jak dieta F i e s s i n g e r a i R e c h t a, są to diety alkalizujące. Mamy dietę P e n t z o l d t a, który już w pierwszej dekadzie po krwotoku podaje rosół i wyciąg miesny, a więc potrawy wybitnie sokopędne, w drugiej dekadzie — surowe mięso skrobane, wędliny, mięso gotowane i znikome ilości pokarmów węglowodanowych, w trzeciej dekadzie — wybitnie sokopędny befszytk. Diety L e n h a r t z a i E w a l d a są zasadniczo zbliżone do diety P e n t z o l d t a. Widzimy więc, jak elastycznie należy stosować zasadę oszczędzania schorzonego narządu, i jak różne i sprzeczne są drogi, prowadzące do tego samego celu.

To samo dotyczy i leczenia biegunek. Zależnie od tego, czy mamy do czynienia z biegunką gnilną lub fermentacyjną, stosujemy zupełnie odmienne wzory dietetyczne. Byłoby to całkowicie uzasadnione, gdybyśmy mieli do czynienia z odrębnymi jednostkami chorobowymi, wiemy jednak, że tak nie jest; pomijając już to, że przeważnie mamy do czynienia z postaciami mieszanymi, przewaga spraw fermentacyjnych, wzgl. gnilnych przede wszystkim uwarunkowana jest sposobem dotychczasowego żywienia, a podawanie leczniczej diety przeciwfermentacyjnej, wzgl. przeciwnilnej prowadzi często do zmiany tych zaburzeń — fermentacyjnych na gnilne i odwrotnie.

Niektóre schorzenia przewodu pokarmowego, związane z ograniczeniem czynności ruchowej, bądź wydzielniczej, wymagają nie diety oszczędzającej, lecz, odwrotnie, diety ćwiczącej, drażniącej. Bodźce jednak muszą być odpowiednio stopniowane, aby nie przekroczyć możliwości czynnościowych przewodu pokarmowego i aby w wyniku nie doprowadzić do wyczerpania, względnie zaburzeń, powodowanych nadmiernym podrażnieniem.

Jeżeli zajmujemy się dietetyką nerek, jako głównego narządu wydalniczego, to i tu spotkamy wiele zjawisk, godnych zastanowienia. Do niedawna metodę dietetyczną z wyboru stanowiła w tych sprawach dieta mleczna. Wprowadzano w ten sposób duże ilości płynów, stanowiących nadmierne obciążenie dla schorzałych nerek; jest to pożywienie pod względem kalorycznym niedostateczne, bo do pokrycia zapotrzebowania energetycznego potrzeba 3 litrów dziennie, poza tym względnie ubóstwo węglowodanowe, brak żelaza, a nadmiar tłuszczu — wszystko to stanowi ujemne cechy diety mlecznej. A mimo to widocznie wyniki diety mlecznej nie były tak złe, skoro poprzednie pokolenia lekarzy, jak wiadomo, odznaczających się o wiele bardziej rozwiniętym zmysłem obserwacyjnym od nas, tak długo przytrzymywały się tej diety. Obecnie stosujemy raczej diety węglowodanowo-cukrowe; podawanie białka uzależniamy od stanu azotemii. Usunięcie z diety soli kuchennej, które do niedawna stanowiło nie budzący wątpliwości nakaz kategoryczny w dietetyce schorzeń nerkowych, obecnie obowiązuje ściśle tylko w stanach niewątpliwej chlororetencji, okazało się bowiem, że niedobór soli prowadzi w pewnych warunkach do wzrostu azotemii.

Widzimy więc, ile trudności, ile znaków zapytania napotykamy przy rozważaniach dietetycznych. Musimy mieć na względzie potrzeby ustroju jako całości, a to z jak najdalej posuniętym uwzględnieniem jego odrębności indywidualnych, oraz zmiany narządowe. Widzieliśmy, jak powikłane są te sprawy, jak wiele pytań pierwszej wagi pozostaje dziś jeszcze bez odpowiedzi.

Dietetyka dzisiejsza to teren *in statu nascendi*, teren trudny do poznania i zdobycia, lecz otwierający przed uważnym badaczem szerokie horyzonty myślowe i rojekujący na przyszłość dużo cennych zdobyczy ku pożytkowi cierpiącej ludzkości.

Jeżeli trudno z tego tak zagmatwanego obrazu wyprowadzić wskazówki co do najcelowszej drogi postępowania i ustalenie jej należy pozostawić starannej obserwacji poszczególnych chorych, to możliwe jest omówienie najczęściej popełnianych błędów. A o błędy w postępowaniu dietetycznym nie trudno, trudne jest natomiast ich stwierdzenie. Działanie leków farmakologicznych jest z natury rzeczy obliczone na czas krótki, nie więc dziwnego, że skutki podawania leków — dodatnie lub ujemne ujawniają się w krótkim czasie. A że są one bardziej przejrzyste i dzięki głębszej znajomości farmakologii lepiej znane, więc wnioskowanie farmakologiczne jest nader ułatwione. Inaczej w dietetyce — tutaj, z małymi wyjątkami, wyniki postępowania dietetycznego ujawniają się po dłuższym czasie, nie występują nagle, lecz powoli i skrycie, niekiedy nawet w dłuższy czas po bezpośrednim efekcie dodatnim ujawniają się ujemne skutki zalecanej diety i to w sposób nieoczekiwany, a mało przejrzysty. A więc, na przykład, dieta mało węglowodanowa w cukrzycy prowadzi bezpośrednio do spadku cukru w moczu i we krwi, lecz na dłuższą metę wymaga ketonemii i zmniejsza tolerancję węglowodanową. Dlatego też w postępowaniu dietetycznym niezbędna jest zdwojona ostrożność i możliwie obszerne uwzględnienie najróżnorodniejszych czynników.

Jednym z najczęstszych błędów dietetycznych jest przewlekłe niedożywianie. Ustrój dobrze znosi jedno lub nawet kilkudniową głodówkę, ewentualnie z pozajelitowym podawaniem płynów, lecz bardzo źle oddziałują na przewlekłe niedożywianie. A tymczasem jednym z najczęściej stosowanych zaleceń dietetycznych, i to często dla zupełnie błahych powodów, jest dieta kleikowa. Jest to pożywienie pod względem kalorycznym wybitnie niedostateczne, prawie pozbawione białka i witamin, poza zwykle dodawaną solą nader ubogie w minerały, wreszcie przez swą monotonię i brak ciał smakowych ujemnie oddziałujące na czynność trawienną przewodu pokarmowego i wpływające deprymująco na samopoczucie chorego. Nic więc dziwnego, że stosowanie diety kleikowej przez czas dłuższy wyczerpuje chorego i prowadzi do spadku wagi, a stan wyczerpania raczej osłabia odporność ustroju, zwalnia tempo procesów wyrównawczych, zdążających ku powrotowi do stanu zdrowia. A jeżeli przemyslimy całą sprawę dokładniej, to dojdziemy do wniosku, że w ogóle nie ma wskazań do stosowania diety kleikowej przez czas dłuższy. W ostrych nieżytach jelitowych może być ona stosowana jako bardzo krótki etap pomiędzy zupełną głodówką a pożywieniem możliwie wszechstronnym i mieszanym, pobudzającym przewód pokarmowy do podjęcia normalnej czynności. Stosowana przez czas dłuższy, dieta kleikowa jest niczym innym, jak tylko nieusprawiedliwionym błędem lekarskim.

Dieta kleikowa stanowi klasyczny przykład diety niedoborowej, natomiast w wielu innych wzorcach dietetycznych niedoborowość diety nie jest tak łatwo uchwytana. Mówiliśmy już o dietach w schorzeniach miażdży nerkowego. Zasadniczo dążymy w nich do ograniczenia białka i soli kuchennej, jednak znane już dzisiaj niebezpieczeństwa hipalbuminemii i hipochloremii stanowią poważny sygnał ostrzegawczy. Większość obec-

nych diet po krwotokach żołądkowych zawiera niezmienne nikłe ilości żelaza i to w okresie, kiedy niezbędna regeneracja krwi wzmacnia zapotrzebowanie na żelazo. Kozłem ofiarnym większości współczesnych metod dietetycznych jest białko zwierzęce, a w szczególności mięso. Jeżeli łatwiej nam będzie wyrzec się mięsa u pełnokrwistego pletoryka lub artrytyka, to u astenika brak mięsa — najcelowszego sposobu podawania białka doborowego w skoncentrowanej postaci nastrocza bardzo poważne wątpliwości. U asteników przeprowadzam leczenie dietetyczne po krwotokach wrzodowych w ten sposób, że szybko stosunkowo przechodzę z diety Sippy'ego do diety, wzorowanej na starych schematach Pentzoldta i Lenhartz'a. Nie tylko nie spostrzegalem przy tym ujemnych skutków, ale odniosłem wrażenie, że na tej drodze udaje się wcześniej usunąć szkodliwe skutki pokrwotocznego wyczerpania i przyspiesza się powrót chorego do pełni sił.

Nie będę tu zatrzymywał się nad kwestią niedoboru witamin w większości naszych oszczędzających diet leczniczych, gdyż mam wrażenie, że w normalnych warunkach obawy przed awitaminiozą, przynajmniej u dorosłych, są stanowczo przeceniane. Chyba, że będziemy mieli na uwadze jeszcze zupełnie niezbadane, a więc zgola hipotetyczne stany niedoboru witaminowego, o których wiemy jeszcze dziś zbyt mało, aby je rozważać. Za przykład takiej domniemanej hipowitaminiozy może służyć teoria autorów japońskich, których zdaniem powstawanie kamicy żółciowej wiąże się z niedoborem witaminy D. Czy jest tak istotnie, trudno dziś rozstrzygnąć. Dziś wystarczy podkreślić, iż podawanie preparatów witaminowych, a więc tranu, drożdży — najchętniej stosuję je jako drożdże piwne, soków owocowych i jarzynowych, redoxonu i t. p., ma niewątpliwie wpływ pomyślny. Ważną rzeczą jest również dbałość, aby witaminy, zawarte w ciałach pokarmowych, były możliwe zachowane. Z tego względu zalecam, aby masło nie było dodawane do garnka, gdzie skutkiem ciepła witaminy ulegają zniszczeniu — a jednocześnie skutkiem rozkładu i ulatniania się bardziej lotnych kwasów tłuszczowych masło traci na wartości odżywczej i strawności; masłem należy krasić potrawę na talerzu, gdzie panuje znacznie niższa temperatura.

Omawialiśmy dotychczas szkody, wynikające z ilościowego i jakościowego niedoboru naszych diet. Ale i odwrotnie, przekarmianie ma swoje właściwości ujemne. Polegają one na ograniczonej sprawności przewodu pokarmowego, a w przemianie materii prowadzą do zużycia zbytowego, stanowiącego nadmierne obciążenie dla ustroju.

Przechodzimy teraz do nowego zagadnienia — bodźców smakowych i wpływu na uczucie głodu i łaknienia. Zagadnienie to nader ciekawie ujął w niedawno opublikowanej pracy Lauder. Zdaniem tego autora. głód i łaknienie są wrazem niedoboru tkanek w ciałach odżywcze. Głód i łaknienie dochodzą do naszej świadomości, a tym samym nabierają charakteru uczucia. Jako uczucie świadome, głód i łaknienie kojarzą się i zależą od całokształtu naszego życia uczuciowego, co zmienia całkowicie ich pierwotny charakter odruchowy. Nie tylko więc nie pracują one z dokładnością chemiczną, lecz mogą uniezależnić się całkowicie od pierwotnej przyczyny — powstaje tu pełna rozbieżność pomiędzy potrzebami tkankowymi a głodem i łaknieniem, jako środkami ich zaspokojenia. O ile u ludzi zdrowych sprawę tę reguluje przyzwyczajenie i doświadczenie, to u ludzi chorych jesteśmy pozbawieni tych regulatorów.

A że sam stan chorobowy prowadzi do ujemnego tonu uczuciowego i związanego z nim zahamowania, że grają tu rolę utarte mniemania o szkodliwości takich, czy innych pokarmów lub w ogóle strach przed jedzeniem, nic dziwnego, że czynność żywienia ulega znacznemu zakłóceniu. Do tego dochodzi często szkoda, wynikająca z naszych zaleceń dietetycznych — nie zwracamy dość uwagi na walory smakowe diety, na wrażenia estetyczne, związane ze spożywaniem. W ten sposób eliminujemy całkowicie czynnik łaknienia, to jest głodu jakościowo zróżnicowanego, i nadajemy karmieniu charakter przykrego obowiązku, pozbawionego zachęcających wrażeń smakowych. A to nie tylko hamuje uczucie głodu, ale oddziaływa wybitnie ujemnie na ogólny stan psychiczny chorych, pogłębiając w nich świadomość mniejszej wartościowości i niezadowolenia z losu.

A czy to istotnie jest niezbędne? W przeważającej liczbie przypadków — nie. Bo, jeżeli nawet nie możemy podawać soli, to czy przy pomocy cebuli, kminku, tymianku, koperku, maku, cytryny, soków owocowych nie możemy dziecie nadać określonego smaku? Owoce, żelatynki, budynie, niesfermentowane sery — ten spis ciał o wyraźnym charakterze smakowym można by znacznie powiększyć, wymaga to jednak niedostępnej dla większości lekarzy znajomości sztuki kulinarnej. Poza tym należy wystrzegać się przesady. Pozwalam sobie wątpić, czy szkodliwość pomidorów dla mięszu nerkowego jest istotnie wystarczającym powodem do niepodawania tym chorym kilku plasterków pomidora z sokiem cytrynowym, a to tym więcej, że sałatka taka jest nie tylko cennym źródłem witamin, ale stanowi dla znużonego jednostajną dietę chorego pewnego rodzaju rewelację o wybitnie pomyślnym wpływie psychicznym. To samo dotyczy w pewnych schorzeniach i soku z kwaszonej kapusty.

Podając te pokarmy, odwołujemy się do łaknienia chorego. Ale tu przypomnieć winniśmy przypisywany P a w ł o w o w i aforyzm: apetyt to sok. Powstaje więc pytanie, czy w schorzeniach żołądka, w których dążymy do ograniczenia wydzielania, jak naprz. we wrzodzie trawiennym, możemy dążyć do pobudzania apetytu. Będziemy tu unikali pokarmów wybitnie sokopędnych, jednak nie wolno nam ani na chwilę zapomnieć, że poza chorym żołądkiem istnieje cały człowiek, czujący i myślący. A stąd wniosek, że będziemy, pod ścisłą kontrolą oczywiście, dążyli do kompromisu pomiędzy potrzebami schorzonego narządu a ogólnym samopoczuciem chorego. A że kompromis ten jest zupełnie możliwy, świadczą o tym wspomniane już poprzednio wzory dietetyczne w leczeniu wrzodu trawiennego — wszak nie ulega wątpliwości, że wędliny, surowe mięso i befszytk należą do potraw niewątpliwie sokopędnych.

Rekapitulujemy nasze wywody. W postępowaniu dietetycznym musimy mieć na uwadze przede wszystkim potrzeby całego ustroju, a następnie wskazania, płynące ze schorzenia określonego układu lub narządu. Jest dla nas obecnie rzeczą zgola niemożliwą głębsze wniknięcie w zagadnienie odżywiania ustroju, gdyż najważniejsze procesy trawienne zachodzą w zupełnie jeszcze nieznanym środowisku koloidowym, stanowiącym istotną naszą jaźń wewnętrzną, podstawę wszystkich procesów życiowych. Dlatego też o potrzebach ustroju możemy wnioskować tylko zupełnie powierzchownie na zasadzie wahań wagi, wydolności i samopoczucia osobnika. Względ na schorzenie narządowe w każdym razie nie powinien nam przesłaniać dbałości o dobro całego ustroju, a to tym więcej, że, jak widzieliśmy, różne drogi prowa-

dążą do tego samego celu, do poprawy stanu narządowego bez uszczerbku dla całości. Aby to osiągnąć, nie możemy ani na chwilę zapominać o odrębnościach konstytucjonalnych chorego osobnika i o ścisłym związku między jego stanem somatycznym a psychiką — wszystko to, co wpływa pomyślnie na stan psychiczny chorego, na jego samopoczucie, jest potężnym bodźcem leczniczym. Bodźcem takim jest łaknienie, stanowiące jakby czynnik estetyczny w żywieniu, źródło przeżyć o dodatnim tonie uczuciowym, tak pożytecznie przeciwdziałające depresji duchowej człowieka chorego. Dlatego też uwzględnienie ciał smakowych, pobudzających łaknienie, jest wprost niezbędnym postulatem dietetycznym.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Zakładu Histologii U. J. P.

(Kierownik: Prof. Dr. M. K o n o p a c k i).

Badania nad mechanizmem zniesienia reakcji hormonu gonadotropowego przez rosnący nowotwór.

Podali

J. FLAKS i A. BER (Warszawa).

W krótkim komunikacie (1) opisaliśmy spostrzeżenie, że młode myszki wagi około 6—8 gramów, w których ustroju rozwija się przeszczepialny nowotwór - mięsak E h r l i c h a, nie reagują na hormon gonadotropowy. Guzy w chwili rozpoczęcia wstrzykiwań hormonu gonadotropowego miały stosunkowo znaczne wymiary, tak, że koniec 100 godzinnej reakcji przypadał na krótko przed śmiercią zwierzęcia. Wobec tego, że jajniki normalnych, niedojrzałych myszy wykazują luteinizację prawie w 100% przypadków po wprowadzeniu większych dawek hormonu gonadotropowego (stosowaliśmy przeważnie 20 jednostek szczurzych, co odpowiada około 5 jednostkom mysim), przeto brak reakcji u zwierząt, które w tkance podskórnej noszą duże guzy, wydawał się nam rzeczą, zasługującą na dokładne wyjaśnienie.

Jak już podaliśmy ogólnie w pierwszym komunikacie, wyłoniły się zasadnicze dwie możliwości interpretacji omawianego zjawiska, a mianowicie, że: 1-o duży guz, istniejący w ustroju myszy, bądź wychwytuje, bądź inaktywuje wprowadzony hormon gonadotropowy, i 2-o rosnący nowotwór wydzielą substancję toksyczną, uszkadzającą nabłonek pęcherzyków Graafa w sposób morfologicznie we wczesnych okresach nieuchwytny, wystarczający jednakże do przeszkodzenia ich luteinizacji (ujemna reakcja H. V. R. III). Rzecz jasna, że obie te możliwości mogłyby wchodzić w grę niezależnie od siebie lub też razem. Pierwsza z tych interpretacji pozostawałaby w zgodzie ze znaną możliwością chłonięcia przez nowotwór niektórych substancji, krążących w organizmie, druga natomiast tłumaczyłaby przyczynę powstawania kacheksji nowotworowej. W razie słuszności drugiej koncepcji mielibyśmy łatwy sprawdzian dla wykazania wydzielania przez guz substancji toksycznej, uszkadzającej czynnościowo jajniki. Pośrednie wykazanie substancji toksycznej, uszkadzającej jajnik, objawiające się zniesieniem działania hormonu gonadotropowego, jest ważne dlatego, że dotychczas nie ma zgody, czy substancje takie są w ogóle przez nowotwór wydzielane. Związana ściśle z tym kwestia charakteru choroby nowotworowej znalazłaby w ten sposób należyte oświetlenie, a poszukiwanie substancji toksycznej w płynach

Przebiegając myślą nasze wywody, zatrzymujemy się niezdecydowani i nawet zniechęceni — tyle wątpliwości, tyle zagadnień niedopowiedzianych, tyle sprzeczności i znaków zapytania, a tak mało wniosków, zasługujących na miano pożytecznych drogowskazów. Świadczy to o jednym — że dopiero wkraczamy w progi zagadnień dietetycznych, że jeszcze bardzo mało o tym wiemy. Człowieka, który wymaga faktów konkretnych, gotowych do zastosowania praktycznego, ten stan rzeczy niewątpliwie może zniechęcić — przed badaczem, dążącym do poznania nowych prawd, otwiera on szerokie horyzonty i zachęca do pracy na nowym i płodnym polu badań dietetycznych.

ustrojowych chorych na raka byłoby znacznie ułatwione. Ze takie substancje toksyczne w ustroju, dotkniętym nowotworem, w istocie istnieją, świadczą badania Z w e i b a u m a i O s t r o u c h a (2) nad toksycznym wpływem surowic szczurów, dotkniętych nowotworem na wzrost fibroblastów *in vitro* oraz nasze badania (3) nad toksycznością tych surowic dla pierwotniaków — *Paramacium caudatum*.

Dla zilustrowania faktu, że rosnący nowotwór po osiągnięciu określonej wielkości przeszkadza działaniu hormonu gonadotropowego *) przytaczamy tablice Nr Nr 1 i 2.

Tablica Nr 1 (Myszy normalne.**)

Liczba myszy	Waga myszy	Liczba jednostek mysich h. gonadotrop.	Wynik reakcji po 100 godz.		
			pochwa	macy	jajnik
11	5,5 — 8,0	5 — Antelobin „Byla”	+	+	+
10	5,5 — 8,0	5 — Pregnyl „Organon”	+	+	+
1	6,0	5 — Pregnyl „Organon”	—	—	+
1	6,3	5 — Pregnyl „Organon”	+	+	—
1	8,3	2,5 — Pregnyl „Organon”	+	+	+
Razem 24					

Jak widać (tabl. 1), użyte przez nas hormony gonadotropowe: Antelobina - Byla oraz Pregnyl - Organon w dawce 2, 5—5 j. m. prawie bez wyjątku wywołują dodatnią reakcję Aschheima-Zondeka w pochwie, macicy i jajniku (H. V. R. I, II, III). Na przytoczone 24 myszy normalne jedynie w jednym przypadku nie znaleźliśmy ciałek żółtych, ale i w tym przypadku zmiany w pochwie i macicy wskazują na wystąpienie działania Prolanu A (H. V. R. I +). W drugim zaś przypadku mimo obecności ciałek żółtych w jajnikach nie wystąpiła ruja w pochwie. Jeżeli wziąć pod uwagę, że niedojrzałe myszy są czulszym te-

*) Miło nam jest podziękować p. Doktorowi K l a m k i n o w i za łaskawie dostarczaną do badań bezpłatnie większą ilość Pregnylu f-y Organon.

**) Znak — oznacza ujemną reakcję w pochwie macicy i jajniku (t. j. brak — ruja w pochwie, powiększenia macicy i krwawienia oraz ciałek żółtych w jajniku). Znak + oznacza typową dodatnią reakcję w pochwie, macicy i jajniku (H. V. R. I, II, III).

stem dla stwierdzenia działania Prolanu B, niż Prolanu A, ujemny wynik reakcji w pochwie i macicy nie świadczy jeszcze o zaniku reakcji Prolanu A. Za brakiem Prolanu A przemawia dopiero ujemny wynik badania na młodych szczurkach (Z o n d e k).

W tablicy Nr 2. zebrano myszy, szczepione nowotworem, u których wykonano reakcję z hormonem gonadotropowym. Na 21 myszy szczepionych u 18-tu reakcja w jajniku, macicy i pochwie wypadła ujemnie. Jedynie u 3-ch myszy (Nr Nr 5, 6 i 18) stwierdzono dodatnią reakcję w jajniku (luteinizacja = działanie Prolanu B), a u jednej z nich (Nr 6) także i w pochwie (ruja=działanie Prolanu A). U myszy Nr 5 i 6 wykazywały szczepione nowotwory wyjątkowo słaby wzrost, osiągając pod koniec doświadczenia zaledwie 1,2 i 0,65 grama, a ich stosunek do wagi ciała wyniósł około 1/7 i około 1/15.

Tablica Nr 2 (Myszy z nowotworem).

Nr myszy	Waga myszy przed szczep. nowotworem	Wiek guza w chwili rozpoczęcia wstrzyk. hormonu	Waga myszy z guzem przed rozpoczęciem wstrzyk. horm.	Liczba jedn. mysich wstrzyk. każdej myszy	Wynik po 100 g.			Waga guza	Stosunek wagi guza do wagi ciała bez guza
					Pochwa	Macica	Jajnik		
1	5,8	9 dni	6,5	5-Antelobin „Byla”	—	—	—	10,0	3,0
2	6,0	„	7,0	„	—	—	—	10,5	3,9
3	5,5	„	6,0	„	—	—	—	6,5	2,0
4	5,5	„	6,5	„	—	—	—	7,2	1,9
5	6,0	8 dni	„	„	—	—	—	9,3	1,2
6	6,0	„	„	„	+	+	+	10,0	0,65
7	6,0	„	„	„	—	—	—	9,2	1,8
8	6,0	„	„	„	—	—	—	9,8	1,95
9	5,2	„	7,3	5-Pregnyl „Organon”	—	—	—	7,4	2,3
10	5,4	„	7,7	„	—	—	—	7,4	2,2
11	5,6	„	7,2	„	—	—	—	7,4	2,3
12	5,6	„	6,8	„	—	—	—	7,2	1,9
13	6,8	11 dni	10,0	2,5-Pregnyl „Organon”	—	—	—	11,7	2,7
14	6,9	„	13,0	„	—	—	—	15,2	4,3
15	7,3	„	10,5	„	—	—	—	12,0	2,9
16	7,2	„	11,5	„	—	—	—	13,4	4,6
17	7,1	„	10,5	„	—	—	—	10,8	1,8
18	6,4	„	9,5	„	—	—	+	11,0	2,4
19	8,5	12 dni	10,6	104-Pregnyl „Organon”	—	—	—	10,0	2,7
20	8,7	„	11,0	„	—	—	—	1,24	2,2
21	8,7	„	12,0	„	—	—	—	1,05	3,5

Jak widać z powyższego, nowotwór musi osiągnąć pewną dostateczną wielkość dla zniesienia reakcji hormonu gonadotropowego. Minimum to wynosi około 1/5 wagi ciała (mysz Nr 17). Jedynym wyjątkiem, przez nas obserwowanym, jest mysz Nr 18 u której, przy stosunku wagi guza do wagi ciała równym 0,28, reakcja w jajnikach wypadła jeszcze dodatnio.

Dla stwierdzenia, czy opisany brak reakcji na hormon gonadotropowy występuje tylko u myszy z nowotworami, czy też jest zjawiskiem ogólniejszym, rozszerzyliśmy nasze badania również i na szczury, szczepione mięsakiem J e n s e n a. Jak widać z załączonej tablicy Nr 3, niedojrzałe szczury, szczepione tym nowotworem, w odróżnieniu od normalnych, nie wykazują luteinizacji po wstrzyknięciu 5 jednostek szczurzych hormonu gonadotropowego, aczkolwiek reakcja na Prolan A (ruja w pochwie) występuje jak w kontrolu.

Zaznaczyć należy, że wobec długiego trwania doświadczenia, podanego w tablicy Nr 3, waga użytych szczurów doszła do 50—60 gramów. Tej wagi szczurki nie są już używane do miareczkowania hormonu go-

nadotropowego (możliwość wystąpienia samoistnej ruji!). Do naszego celu jednak szczury te nadają się jeszcze bardzo dobrze. Wobec wystąpienia wyraźnych ciałek żółtych u szczurów kontrolnych, a braku ich u szczurów z nowotworem należy przyjąć, że nawet większa gotowość do luteinizacji jajników u zwierząt nieco starszych zostaje przez rosnący nowotwór zniesiona.

Tablica Nr 3 (Szczury)

Nr szczura	Waga szczura w dniu szczepienia guza	Wiek nowotworu w chwili rozpoczęcia reakcji	Waga szczura w chwili rozpoczęcia reakcji	Liczba wstrzykniętych jednostek szczurzych Pregnylu-„Organon”	Wynik po 120 g.			Waga szczura z guzem	Waga guza	Stosunek wagi guza do wagi ciała bez guza
					Pochwa	Macica	Jajnik			
1	21,5	17 dni	42,0	5	+	+	—	49	4,2	0,09
2	20,0	17 „	46,0	5	+	+	—	52	9,2	0,21
3	23,0	17 „	48,0	5	+	+	—	52	8,0	0,19
4	25,0	nie szczepiony	49,0	5	+	+	+	53	„	„
5	26,5	„	61,0	5	+	+	+	64	„	„
6	27,5	„	54,0	5	+	+	+	59	„	„

Przystępując do wyjaśnienia przyczyn omawianego zjawiska, należało przede wszystkim sprawdzić czy rosnący guz chłonie wstrzykiwany hormon gonadotropowy całkowicie lub też częściowo, tak, że pozostałe minimalne jego ilości, dochodzące do jajnika, nie wystarczają do wywołania reakcji. W tym celu pobraliśmy z myszy Nr 17 (tabl. 2) cały guz wagi 1,8 grama i po roztarciu w 6,0 cm³ płynu fizjologicznego wstrzyknięto jego zawiesinę w ciągu 2 dni w 6 porcjach dwóm szczurom. Dwóm innym szczurom wstrzyknięto zawiesinę guza tejże wagi z myszy, która nie otrzymywała hormonu gonadotropowego. Wyniki zebrane są w tablicy Nr 4.

Tablica Nr 4 (Szczury)

Nr szczura	Waga szczura	Wstrzykiwano	Liczba wstrzykniętych tkanki w gramach	Wynik reakcji po 120 godz.		
				Pochwa	Macica	Jajnik
1	27,5	Guz myszy fraktowanej Pregnylem (po 6,25 j. szcz.)	0,9	—	—	—
2	27,5	„	0,9	—	—	—
3	36,5	Guz myszy niefraktowanej Pregnylem.	0,9	—	—	—
4	27,5	„	0,9	—	—	—

Jak wynika z tablicy Nr 4, guz myszy, której wstrzyknięto 12,5 jednostek szczurzych Pregnylu, i u której reakcja w jajniku, macicy i pochwie wypadła ujemnie, nie zawiera nawet 2-ch jednostek szczurzych. Świadczy to, że guz praktycznie nie zatrzymuje wstrzykniętego hormonu gonadotropowego. Z tablicy tej wynika również, że mięsaki myszy Ehrlicha, w ilości około 1 g wstrzyknięty szczurowi, nie wykazuje sam żadnego działania gonadotropowego.

W celu ostatecznego wyeliminowania możliwości chłonięcia hormonu gonadotropowego przez rosnący nowotwór wstrzykiwaliśmy myszom z nowotworami po 520 jednostek szczurzych Pregnylu, t. j. około 104 jednostek mysich (patrz tablica Nr 2 myszy Nr Nr 19, 20 i 21). U tych myszy reakcja, mimo użycia tak wielkich dawek hormonu gonadotropowego, pozostała ujemna. Ponieważ poprzednie doświadczenie (tablica Nr 4) wykazało, że cały guz myszy, która otrzymała 12,5 jednostek szczurzych Pregnylu, nie zawiera nawet 2-ch jednostek szczurzych, to przy wprowadzeniu

520 jednostek szczurzych jednej myszy musielibyśmy uzyskać u niej reakcję dodatnią, gdyż w ustroju jej krążyć muszą znaczne ilości hormonu gonadotropowego. Brak tej reakcji wyłącza możliwość gromadzenia hormonu gonadotropowego przez rosnący nowotwór. W grę zatem wchodzić mogą jedynie albo rozkładanie hormonu gonadotropowego przez nowotwór *in situ*, albo też uszkodzenie jajnika.

Dla stwierdzenia, czy guz ma zdolność rozkładania hormonu gonadotropowego, wykonano doświadczenia, w których podawano roztwór Pregnylu działaniu tkanki mięsaka *in vitro*. Dla kontroli podawano roztwór Pregnylu również i działaniu normalnych tkanek. Po 20 godzinnej inkubacji w cieplarni w $t^{\circ} 37$ wstrzykiwano w ten sposób przygotowany roztwór Pregnylu niedojrzałym myszom i szczurom w dawkach, podanych w tablicach Nr 5 i 6.

Tablica Nr 5 (Myszy).

Mysz Nr	Waga myszy	Wstrzyknięto w ciągu 48 godz.	Liczba jedn. mysich horm. gonadotrop.	Dodano trój-krezolu	Czas inkubacji w $t^{\circ} 37^{\circ}$	Posiew po inkubacji	Wynik po 100 godz.		
							pochwa	macica	jajnik
1	7,4	0,05 g Mięsa + Pregnyl	4,0	0,3 %	20 g.	—	—	—	+
2	9,0	0,05 „ „	4,0	0,3 %	20 g.	—	+	+	—
3	7,6	0,05 „ „	4,0	0,3 %	20 g.	—	—	+	+
4	7,0	0,05 „ „	4,0	0,3 %	20 g.	—	—	—	+
5	6,6	0,05 „ „	1,5	bez	20 g.	+	+	+	+
6	6,9	0,05 „ „	1,5	bez	20 g.	+	+	+	+
7	6,5	0,05 „ „	1,5	bez	20 g.	+	+	+	—
8	8,0	0,05 „ „	2,0	bez	20 g.	+	+	+	—
9	8,1	0,05 „ „	2,0	bez	20 g.	+	+	+	—
10	7,1	0,05 „ „	2,0	bez	20 g.	+	—	—	—
11	7,8	0,05 g Śledziony + Pregnyl	4,5	0,01%	20 g.	—	+	+	+
12	8,5	0,05 „ „	4,5	0,01%	20 g.	—	+	+	+
13	8,6	0,05 „ „	4,0	0,3 %	20 g.	—	+	+	+
14	7,5	0,05 „ „	4,0	0,3 %	20 g.	—	+	+	+
15	7,0	0,05 „ „	4,0	0,3 %	20 g.	—	+	+	+
16	6,8	0,05 g Nerki + Pregnyl	4,5	0,01%	20 g.	+	+	+	+
71	7,2	0,05 „ „	4,5	0,01%	20 g.	+	+	+	+
18	7,6	0,05 „ „	4,0	0,3 %	20 g.	—	+	+	+
19	7,5	0,05 „ „	4,0	0,3 %	20 g.	—	+	+	+
20	8,0	0,05 „ „	4,0	0,3 %	20 g.	—	+	+	+

Tablica Nr 6 (Szczury)

Szczur Nr	Waga szczura	Wstrzyknięto w ciągu 48 godz.	Liczba jedn. szczur. horm. gonadotrop.	Dodano trój-krezolu	Czas inkubacji w $t^{\circ} 37^{\circ}$	Posiew po inkubacji	Wynik po 120 godz.		
							pochwa	macica	jajnik
1	31,0	0,15 Mięsa + Pregnyl	4,0	0,01%	20 g.	—	—	—	—
2	44,0	„ „	4,0	0,01%	20 g.	—	—	—	—
3	33,0	„ „	4,0	0,01%	20 g.	—	—	—	—
4	30,5	„ „	4,5	0,3%	20 g.	—	+	+	+
5	28,5	„ „	4,5	0,3%	20 g.	—	+	+	+
6	31,0	„ „	4,5	0,3%	20 g.	—	+	+	+
7	51,5	„ „	4,5	bez	20 g.	—	+	+	—
8	56,0	„ „	4,5	bez	20 g.	—	+	+	—
9	52,5	„ „	4,5	bez	20 g.	—	+	+	—
10	32,5	0,15 Wątroby + Pregnyl	4,0	0,01%	20 g.	—	+	+	—
11	32,0	„ „	4,0	0,01%	20 g.	—	+	+	—
12	34,5	„ „	4,0	0,01%	20 g.	—	+	+	—
13	33,0	„ „	4,5	0,3%	20 g.	—	+	+	—
14	29,5	„ „	4,5	0,3%	20 g.	—	+	+	—
15	28,0	„ „	4,5	0,3%	20 g.	—	+	+	+

W tablicach Nr 5 i 6 zebrano niedojrzałe myszy i szczury, którym wstrzykiwano roztwór hormonu gonadotropowego, poddany działaniu tkanki mięsaka lub też innych tkanek, jak śledziony, nerki i wątroby. Doświadczenia wykonywano w sposób następujący: 0,05 grama mięsaka Ehrlicha pobrano w warunkach ściśle aseptycznych i po dokładnym zmiżdżeniu tkanki w moździerzu zadawano ją jałowemu roztworowi od 1,5 do 4,0 j. m. Pregnylu. W ten sposób otrzymaną zawiesinę nowotworu lub też innych tkanek w roztworze Pregnylu umieszczano na przeciąg 20 godzin w temperaturze 37°C ., od czasu do czasu wstrząsając zawartość probówek. Niektóre zawiesiny mięsaka w roztworze Pregnylu umieszczono w termostacie bez dodatku trójkrezolu, inne natomiast z różnymi koncentracjami tego antyseptyku (od 1:10000 do 3:1000). Wobec tego że w doświadczeniach tych chodziło o stwierdzenie, czy tkanka mięsaka posiada zdolność niszczenia hormonu gonadotropowego, dodatek trójkrezolu nie jest bez znaczenia. Trójkrezol, uszkadzając komórki nowotworu, szczególnie w większych koncentracjach, mógłby zmniejszyć ewentualną ich zdolność niszczenia hormonu gonadotropowego. Przed rozpoczęciem wstrzykiwań zawiesiny komórek mięsaka z hormonem gonadotropowym badano ją bakteriologicznie. Dosyć często, szczególnie w doświadczeniach bez dodatku trójkrezolu, materiał okazał się zakażony.

Jak widać z tablicy Nr 5 (myszy Nr 5 i 6), roztwór Pregnylu, zawierający 1,5 jednostek mysich, poddany działaniu mięsaka Ehrlicha przez 20 godzin w temperaturze 37° , dał wszystkie reakcje hormonu gonadotropowego w pochwie, macicy i jajniku, mimo dodatniego posiewu z materiału wstrzykiwanego. Brak ciałek żółtych w jajnikach myszy Nr 7—10, przy dodatniej reakcji w pochwie i macicy świadczyły o częściowym rozkładzie Prolanu B. Co się tyczy szczurów, którym wstrzykiwano hormon gonadotropowy, poddany działaniu tkanki mięsaka (tabl. 6), to jak widać, reakcja H. V. R. I i II wypadły dodatnio. Brak luteinizacji w jajnikach nie jest miarodajny wobec słabszego reagowania szczurów, w porównaniu z myszami, na Prolan B.

Reasumując wszystko, co zostało dotychczas stwierdzone przy analizie zaniku reakcji hormonu gonadotropowego u myszy szczepionych nowotworem, streszczamy, że:

- 1) myszy z dużymi guzami nie wykazują reakcji w jajniku, pochwie i macicy mimo wprowadzenia b. dużych ilości hormonu gonadotropowego (100 j. m.);
- 2) nowotwór nie ma własności znaczniejszego wychwytywania hormonu gonadotropowego;
- 3) nowotwór nie rozkłada znaczniejszych ilości hormonu gonadotropowego.

Ten zespół faktów wskazuje, że guz wydziela bliżej nieznaną substancję o własnościach toksycznych *) (nekrohormony? Caspari), która uszkadza jajnik tak, że krążący hormon gonadotropowy nie może wywołać efektu, który normalnie wywołuje. Ten toksyczny wpływ nie jest zapewne specyficznie skierowany przeciwko jajnikowi. Niewątpliwie i inne narządy zostają dotknięte, tylko że nabłonek pęcherzyków Graafa, jako wrażliwa tkanka, łatwiej ulega temu uszkodzeniu. I choć przy bardzo daleko posuniętych nowotworach przeszczepialnych u myszy i u szczurów

*) względnie powoduje powstanie takiej substancji w ustroju.

można histologicznie stwierdzić zwyrodnienie jajników (P r i b r a m — 4), to w naszych przypadkach w jajnikach zmiany są jeszcze nieuchwytne. Dopiero zastosowanie biologicznej próby z hormonem gonadotropowym wykrywa poważne uszkodzenie funkcji nabłonka pęcherzyków Graafa. Nie sądzimy też, żeby toksyczny wpływ rosnącego guza był specyficzny, t. j., że tylko guz wydziela substancję, uszkadzającą reakcją hormonu gonadotropowego. Udało się np. uszkodzić jajniki niedojrzałych myszy w podobny sposób za pomocą wstrzykiwania alkoholu. Tym niemniej jednak fakt, że nowotwór wydziela podobne toksyczne produkty, jest godny uwagi.

W związku z omawianym spostrzeżeniem hamowania reakcji hormonu gonadotropowego u niedojrzałych myszy z nowotworami wyłania się jeszcze jedno zagadnienie, którego wyjaśnienie rzucić może światło na charakter poszukiwanego toksycznego ciała i wrażliwość różnych tkanek na jego działanie. Wobec tego, że wstrzykiwania hormonu gonadotropowego nie dają efektu ani w jajnikach, ani w pochwie szczepionych myszek, powstaje zagadnienie, czy brak rui zależy od niemożności wytwarzania follikuliny w uszkodzonym niedojrzałym jajniku, czy też błona śluzowa pochwy ulega również toksycznemu uszkodzeniu, tak, że powstająca pod wpływem prolanu follikulina nie może okazać swego działania. Badania nasze w tym kierunku (5), w celu wyłączenia czynności jajników, zostały wykonane na niedojrzałych myszach z nowotworami i na myszach kastrowanych z nowotworami. Badania te, w których wstrzykiwano tym zwierzętom follikulinę świadczą, że uszkodzenie nabłonka płaskiego pochwy jest o wiele słabsze, niż nabłonka pęcherzyków Graafa. Tak więc udało się wywołać ruję u kastrowanych myszy z dosyć dużymi guzami, choć w miarę przyrostu guza rują niekiedy zanika przy dalszym stosowaniu follikuliny. W związku z tym zagadnieniem stoi ostatnio ogłoszony komunikat Halberstaedtera (6), który stwierdził zanik cyklu rujowego u szczurów, szczepionych nowotworem, otrzymanym za pomocą benzopirenu. W tym samym związku stoją też badania Allena i współpracowników (7), którzy stwierdzili zanik rui u myszy z długotrwałymi samoistnymi nowotworami sutka. Wyniki tych autorów, jako uzyskane na zwierzętach dojrzałych i nie pozbawionych jajników, nie wyjaśniają interesującego nas zagadnienia. Badania P r i b r a m a (l. c.) w części, dotyczącej się myszy normalnych, szczepionych nowotworem, wykazały zmiany w jajniku i zaburzenia rui bez uszkodzenia zdolności luteinizacji. W naszych doświadczeniach natomiast użyte niedojrzałe myszy wykazały zupełne uszkodzenie tej funkcji pod wpływem szczepionego nowotworu.

Celem naszym, w konsekwencji omawianej własności guza, jest poszukiwanie tej substancji toksycznej i w ustroju ludzkim, dotkniętym nowotworem. Najprawdopodobniej i nowotwory ludzkie wydzielają tę substancję, tylko że koncentracja jej w sokach ustrojowych musi być stosunkowo mała (Z w e i b a u m i F l a k s — 8). Wynika to z porównania stosunku objętości guzów złośliwych człowieka do jego wagi, do tegoż stosunku w nowotworach przeszczepialnych u zwierząt laboratoryjnych. Jak widać z tablicy Nr 2, uszkodzenie niedojrzałego jajnika myszy występuje dopiero przy stosunku 1:5, a guzy o mniejszej objętości nie wpływają jeszcze na wynik reakcji. Tak wielkich guzów w patologii ludzkiej prawie się nie spotyka. Dlate-

go też wydobycie substancji toksycznych z płynów ustrojowych u ludzi, dotkniętych nowotworem, wymagać będzie silnych koncentracji dla uzyskania dawki, wywołującej uszkodzenie jajników u niedojrzałych myszy. Dotychczasowe nasze próby, zmierzające do zniesienia reakcji hormonu gonadotropowego za pomocą uprzednich wstrzykiwań niedojrzałym myszkom kilku centymetrów krwi lub moczu ludzi z nowotworami, nie dały efektu. Będąc w toku próby koncentrowania moczu i krwi chorych na raka wyjaśnią, czy istotnie i u ludzi podobna substancja toksyczna powstaje.

Praca wykonana częściowo z zapomogi Funduszu im. P. Tysszkowskiego.

PIŚMIENNICTWO.

1. J. Flaks i A. Ber — Zniesienie reakcji hormonu gonadotropowego przez rosnący nowotwór. Warsz. Czas. Lek. 1938 Nr 5.
2. J. Zweibaum i M. Ostrouch — Bulletin de l'Acad. polon. des Sciences 1931.
3. J. Flaks i A. Ber. — Wpływ surowic szczurów normalnych i szczepionych nowotworami na Paramaecium caudatum. Warsz. Czas. Lek. 1933 Nr 20.
4. E. E. Pribram. — Über den Einfluss transplantierter Gewebe auf die Ovarialfunktion der weissen Maus. Zeitschr. f. Krebsforsch. T. 35. 1932.
5. J. Flaks, A. Ber i R. Pakswer — (w toku przygotowania do druku).
6. L. Halberstädter et A. Back — L'influence des greffes du sarcome sur l'oestrus chez le rat blanc. C. R. Soc. Biol. T. 126, 1937 r.
7. E. Allen, Diddle, Strong, Burford, Gardner — cytow. wg. Allena „Die physiologie der oestrogenen Hormone w artykule „Drüsen mit innerer Sekretion“ Sammelwerk der American Medical Association“ rozdział XI. 1937.
8. J. Zweibaum et J. Flaks. — Recherches sur l'action du plasma sarcomateux sur les fibroblastes cultivés in vitro. „Libro del Oro“ homenaje al Prof. Dr. Angel H. Roffo.

Z Poradni Żyd. Tow. Przeciwgruźliczego „Brijus“ w Warszawie. **Przypadek torbieli powietrznej płuc u chorego na gruźlicę płuc.**

Podał

Benedykt GLASS (Warszawa)

We wrześniu 1937 r. zgłosił się do Poradni Przeciwgruźliczej „Brijus“ skierowany do mnie przez d-ra H. Landaua chory, zamieszkały w Tarcynie.

Był to mężczyzna lat 54, zawsze jakoby cieszący się dobrym zdrowiem, który od paru miesięcy kaszle, pluje i gorączkuje. Żadnego lekkiego, ani też gwałtownego bólu w boku nie miał, duszności nie odczuwał i nie odczuwa. Choroba rozwijała się stopniowo, bez jakiegokolwiek epizodu ostrego lub gwałtownego.

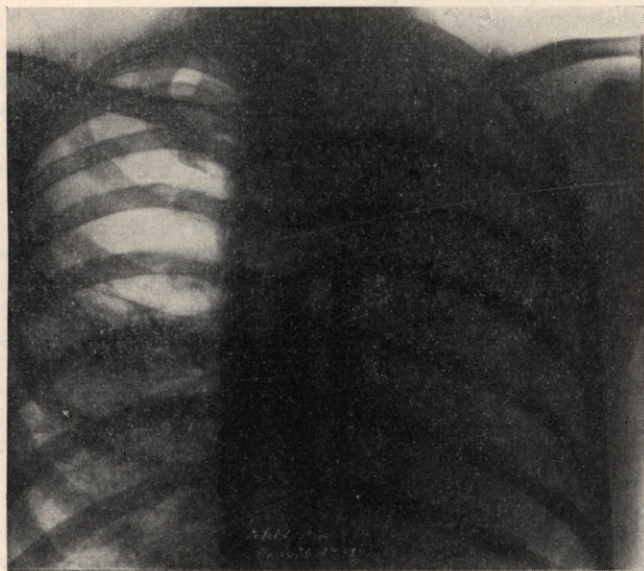
Tętno około 120, oddechów 30 na minutę pomimo subiektywnego braku duszności, nieznaczna sinica.

Badanie fizyczne stwierdzało: po stronie lewej stłumienie z oddechem oskrzelowym i rżeniami różnego kalibru nad całym płucem. Po stronie prawej — wypuk jawny, nad górną połówką oddech pęcherzykowy osłabiony, poniżej oddech zaostrozony z wieloma rżeniami drobno-bąkowymi.

Badanie płwociny wykazało obecność licznych prątków Kocha.

Badanie rentgenowskie, wykonane w Poradni, wykazało obecność licznych zlewających się nacieków z jamami po stronie lewej; tchawica i serce nieznacznie przeciągnięte w lewo; w płucu prawym — górna połowa pola płucnego nie wykazuje rysunku płucnego, brak wokoło niej otoczki, nie widać też kikutu płucnego; granica pomiędzy tą częścią pola płucnego a znajdującym się poniżej mięszem nieostrą; poniżej miąższ płucny z licznymi, drobnymi plamkami; przepona ruchoma prawidłowo;

ruchów śródpiersia w czasie wdechu i wydechu nie stwierdza się. Badanie w skosach nie wykrywa kikuta płucnego, ani otoczki jamowej (patrz rys. 1).



Rys. 1.

Rozpoznanie w swej części zasadniczej było łatwe: ciężka jamista obustronna gruźlica płuc, nie nadająca się do leczenia uciskowego ze względu na swą rozległość oraz wiek i stan ogólny chorego, o rokowaniu dla pacjenta niepomyślnym.

Z czym jednak mieliśmy do czynienia w górnej części prawego pola płucnego? O czym należało myśleć przy obecności następujących danych: brak gwałtownego epizodu w przebiegu postępującej gruźlicy płuc, brak rysunku płucnego w górnej połowie pola płucnego, brak widocznej otoczki jamowej i kikuta płucnego, brak płynu wolnego i wyraźnej granicy pomiędzy danym odcinkiem pola płucnego a odcinkiem, znajdującym się poniżej i wykazującym wyraźną budowę płuca, wreszcie niewielkie przesunięcie tchawicy i serca w stronę drugą, bardziej chorą.

Na podstawie powyższych danych odrzucić można było rozpoznanie trzech schorzeń, dających objawy jamowe, a więc: rozedmy miąższowej (postać *emphysema bullosum*) — albowiem jamy rozedmowe nie są nigdy tak wielkie, by zajmować pół płuca; ropnia płuca i bąblowca — ze względu na brak wyraźnej otoczki oraz treści płynnej w jamie. Pozostają zatem do rozważenia trzy inne stany chorobowe: jama gruźlicza, odma samoistna otorbiona oraz torbiel powietrzna płuca.

Za jamą gruźliczą przemawia ta okoliczność, że dzieje się to u chorego na gruźlicę płuc. Brak całkowitego rysunku płucnego widzimy niekiedy w przypadkach jam wielkich. Jednak stale widzi się na zdjęciach klatki piersiowej tych chorych bądź wyraźną, intensywną otoczkę łącznotkankową bądź równie wyraźną, ale mniej intensywną obwódkę zapalną. Niemal zawsze też w jamach tych widać mniejszy lub większy poziom płynu. Zwykle też, ponieważ jamy te stanowią najstarsze ognisko chorobowe w płucach, tchawica jest przeciągnięta w stronę jamy. Z tych względów odrzucić należy, zdaniem naszym, rozpoznanie jamy gruźliczej.

Za odmą samoistną i otorbioną przemawia brak rysunku płucnego, przesunięcie śródpiersia w drugą stronę oraz to, że odmy takie o przebiegu bezobjawowym widzimy dość często w przebiegu gruźlicy. Jednak brak kikuta uciśniętego płuca oraz brak wyraźnej granicy między kieszenią odmową a płucem przemawiają przeciwko temu rozpoznaniu. Przeciwnie temu rozpoznaniu przemawiać też może brak płynu w jamie powietrznej — ponieważ niezmiernie rzadko się zdarza, by odma samoistna,

nawet łagodna, nie uległa wtórnemu zakażeniu w przebiegu tak rozległej i postępującej gruźlicy płuc.

Droga wyłączenia zatrzymać się należy na rozpoznaniu torbieli powietrznej płuca. Niemal wszystkie dane przemawiają też za tym rozpoznaniem.

Brak rysunku płucnego oraz kikuta płucnego stanowią najbardziej charakterystyczne cechy torbieli. Wbrew zdaniu Lenka, brak widocznej otoczki na zdjęciu jest niemal regułą, ponieważ torbiele te posiadają bardzo cienką ścianę (Freedman). Z tego też względu Pollock wpuszcza do torbieli parę cm³ lipiodolu: płyn kontrastowy uwidacznia granice torbieli. Zazwyczaj też torbiele nie posiadają zawartości płynnej, chociaż bywa inaczej (np. przypadek Margolisowej i Reiterowskiego). Przebieg kliniczny przemawia również raczej za torbielą. Przesunięcie śródpiersia w stronę drugą widzi się w przypadkach wielkich torbieli niemal stale. W danym jednak przypadku przesunięcie to nastąpić mogło na skutek zmian niedodmowych i włóknistych w płucu lewym, wykazującym rozległe zmiany chorobowe, tak, że nie może to stanowić jakiegokolwiek dowodu.

Torbiele stwierdza się znacznie częściej u dzieci. Widzi się je jednak i u dorosłych. Najstarszy wiekiem chory miał lat 66 (przypadek Bendi i współpracowników, w którym rozpoznanie było ustalone na sekcji). Nie wiadomo, czy torbiele te powstają w najwcześniejszym dzieciństwie, a później stan ten nie ulega zmianie, czy też, jak przypuszcza Pollock, dziecko rodzi się z załazkiem wady rozwojowej, a rozwój jej trwa całe lata. Hipoteza ta objaśniałaby te przypadki, w których pewne zaburzenia czynnościowe, np. duszność wysiłkowa, zjawiają się dopiero po wielu latach życia.

Torbiele płucne nie stanowią wielkiej rzadkości. Przez szereg lat rozpoznawano i opisywano błędnie podobne przypadki jako długo utrzymujące się odmy samoistne. Dopiero w ciągu ostatnich 5-10 lat ustalono cechy rozpoznawcze torbieli powietrznych płuc.

Schenck zebrał z piśmiennictwa w 1936 r. i zanalizował 232 przypadki torbieli i opisał 4 nowe przypadki. 2 przypadki opisali u małych dzieci King i Harris. 1 przypadek ogłosił Bellucci. Przypadek ten zasługuje na uwagę, ponieważ, oprócz torbieli, w płucach były rozstrzenie oskrzelowe. 2 przypadki ogłosił Pollock (jeden z tych przypadków obserwował przez 10 lat), 1 — Pruvost ze współpracownikami (torbiel stwierdzono w przebiegu ciężkiego zakażenia), 5 przyp. — Freedman (w tym 1 przyp. wielkiej torbieli o przebiegu bezobjawowym), 1 przyp. — Braeuning.

Ciekawy jest przypadek Blatta i Jacobsa: stwierdzili oni wielką torbiel górnego prawego płata u 5-letniego dziecka murzyńskiego. Torbiel ta zwiększała się (co potwierdza hipotezę Pollocka) i uciśnęła środkowy i dolny płaty. Obraz rentgenowski przypominał do złudzenia odmę o wysokim ciśnieniu — brak jednak było kikuta płucnego. Dziecko zmarło, badanie sekcyjne potwierdziło rozpoznanie. Ściana torbieli posiadała typową błonę śluzową oskrzeli.

1 przyp. wielkiej torbieli opisał po 3-letniej obserwacji w 1936 r., wreszcie podobny przypadek ogłosili w 1937 r. Margolisowa i Reiterowski.

Torbiele powietrzne stanowią wadę rozwojową płuc. Polega ona na nadmiernym bujaniu oskrzela lub oskrzeli kosztem miąższu płucnego. Najczęstszym wyrazem tej wady są rozstrzenie oskrzelowe, rzadziej widzi się przypadki torbielowatości płuc (przypadek taki ogłosiłem w 1936 r.), najrzadziej spotyka się wielkie pojedyncze torbiele. Według niektórych autorów, wielkie torbiele składają się z licznych torbieli mniejszych. Naj-

część torbiele te nie komunikują się z oskrzelem, a przebicie się ich do oskrzela towarzyszą groźne dla życia objawy. Nieraz jednak torbiele te łączą się stale z oskrzelami za pomocą mechanizmu wentylowego, co sprawia, że łatwo ulegają zakażeniu.

Torbieli nie leczymy tak długo, póki nie ulegną zakażeniu, bądź nie wywrą ucisku przy szybkim wzroście na sąsiednie narządy. Przypadki te można usiłować leczyć operacyjnie. 1 przypadek samowyleczenia spostrzegali u 5-letniego dziecka Schenck i Stein: nastąpiło opróżnienie się torbieli do oskrzeli i uciśnięcie jej przez zdrowe oddychające odcinki płuc.

W przypadkach torbieli rokowanie jest zawsze niepewne, przy czym gorsze u dzieci, niż u dorosłych. Niebezpieczeństwo polega na wystąpieniu groźnych objawów po przebicie się torbieli do oskrzela oraz na skutkach zakażenia wtórnego.

Ustalenie właściwego rozpoznania jest bardzo ważne — przede wszystkim z tego względu, że zapobiega próbnym nakłuciom. Próbné nakłucie bowiem wywołać może poza wtórnym zakażeniem wstrząs i natychmiastową śmierć (Freeman).

PIŚMIENNICTWO.

1) Belluci: Riv. Clin. med. 1936. 2) Benda, Bosquet, Chapiro: Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. 1933. 3) Blatt i Jacobs: Arch. of Pediatr. 52, 1935. 4) Braeuning: Z. Tbk. 1935. 5) Freeman: Amer. J. Roentgenol. 35, 1936. 6) B. Glass: Polski Przegl. Radiol. X—XI, 1935—36. 7) B. Glass i Ratner: Kwart. Klin. Szpit. Starozak. w W-wie, XV, 1936. 8) King i Harris: J. amer. med. Assoc. 1937. 9) Lenk: cyt. w/g 10). 10) Margolisowa i Reiterowski: Warsz. Czas. Lek. Nr 23—24, 1937. 11) Pollock: Amer. Rev. Tbc. 1936. 12) Pruvost, Isch-Wall, Rymer, Seemann: Pr. méd. 1936. 13) Schenck: Amer. J. Roentgenol. 1936. 14) Schenck i Stein: Radiology 24, 1935.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Schorzenia tętnic w cukrzycy *).

Podał

Miecz. J. NEUMAN (Warszawa).

Powikłania naczyniowe w przebiegu cukrzycy są obecnie znacznie częstsze, niż dawniej. Przyczyną, na pozór paradoksalną, tego zjawiska jest stosowanie insuliny, która zmniejsza niebezpieczeństwo śpiączki i przedłuża życie chorych, a tym samym zwiększa pośrednio odsetek innych powikłań cukrzycy. Joslin odróżnia następujące okresy leczenia cukrzycy: Okres I Naunyna (od roku 1897 do roku 1914), czyli diety skąpowęglowodanowej i obfitej tłuszczowej, podczas którego to okresu chorzy cukrzycowi żyli przeciętnie 44,5 roku, a czas trwania cukrzycy wynosił 4,7 lat. Okres II Allena (od r. 1914 do r. 1922), czyli diety małokalorycznej (autor nazywa ten okres — okresem „zdrowych szkieleatów“). W tym okresie chorzy cukrzycowi żyli przeciętnie 46,7 roku, czas trwania cukrzycy: 5,4 roku. W okresie III-im, insulinowym, chorzy żyją, według statystyki Joslina, przeciętnie 62,8 roku, cukrzyca zaś trwa przeciętnie 11 lat. W tym właśnie okresie zwiększa się bardzo znacznie liczba przypadków schorzenia tętnic. A więc np. Marcel Labbé podaje, że w erze przedinsulinowej umierało na śpiączkę 61% chorych cukrzycowych, obecnie odsetek ten zmniejszył się do 20%; natomiast śmiertelność z powodu zapalenia tętnic wzrosła z 15% do 47%, a według Joslina nawet do 66%. Labbé podkreśla jednocześnie, że chorzy cukrzycowi są bardziej predysponowani do schorzenia tętnic, niż wszyscy inni. Częstość występowania zapalenia tętnic nie stoi w związku z ciężkością cukrzycy. Zapalenie to rzadziej występuje w cukrzycy z niedoborem azotowym, a więc w wieku młodym, niż w cukrzycy łagodnej, bez wychudnięcia, którą widzimy w każdym wieku, lecz najczęściej powyżej lat trzydziestu.

Jeżeli chodzi o postaci cukrzycy łagodnej, odznaczającej się otyłością, nadciśnieniem i częstymi powi-

kłaniami nerkowymi, to należałoby się zastanowić, czy uszkodzenie czynności nerek nie jest przyczyną zapalenia tętnic. Labbé i Heitz twierdzą jednak, że uszkodzenia tętnic pochodzenia nerkowego i cukrzycowego powodują odmienne obrazy anatomo-patologiczne, poza tym te ostatnie zdarzają się o wiele częściej. Uważają przeto, że zapalenie tętnic u chorych cukrzycowych jest związane z samą cukrzycą i zasługuje na miano zapalenia cukrzycowego. Wymaga ono pewnego czasu do wytworzenia się, i dlatego też częstość występowania powiększa się, według statystyki Joslina, z wiekiem cukrzycy. Również częstszemu występowaniu schorzenia tętnic sprzyja podeszły wiek chorego. Według Joslina, nadciśnienie u cukrzycowych przyczynia się w bardzo znacznym stopniu do powstawania zmian tętniczych; zgorzel w tych przypadkach występuje trzy razy częściej, aniżeli u innych chorych na cukrzycę. Wiechmann uważa, iż poza wzmożeniem napięcia mięśniówki naczyń u chorych z nadciśnieniem dochodzi łatwiej do wyższych poziomów zawartości cukru we krwi.

W przebiegu cukrzycy zaatakowane mogą być wszystkie tętnice. Zapalenie tętnic mózgowych może być przyczyną krwotoku i rozmiękczeń mózgowych. Uszkodzenie tętnic wieńcowych i aorty jest przyczyną dusznicy bolesnej. Zapalenie tętnic kończyn jest początkiem zgorzeli tak częściej u chorych cukrzycowych; według Borchardta w 75% przypadków dochodzi do zgorzeli.

Według Labbégo, najczęstsze jest zapalenie tętnic kończyn, według Joslina natomiast, tętnic wieńcowych serca; na drugim miejscu Joslin umieszcza zapalenie tętnic kończyn, na trzecim miejscu dopiero — uszkodzenie tętnic mózgowych.

Anatomia patologiczna. Według Labbégo, Letullea i Heitza w tętnicy toczy się sprawa zapalna, jednak zamknięcie naczynia zależy nie od zakrzepu lecz od zgrubienia błony wewnętrznej, które zwęża światło naczynia dziesięciokrotnie, a czasem nawet pięćdziesięciokrotnie. Tego rodzaju zmiany wykazują przede wszystkim tętnice końcowe; duże pnie naczyniowe, aczkolwiek zmienione chorobowo, nie ulegają obliteracji. Tętnica główna rzadko tylko dotknięta jest procesem zapal-

*) W/g. referatu wygłoszonego na posiedzeniu oddziałowym III oddz. chorób wewnętrznych Szpitala na Czystem. (Ordynator dr. B. Jochweds).

Streszczenia pojedyncze.

Bakteriologia i Serologia.

M. EISLER i F. GOTTDENKER. Odjadowienie toksyny błoniczej pod wpływem steryn oraz zwiększenie zdolności wytwarzania antytoksyn przez uodpornianie mieszaniną cholesterolu z toksyną, względnie anatoksyną błoniczą. (Wien. kl. Wschr. 1931 r.).

Ramon i jego współpracownicy stwierdzili, że dodatek pewnych substancji do anatoksyny błoniczej lub tępcowej zwiększa ich działania uodporniające. Niektóre z tych substancji, jak lanolina i oliwa, powodują poza tym odjadowienie tych toksyn. Ramon stwierdza, że substancje te nie wpływają *in vitro* na toksynę, powodują tylko opóźnienie jej resorpcji i przez wywołanie stanu zapalnego w ustroju wzmagają wytwarzanie przeciwciał. Autorzy w swoich doświadczeniach na morskich świnkach stwierdzili, że wynik odjadowienia toksyny jest zależny od czasu, jaki upływa od chwili sporządzenia mieszaniny danej substancji z toksyną do jej zastosowania. Mieszanina, wprowadzona do ustroju bezpośrednio po jej sporządzeniu, daje o wiele gorsze wyniki, aniżeli mieszanina, umieszczona uprzednio na 2 godz. w cieple 37°. Autorzy stwierdzili następnie, że cholesterol wpływa w większym stopniu na odjadowienie toksyn aniżeli oliwa i lanolina. Inne steryny wpływają również odjadowiająco na toksynę. Działanie cholesterolu jest zależne od stanu jej rozproszenia. W toku dalszych doświadczeń stwierdzono, że lanolina, oliwa i cholesterol również wpływają na wzmożone wytwarzanie przeciwciał u zwierząt. Ten wpływ cholesterolu na wzmożone wytwarzanie przeciwciał możnaby, według autorów, wytłumaczyć w ten sposób, że komórki układu siateczkowo-śródbłonkowego na skutek nagromadzenia się w nich cholesterolu zostają wprowadzone w stan podrażnienia i antygen związany z cholesterolą zwiększa ich zdolność do wytwarzania przeciwciał.

F. Fersztówna.

PASTEUR. Czy choroba zakaźna (maladie virulente) może w pewnych przypadkach powodować odporność względem innej choroby zakaźnej. (Ann. de Médecine, T. 42, Nr 3, październik 1937 r.).

Wiele chorób zakaźnych (virulente) nie występuje u tego samego osobnika po raz drugi, pozostawia bowiem po sobie odporność. Czy odporność ta jest swoista, czy też organizm może wskutek przebycia pewnej choroby stać się odpornym również i na inną? Pasteur uzyskiwał w pewnych wypadkach odporność kur na zakażenie węglikiem po uodpornieniu ich przeciw cholery drobiu. Próby uodpornienia królików odwrotnie: przeciw cholery drobiu za pomocą szczepionki węglikowej oraz inne próby tego rodzaju nie dały wyników dodatnich. Powodzeniem zostały uwieńczone szczepienia zarazkiem świeżo wówczas przez Pasteura odkrytym, który nazwał on tymczasowo „microbe de la fièvre typhoïde chez les lapins”. W szeregu prób nie udało się za pomocą tego drobnoustroju uodpornić zwierząt przeciw chorobom powodowanym przez inne zarazki, również nie udało się za pomocą innych drobnoustrojów wytworzyć u zwierząt odporności na zakażenie zarazkiem, odkrytym przez Pasteura; udało się natomiast uodpornić nim przeciw cholery drobiu kury i króliki. Odporność, w ten sposób uzyskana, nie chroniła jednak przed bardzo zjadliwymi bakteriami cholery drobiu. Wszelkie starania osiągnięcia większego stopnia odporności nie odniosły skutku. Notatka powyższa pochodzi z października 1884 r.; dotychczas nie była ogłoszona.

L. Fenigsztejnówna.

Lecznictwo.

G. WALTHER. Zawody w leczeniu witaminą C. (Med. Klin. Nr 8, 1938).

W trzech przypadkach chorób krwi (białaczka limfatyczna, białaczka szpikowa, niedokrewność aplastyczna) duże dawki witaminy C pozostały bez wpływu na postępującą małopłytko-

wość. Przyczyny zawodu można się było dopatrywać w pierwszym przypadku w niedostatecznym wchłanianiu się przy podawaniu doustnym, w pozostałych dwóch przypadkach — w nieodwracalnym uszkodzeniu narządu krwiotwórczego. U 4 chorych z krwimocem, jako wyrazem krwawiaczki, względnie kłębuszkowego zapalenia nerek, pozostało 6—14 dniowe leczenie śródżylną witaminą C w dawkach 100—500 mgr bez skutku. Na podkreślenie zasługuje brak wyniku w krwawiaczce. W dwóch przypadkach w 4 dni po odstawieniu kwasu askorbinowego nastąpiła nagła poprawa. Ponieważ środek ten bardzo szybko wydalą się z ustroju, należy tutaj myśleć o samoistnej poprawie, a nie o późnym wyniku działania witaminy C. W trzech przypadkach samoistnej małopłytkowości leczenie witaminą C zawiodło całkowicie. U dwóch chorych przyszło nawet podczas leczenia dużymi dawkami kwasu askorbinowego do znacznego spadku liczby płytek. Na szczególną uwagę zasługuje przypadek, w którym podczas 34-dniowego podawania śródżylnego codziennie po 100 mgr kwasu askorbinowego liczba płytek ciągle się zmniejszała, by po przerwaniu leczenia witaminą C szybko się zwiększyć. W czasie podawania kwasu askorbinowego współczynnik albuminy: globuliny uległ zmniejszeniu. Należy przyjąć, że w tym przypadku witamina C wywierała uszkadzający wpływ na płytki. Szkodliwy wpływ witaminy C zaobserwowano również w przypadku ciężkiej moczołki cukrowej i tyreotoksikozy. W czasie śródżylnego stosowania 300—500 mgr cebionu wystąpiło ropne zapalenie oskrzeli i odoskrzelowe zapalenie płuc z gęrczką do 39°. Po ponownym rozpoczęciu podawania cebionu nawrót ropnego nieżytu oskrzeli i odoskrzelowego zapalenia płuc, które się powoli cofnęły po odstawieniu cebionu, by więcej już nie powrócić. Wobec tego, że Hochwald oraz Gander i Niederberger zalecają witaminę C w leczeniu zapalenia płuc, a Vogl nawet w celach zapobiegania mu, należy sądzić, że w tym przypadku miało się do czynienia z nadwrażliwością lub zaburzeniami korrelacyjnymi w znaczeniu względnej hipowitaminozy A, braku witaminy ochronnej przytarczyczek przy przedawkowaniu witaminy C.

H. L.

Choroby płuc.

I. ITIHARA. Badania kliniczne i doświadczalne nad etiologią schorzeń dróg oddechowych po laparotomiach. (Zentralbl. f. Chir. Nr 7, 1938).

Pomimo licznych badań poglądy na etiologię powikłań pooperacyjnych ze strony narządu oddechowego są rozbieżne. Na pierwszym miejscu stawiano uśpienie, szczególnie eterowe, które ma na błonę śluzową dróg oddechowych drażniące działanie. Wg autora, nie ma różnic między zapadalnością na schorzenia dróg oddechowych po uśpieniu eterowym a chloroformowym. Następnie przypisuje się wpływ zachłyśnięciu śliną albo cząstkami wymiocin, jak jednak wiadomo, z powikłaniami płucnymi po zabiegach brzusznych spotykamy się również w przypadkach, nie poddanych uśpieniu a przeprowadzonych w zniesieniu miejscowym, wzgl. zwojowym. Ten fakt osłabia znacznie wpływ chorobotwórczy środków usypiających. Niektórzy przypisują jeszcze pewien wpływ ochłodzeniu chorego i zahamowaniu bólowym, szczególnie w zabiegach w okolicy podprzeponowej. Autor, zbierając te wszystkie poglądy, stara się dojść do wniosków w sprawie etiologii tych powikłań drogą spostrzeżeń klinicznych i doświadczalnych. Do ustalonych spostrzeżeń należy fakt, że powikłania płucne po operacjach brzusznych następują wcześniej, a już po 5 dniach stają się rzadsze i cofają się. Powikłania omawiane stoją w związku z polem operacyjnym, a więc częstsze są po zabiegach w nadbrzuszu, niż w podbrzuszu. Częstsze są powikłania u mężczyzn, niż u kobiet. Częściej powikłania te wywołują się po takich zabiegach, jak przyszywanie żołądka albo założenie przetoki żołądkowej, niż np. po zespoleniu żołądkowo-jelitowym albo po usunięciu pęcherzyka

zółciowego. Stwierdzono również, że nie ma zależności pomiędzy stroną, dotkniętą schorzeniem w narządzie oddechowym, a operowaną częścią jamy brzusznej, przy czym częściej występują zmiany w dolnym płacie płuca prawego. Zmiany zapalne w mięszu płucnym są przeważnie typu odoskrzelowego; zapalenia płatowego prawie się nie spotyka. Badania autora polegały na oznaczeniu pojemności płuc po rozmaitych zabiegach brzusznych u 98 osób. Wykazał on, że zabiegi brzuszne zmniejszają pojemność oddechową klatki piersiowej i to szczególnie zabiegi w obrębie nadbrzusza. Zmniejszenie wentylacji płucnej badał następnie autor na królikach. Po przecięciu nerwu przeponowego występowały w płucach królików zmiany w postaci zamykania się światła pęcherzyków płucnych, zgrubienia ścian pęcherzyków, nacieczenia drobnokomórkowego w nabłonku oddechowym, wreszcie zamykania się światła oskrzelików. Zmiany te razem wzięte tworzą pod mikroskopem obraz anatomopatologiczny odoskrzelowego zapalenia płuc. W tych warunkach odporność na zakażenie zarazkami z dróg oddechowych jest mniejsza, co autor również potwierdził doświadczalnie, wsączając do górnej części tchawicy królików po przecięciu nerwu przeponowego zawiesinę zarazków o ustalonej zjadliwości. Autor poddawał króliki zabiegowi otwarcia jamy brzusznej i w tych przypadkach stwierdzał w płucach te same zmiany, jakie charakteryzowały stan po przecięciu nerwu przeponowego. Zmiany w płucach po zabiegach brzusznych określa autor jako „jałowe zapalenie odoskrzelowe płuc“, które zależnie od okoliczności przechodzi w powikłanie groźniejsze, szczególnie przy zastosowaniu środków usypiających wdechowych. Na podstawie wszystkich spostrzeżeń, wg autora, decydującym czynnikiem w zmniejszeniu pojemności powietrznej płuc jest ból pooperacyjny i zahamowanie ruchów przepony. K. P o l l a k.

R. DEBRÉ, M. MARIE, M. LAMY, M. MIGNON, J. BERNARD i S. BIDOU. Ropień płuc z punktu widzenia klinicznego i rentgenologicznego u dzieci i oseków. (Annales de Médecine Tome 42, 1937, str. 582—606).

Autorzy opierają swoje spostrzeżenia na podstawie 17-tu przypadków, leczonych w szpitalu „Herold“ w ostatnich 2½ latach. Jak wynika ze statystyki tych klinicystów, spośród ostrych zaburzeń narządu oddechowego ropień płuc jest chorobą, spotykaną względnie często. Wbrew ogólnie przyjętej opinii ropień płuc jest sprawą chorobową pierwotną, a nie wynikiem powikłania innego cierpienia płucnego. W trzech przypadkach ropień płuc powstał po chorobie zakaźnej (odrze, płonicy) i w jednym po usunięciu migdałków. Bakteriami, najczęściej spotykanymi, są pneumokoki, o wiele rzadziej paciorkowce, najrzadziej b. gnilne. Klinicznie choroba rozpoczynała się nagle od gorączki, kaszlu, duszności, bólu w boku (u starszych dzieci). Objawem, prawie zawsze spotykanym, jest płwocina. W 5-ciu przypadkach odkasływanie płwociny trwało krótko. Płwocina niecuchąca składała się z żółto-zielonkawej ropy i śluzu. Ciepłota była stale podwyższona. Ogólny przebieg gorączki jest bardzo nieregularny. Objawy fizyczne są różne: od nieznacznych do wyraźnych objawów jamy. We krwi liczba białych ciałek bywa zwiększona (znaczniej u oseków) z przewagą wielojądrzastych obojętnochłonnych (do 80%). Nakłucia opłucnej autorzy nie stosowali, bronchoskopię uważają za szkodliwą. Przebieg ogólny choroby u dzieci jest łagodny, bez tendencji do przejścia w postać przewlekłą i postępującą. Chorzy wyzdrowieli bez specjalnego leczenia. Jako powikłanie zdarzało się czasami odczynowe zapalenie opłucnej, które nie wpływało na przebieg choroby. Rozszerzenia oskrzeli autorzy nigdy nie spostrzegali jako następstwa ropnia płuc. Badanie rentgenowskie odgrywa dużą rolę w rozpoznaniu ropnia płuc: bądź potwierdza podejrzenie kliniczne, bądź wykrywa go nieoczekiwanie. W okresie tworzenia się ropnia stwierdzić można zaciemnienie jednolite o konturach niewyraźnych, zaokrąglonych. W późniejszym okresie choroby obraz może być zupełnie charakterystyczny: zaciemnienie ował-

ne, ostro ograniczone i podzielone linią poziomą zmienną (w zależności od ułożenia ciała chorego) na dwie części: górną jaśniejszą, odpowiadającą bańce gazowej, dolną ciemniejszą — ropie. Oczywiście, jeżeli jama pozostaje przez cały czas wypełniona ropą, to nie stwierdza się obrazu bańki gazowej. W miarę poprawy obraz powyższy zaciera się coraz bardziej, aż wreszcie znika bez śladu. Od zapalenia płuc, gruźliczego ogniska płucnego czasami różnicowanie jest bardzo trudne, tak, że należy czekać, aż obraz rentgenowski stanie się charakterystyczny, lub pomyślny przebieg choroby potwierdzi rozpoznanie ropnia płuc. Ropniak opłucnej często różnicuje się jedynie na podstawie poprawy, stwierdzonej na kolejno dokonanych rentgenogramach. Krztusiec może uchodzić czasami za ropień płuc, gdy towarzyszą mu: płwocina ropna i zaciemnienie części płuca. Zapalenie ropne torbieli wrodzonej płuc rozpoznaje się jedynie na podstawie obrazu rentgenowskiego, który pozostaje niezmienny przez cały czas trwania okresu ostrego i nie wykazuje odczynu w tkance płucnej, otaczającej torbieli. Wreszcie rozpoznanie zapalenia ropnego międzyopłucznego opłucnej stawia się również na podstawie rentgenogramu, który w tym razie wykazuje zaciemnienie, ograniczone linią, odpowiadającą szparze międzyopłucowej.

D. Frajndlich.

Choroby kobiet i Położnictwo.

F. DRAŻAŃCIC. Rozpoznanie różniczkowe krwawień w ciąży pozamajacicznej. (Zentralbl. f. Gynaek. Nr 7, 1938).

Krwawienia w ciąży pozamajacicznej (c. p.) przedstawiają nieraz trudności w ocenie sprawy chorobowej, szczególnie, gdy badanie wewnętrzne nie upewnia w rozpoznaniu c. p. Wprawdzie szczegóły w wywiadzie, dotyczące krwawień, budzą zwykle podejrzenia w kierunku c. p., ale same nie uprawniają do zabiegu operacyjnego, szczególnie przy dobrym stanie ogólnym. Te przypadki wymagają zwykle obserwacji aż do chwili wystąpienia objawów zaburzeń ze strony jaja płodowego, albo ze strony stanu ogólnego. Same krwawienia mogą być na tle c. p., ale również i na tle hormonalnym i zapalnym. W celu uniknięcia pomyłek rozpoznawczych autor stosuje w myśl wskazania W a c h t l a dożylne wstrzykiwania własnej krwi chorej albo wody przekroplonej. W przypadkach krwawień na tle zapalenia jajników albo hormonalnym już po kilku zastrzyknięciach następowało polepszenie, podczas gdy w c. p. krwawienie nie ulega zmianie. Krwawienia takie, nieustępujące po opisanym leczeniu, podejrzane są w kierunku c. p. typu „przewlekłego“ (*abortus tubarius*). Pełnej wartości rozpoznawczej nabiera krwawienie jednak z chwilą wystąpienia innych objawów klinicznych.

K. Pollak.

H. WATTENWYL. W sprawie odczynu ciążowego Kustalowa na wymoczkach. (Zentralbl. f. Gynaek. Nr 9, 1938).

W poszukiwaniu odczynu rozpoznawczego dla ciąży, szybszego i prostszego, a równie pewnego, jak odczyn A s c h h e i m a - Z o n d e k a, autor poddał badaniom kontrolnym odczyn, podany przez K u s t a l l o w a. Odczyn ten polega na tym, że mocz ciężarnych, dodany do zawiesiny wymoczków (*Paramaecium caudatum*), wywołuje u nich zmianę kierunku poruszania się, skłębienie zarodki, unieruchomienie i wreszcie rozpuszczenie ciała komórkowego. Autor przeprowadził badania kontrolne w ten sposób, że do 3 kropli zawiesiny wymoczków dodawał raz kroplę moczu ciążarnej, drugim razem kroplę moczu kontrolnego (męskiego albo kobiety nieciążarnej), a wreszcie 3-ci raz obserwował pod szkiełkiem samą zawiesinę wymoczków. W 25 próbach zauważył autor, że, o ile w samej zawieszynie wymoczek się poruszał, w zawiesinach, zmieszanych z moczem, w jednakowym czasie ustawał ruch wymoczków. Jedynie pewne różnice zaznaczały się, gdy mocz był bardziej stężony, tak, że autor tłumaczy dodatnie wyniki K u s t a l l o w a w ciąży pozamajacicznej tym właśnie, że w tych przypadkach była mocz bardziej stężony z powodu oligurii. Zmiany wsteczne w wymoczkach następowały w obu zawiesinach z moczem,

szczególnie w miejscu zetknięcia się kropli moczu z zawieszoną, przy czym zaznacza się ujemny chemotropizm wymoczków. Na podstawie tych wyników autor, podobnie jak Uhllich, (Z. F. Gyn. 1937, Nr 49) ocenia próbę Kustallowa ujemnie.

K. Pollak.

Choroby przemiany materii i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

O. TIMPE. Przygotowanie do operacji w chorobie Basedowa. (Zentralbl. f. Chir., Nr 11, 1938).

Śmiertelność w ch. Basedowa, leczonej chirurgicznie, waha się pomiędzy 5 a 50%, zależnie, w/g autora, od tego, gdzie chorzy byli do operacji przygotowywani. Mianowicie autor uważa, że dużą śmiertelność spostrzegał u chorych, przygotowanych do zabiegu nie przez oddział chirurgiczny, który ma zabieg przeprowadzić, lecz przez oddział wewnętrzny i t. p. U chorych, przez siebie przygotowanych, obserwował śmiertelność, dochodzącą zaledwie do 5%. W przypadkach, zakończonych zejściem śmiertelnym, nie podawano przed zabiegiem naparstnicy, wychodząc z założenia, że naparstnicę należy podawać tylko w przypadkach jawnej niedomogi serca; takiej niedomogi nieraz się w ch. Basedowa nie spstrzega, a jednak serce w ch. Basedowa jest w stanie ukrytej niedomogi. W/g autora, powinno się zapobiegawczo podawać naparstnicę przed zabiegiem operacyjnym, niezależnie od stanu serca. Autor zaleca łączenie tego podawania naparstnicy z przygotowaniem jodowym. Podawanie jodu jest ogólnie przyjęte, ale jeszcze są rozbieżności co do postaci jodu. Otóż autor poleca jod nieorganiczny. Co do czasu podawania jodu, podawany w piśmiennictwie termin 14-dniowy jest w/g autora, za krótki. Autor podaje jod przez 4—6 tygodni aż do czasu zmalenia i stwardnienia gruczołu tarczowego. Sam zabieg operacyjny powinno się przeprowadzić bezpośrednio po zakończeniu przygotowania jodowego, bez przerwy, która często daje osłabienie, wyrażające się przyspieszeniem tętna. Powrót do jodu nie daje w tych przypadkach poprawy, ale wręcz pogorszenie z nasileniem objawów ch. Basedowa. Autor przestrzega przed ambulatoryjnym podawaniem jodu, które często pociąga za sobą przerwę w leczeniu tuż przed zabiegiem operacyjnym. W piśmiennictwie podaje się często, że preparaty jodu organicznego dorównują w działaniu solom nieorganicznym jodu, szczególnie ma to dotyczyć dwujodotyrozyny. Autor nie podziela tego zdania. Przebieg pooperacyjny u chorych, przygotowanych jodem w postaci organicznej, był burzliwszy, a na 9 przypadków zmarłych 7 było przygotowanych jodem organicznym i to nawet w ilościach dorównujących dawkom jodu nieorganicznego w myśl wskazań Plummera. Świadczy to o odmiennym działaniu jodu nieorganicznego w porównaniu z organicznym.

K. Pollak.

M. OSHIMA, T. TERSHIMA i S. MATSUTANI. O wpływie kwasu I-askorbinowego na moczówkę cukrową. (Med. Klin. Nr 8, 1938).

Śródźylne wstrzykiwanie 300 mgr witaminy C (kwasu I-askorbinowego) nie wywiera żadnego wpływu na poziom cukru we krwi i ilość cukru w moczu u osób bez moczówki cukrowej. U chorych z moczówką cukrową natomiast spostrzega się prawie zawsze spadek poziomu cukru we krwi i zawartości cukru w moczu. Kwas askorbinowy zmniejsza przy tym sam cukier gronowy. W jednym z 4 przypadków moczówki cukrowej, w których autorzy przeprowadzali badania, poziom cukru we krwi wynosił na czczo 120 mgr%, i nie spostrzegano cukromoczu. W takich lekkich przypadkach działanie kwasu askorbinowego nie było tak wyraźne.

H. L.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

M. SCHUBERT. Barwienie grzybków skóry. (Derm. Woch. Nr 32, 1937 r.).

Autor jest zdania, że dotychczasowe mikroskopowe bada-

nie materiału (jak łuski, włosy i paznokcie) podejrzanego na grzybicę, po uprzednim zadziałaniu ługiem nie dają pewnych wyników. Trudności rozpoznawcze powstają z powodu tworzenia się kryształków ługu, ziaren keratohialinowych, cząsteczek tłuszczu, powstałych w skórze o wzmózionej produkcji gruczołów łojowych albo wskutek leczenia maściami. Autor twierdzi, że dotychczasowe sposoby barwienia, podane przez Unnę, Herxheimera, Alkiewicza i Nilochowicza, są trudne do wykonania i nie dają pewnych wyników. Autor podaje następujący swój sposób barwienia: Podejrzaną łuskę, włos, czy płytkę paznokcia, kładzie się do 2%-go roztworu ługu i zależnie od grubości materiału pozostawia się od 30' do 2 godz. Następnie odwadnia się w wodzie destylowanej 2—10 godz. i materiał podejrzaną kładzie się na szkiełko podstawowe i dodaje się 1—2 kropel barwnika o następującym składzie: *Perrirblau* 0,25 (*Merck*), *Acid. lact.* 10,0, *Phenyl. cristal.* 10,0, *Glycerini* 20,0, *Aq. dest.* 10,0. Barwnik pozostawia się 1—2' — powoli i ostrożnie ogrzewając, następnie przykrywa się szkiełkiem nakrywkowym. Grzybki są zabarwione na ciemnoniebiesko, zaś komórki skórne i inne na jasno-niebiesko.

I. Miltau.

Walter FAHLBUSCH. Wpływ kofeiny na choroby skórne. (Derm. Woch. Nr 29, 1937).

Wpływ kofeiny na narządy wewnętrzne i ich schorzenia jest ogólnie znany; mało jest natomiast znany wpływ zażywania kofeiny w chorobach skórnych. Autor podawał chorym na ostre wypryski i zapalenie skóry kawę czarną parzoną w ilości 200 cm³ o temp. 40°, o zawartości 1,15% kofeiny. Dla kontroli podawał tym samym pacjentom kilka godzin potem kawę Haag o zawartości 0,05% kofeiny i ocukrzoną wodę w tej samej ilości i tej samej temperatury. Wszyscy chorzy bez wyjątku podawali, że po wypiciu kawy czuli ciepło, i że schorzone miejsca silnie swędziały. Natomiast po wypiciu kawy Haag i wody ocukrzonej nie czuli żadnych zmian. Autor mierzył ponadto ciepłotę schorzonej skóry u tychże chorych i stwierdził, że po wypiciu kawy o większej zawartości kofeiny temperatura skóry była bardziej podwyższona, niż po wypiciu płynów kontrolnych tej samej ilości i tej samej temperatury o zmniejszonej zawartości kofeiny. Powinno się więc we wszelkich ostrych chorobach skóry zabraniać zażywania kawy ze względu na możliwość zaostreżenia sprawy chorobowej.

I. Miltau.

GOTSCHALK. Dane statystyczne o zapobiegawczym stosowaniu bizmutu przeciwko kile u prostytutek. (Dermat. Wochenschr. 1937).

Wielkim zwolennikiem zapobiegawczego leczenia bizmutem jest Levaditi. Propaguje on we Francji wprowadzenie powszechnego stosowania tego leku, uważając bizmut za skuteczniejszy w sensie zapobiegania od związków arsenowych. Na ten temat ogłoszono szereg referatów na kongresie w Paryżu w 1936 r. Dwa zasadnicze zagadnienia muszą być rozstrzygnięte przy rozpatrywaniu skuteczności leczenia zapobiegawczego: 1. Osoby, otrzymujące zastrzykiwania bizmutu przez cały czas leczenia, nie powinny być uważane za roznosicieli kiły. 2. Liczba kobiet, zapadających na kiłę podczas leczenia zapobiegawczego, musi być znikoma w porównaniu do kobiet, nie otrzymujących bizmutu lub przerywających leczenie. Wnioski statystyczne co do powyższych zagadnień we Francji nie zostały przeprowadzone, toteż Levaditi powołuje się na dane Sonenberga z Łodzi. W Łodzi od roku 1926 stosowano bizmut zapobiegawczo. Początkowo robiono zastrzykiwania co tydzień w ilości 1 cm³ *Magisterium bismuti*. Od 1930 r. co 2 tygodnie w ilości 2,5 cm³. Z 60 prostytutek, obserwowanych w roku 1926—27, trzy zaraziły się kiłą, w tymże czasie na 50 nie leczonych zachorowało 20. W latach 1927—30 na 160 leczonych zapobiegawczo prostytutek zachorowało na kiłę 7 (bądź w pierwszych tygodniach stosowania bizmutu, bądź w wiele tygodni po przerywaniu leczenia). Następne lata potwierdziły te obserwacje.

Opierając się na powyższych danych Levaditi uważa, że cscby, otrzymujące zapobiegawczo bizmut, na kiłę nie zapadają, i że stosować bizmut można nieograniczenie długo bez szkody dla zdrowia. Dalsze obserwacje poczynił Lipina y w Casablance. Od roku 1926 obserwowano 40 prostytutek przez okres od 4 do 27 miesięcy, otrzymujących co 14 dni zapobiegawczo bizmut. Spośród nich zachorowały tylko dwie, jedna w 3 miesiące po zaprzestaniu leczenia, druga po 20 zastrzyknięciach, a więc w toku leczenia, co jednakże nie podważa wyników ogólnych. W Niemczech badania w tym kierunku przeprowadzało Towarzystwo zwalczania chorób płciowych. Aby oprzeć spostrzeżenia na szerszej podstawie, zebrano dane statystyczne, dotyczące zapadalności na kiłę w 16 wielkich miastach Rzeszy. Obejmowały one 11.805 kobiet, będących pod kontrolą Urzędu Zdrowia. Spośród nich 56,7% nie było dotkniętych kiłą. Liczba świeżych zachorowań w przeciągu 1934—35 r. wynosiła 294 przypadki, co stanowi rocznie 2,5% wszystkich kobiet. Jeśli się uwzględni pozostałe większe miasta Rzeszy, to przeciętna liczba dla większych miast Niemiec wyniesie przeszło 100 świeżych przypadków kiły rocznie. Wnioski: Plan Levaditiego zapobiegawczego stosowania bizmutu u prostytutek w Niemczech nie ma zastosowania ze względu na małą liczbę przypadków świeżej kiły.

W a j s b e r g.

Medycyna sądowa.

STEINWALLNER. Projekt prawa o zapobieganiu zwyrodnieniu rasy w Islandii. (Monatsschrift für Kriminalbiologie. XII 1937 r.).

Projekt ten przewiduje kastrację, sterylizację i przerwanie ciąży, dokonywane z punktu widzenia higieny rasy. Kastracja może być stosowana w tych przypadkach, gdy dana osoba na skłonność do popełniania przestępstw przeciwko moralności publicznej, a nie ma nadziei na poprawę tego stanu. Sterylizacja może mieć miejsce w stosunku do osób, dotkniętych cierpieniem, mogącym się przekazać potomstwu (chodzi tu przede wszystkim o ciężkie cielesne zaburzenia rozwojowe, niebezpieczne choroby psychiczne, niedorozwój psychiczny lub skłonność do popełniania przestępstw), albo w przypadkach, gdy ciężka i trwała choroba uniemożliwia zainteresowanemu opiekowanie się swymi dziećmi. Przerwanie ciąży może być przeprowadzone w tych przypadkach, gdy zachodzi bardzo duże prawdopodobieństwo, że mające urodzić się dziecko będzie dotknięte jednym z dziedzicznych cierpień, lub też, gdy ciąża była następstwem zgwałcenia itp. Pozwolenie na dokonanie jednego z wyżej wymienionych zabiegów wydaje odpowiedni Urząd, składający się z 3 członków, wśród których znajdują się psychiatra i sędzia. Wniosek o dokonanie zabiegu może podać osoba zainteresowana, lub w razie, gdy nie ukończyła ona lat 16, jej rodzice lub opiekunowie; w przypadkach choroby psychicznej danej osoby wniosek może postawić opiekun chorego; wreszcie w stosunku do osób, mających skłonność do przestępczości, z wnioskiem może wystąpić policja. We wszystkich tych przypadkach nie jest przewidziany przymus. Należy zaznaczyć, że w Islandii od 1921 r. istnieje prawo, zabraniające wstępowań w związku małżeńskie osobom, dotkniętym dziedzicznym się cierpieniem lub wykazującym choroby, które mogą być przekazane potomstwu (chodzi o chorych lub niedorozwiniętych psychicznie, cierpiących na padaczkę, na choroby płciowe w okresie zdolności do zakażenia, na trąd i na gruźlicę w okresie zakaźnym).

W. Grzywo - Dąbrowski.

STEINWALLNER. Prawo o obezpłodnieniu w Estonii. (Monatsschr. f. Kriminalbiologie. XII. 1937).

W Estonii prawo o obezpłodnieniu zostało wprowadzone 1.IV.1937 r. Na podstawie tego prawa mogą być poddane sterylizacji (a co się tyczy kobiet — także i przerwaniu ciąży) osoby, cierpiące na dziedziczne choroby psychiczne, niedorozwój psychiczny, ciężką padaczkę lub na nieuleczalną ciężką dzie-

dziczącą się wadę fizyczną. Zabieg może być dokonany w wymienionych przypadkach wtedy, gdy stan zdrowia zainteresowanych jest taki, iż skutek nienormalnego popędu płciowego mogą oni przedstawiać niebezpieczeństwo dla siebie lub społeczeństwa, albo też, gdy ich potomstwo może odziedziczyć ich wady, wzgl. cierpienia. Niedopuszczalne jest dokonanie zabiegu obezpłodniającego u osobnika poniżej lat 10 lub wtedy, gdy sterylizacja (albo przerwanie ciąży) może poważnie zagrażać zdrowiu lub życiu zainteresowanego. Wymienione zabiegi mogą być dokonywane na wniosek: samego zainteresowanego, lekarza urzędowego, w stosunku do ubezwłasnowolnionych — na wniosek opiekunów, kuratorów, wzgl. dyrektorów odpowiednich zakładów lub szpitali. Pozwolenie na zabieg wydaje odpowiednio ciało kolegialne, wobec tego istnieje wszelka gwarancja, że nie mogą być popełniane nadużycia. Prawnie zarządzane obezpłodnienie lub przerwanie ciąży mogą być dokonane przymusowo wbrew woli zainteresowanego. (Ta przymusowość przerwania ciąży ze wskazań higieny rasy jest rzeczą nową i — jak dotąd — spotyka się tylko w prawie estońskim).

W Grzywo - Dąbrowski.

MITTERMAIER. Duńskie prawo o przerwaniu ciąży z dn. 7.V.1937 r. (Monatsschr. f. Kriminalbiologie XII.37).

Przerwanie ciąży może być dokonane: 1. Jeżeli przez to zostanie odwrócone poważne niebezpieczeństwo, zagrażające życiu lub zdrowiu kobiety. 2. Jeśli ciąża była następstwem stosunku kazirodczego lub skutkiem zamachu na swobodę płciową kobiety (zgwałcenia, uwiedzenia lub innego czynu nierządnego). 3. Jeśli zachodzi niebezpieczeństwo, że dziecko, mające przyjść na świat, będzie cierpiało wskutek obciążenia dziedzicznego na chorobę psychiczną, upośledzenie psychiczne, inne ciężkie zaburzenia psychiczne, padaczkę lub na poważne i nieuleczalne charłactwo fizyczne. Przerwanie ciąży w zasadzie nie może być przeprowadzone po upływie 3-go miesiąca jej trwania, z wyjątkiem przypadku, gdy zachodzi poważne niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia kobiety. Przerwanie ciąży może być dokonane tylko przez lekarza do tego upoważnionego, po uzyskaniu zgody drugiego jeszcze lekarza, w państwowym lub komunalnym szpitalu. Sankcje karne za przerwanie ciąży wbrew powyżej podanym artykułom są następujące: 1. Kobieta, która sama przerwie sobie ciążę lub pozwoli na jej przerwanie nie lekarzowi, do tego przez prawo upoważnionemu, podlega karze aresztu do 3 miesięcy, jeśli przerwanie ciąży podpadałoby pod art. 1 k. k. (istnienie wskazań lekarskich); jeśli kobieta wiedziała, że to prawo jej nie przysługiwało, karą będzie więzienie do lat 3-ch. Przedawnienie następuje po 2 latach. Usiłowanie przerwania ciąży za pomocą nieskutecznych środków karze nie podlega. Przy istnieniu szczególnie łagodzących okoliczności kara może nie być wymierzona. W przypadku przerwania ciąży u osoby nieletniej, oraz gdy okaże się, że sprawca ciąży, pomimo prośb kobiety o pomoc, pomocy nie okazał, chociaż mógł to uczynić, a przerwanie ciąży było następstwem nieokazania pomocy, sprawca będzie karany więzieniem do 1 roku, wzgl. aresztem. Lekarz dyplomowany za przerwanie ciąży przy braku warunków, wyszczególnionych w art. 1, będzie karany więzieniem do 2 lat. Przy istnieniu okoliczności obciążających, np. gdy lekarz działał w celu zysku, lub gdy następstwem zabiegu była śmierć kobiety, wzgl. ciężkie jej schorzenie, karą będzie więzienie do lat 4. Za przerwanie ciąży kobiecie bez jej zgody na to grozi kara więzienia do 2 lat. Jeśli ciążę przerywa lub w przerwaniu jej dopomaga nielekarz, będzie karany więzieniem do lat 4, a przy stwierdzeniu okoliczności obciążających do 1. 8. Kto przymusem, groźbą lub namową skłoni do przerwania ciąży kobietę, która płód swój chce donosić, będzie karany więzieniem do lat 2, nawet, jeśli przerwanie ciąży było prawnie dopuszczalne. Kto rozpowszechnia, reklamuje, wzgl. sprzedaje środki, służące do zapobiegania ciąży, będzie karany grzywną.

W. Grzywo - Dąbrowski.

nym. Zmiany w drobnych tętnicach przedstawiają się następująco: Błona wewnętrzna jest wydęta do światła, jak gdyby nastrzyknięta mydłem (*boursouflée, comme injectée de suif*). Mikroskopowo stwierdzono nacieki leukocytarne i inne cechy procesu zapalnego. Pomiędzy ogniskami zapalnymi znajdują się szerokie przestrzenie, ubogie w elementy komórkowe, przerośnięte włóknami sprężystymi; miejscami włókna te są szklisto zwyrodniałe. Gdziekolwiek widać również nacieki lipoidowe, często krystaliczne, między którymi przeważa cholesteryna. Wreszcie widoczne są ubytki, spowodowane przez autolizę. Na niektórych preparatach autorzy mogli rozpoznać nowoutworzone naczynia tętnicze i żyłne. Błona sprężysta wewnętrzna jest przerośnięta nowotworzącymi się włóknami włóknisto-sprężystymi, jest zgrubiała i zmieniona zapalnie. Zmiany wapniowe rzadko tylko uszkadzają błonę wewnętrzną, gdyż występują raczej w postaci pyłu wapniowego. Błona środkowa (*media*) jest znacznie mniej zmieniona niż wewnętrzna (*intima*); zawiera ona mniej lub więcej liczne, drobne ogniska zapalne, jest nacieczona wapniem, widocznym pod postacią pyłu lub blaszek; blaszki wapniowe mogą tworzyć pierścienie dokoła naczynia. W błonie zewnętrznej (*adventitia*) zmian nie stwierdza się. Żyły w przeciwstawieniu do głębokich zmian w tętnicach nie są zmienione. W obrębie dużych tętnic zmiany są niewielkie i ograniczają się przeważnie do błony wewnętrznej. Z innych autorów analogiczne zmiany w tętnicach znajdowali Paupert — Ravault i Borchardt.

Joslin stwierdzał zwapnienie, względnie skostnienie błony wewnętrznej i środkowej, zgrubienia łącznotkankowe i zmiany szkliste w błonie wewnętrznej, a niekiedy — uszkodzenie włókien sprężystych i martwice komórek. Według Joslina, typ zmian pod względem anatomo-patologicznym jest raczej miażdżycowy i przypomina „zapalenie tętnic starcze”; różni się jednak brakiem zakrzepów i obecnością nacieków cholesterynowych.

W odróżnieniu od zapalenia kiłowego zapalenie cukrzycowe uszkadza głównie błonę wewnętrzną tętnicy, podczas gdy kiła atakuje wszystkie warstwy naczynia; nacieczenia cholesterynowe w kiłach są znacznie mniejsze.

Zapaleniu tętnic w chorobie Buergera towarzyszą zmiany w żyłach oraz skłonność do zakrzepów.

Badania chemiczne tętnic w *endarteritis diabeticorum* wykazują zwiększoną zawartość cholesteryny w błonie wewnętrznej tętnic kończyn i prawidłową aorty. Również zawartość wapnia i magnezu w tętnicach obwodowych jest wybitnie wzmożona, stosunkowo jeszcze bardziej, aniżeli cholesteryny. Odwrotnie, w zapaleniu kiłowym wzrost cholesteryny dotyczy przede wszystkim tętnicy głównej.

Patogeneza. Pozbawienie chorego cukrzycowego węglowodanów i zastąpienie ich przez tłuszcze powoduje nadmiar cholesteryny we krwi i odkładanie się jej w błonie wewnętrznej tętnic, co odgrywa wielką rolę w zamknięciu światła naczyniowego. Joslin przytacza ogólnie znany przypadek z ery przedinsulinowej, dotyczący chorego, bardzo obficie karmionego tłuszczami. Na autopsji Gordon, Connor i Rabinovitch stwierdzili rozlaną, znaczną miażdżycę wszystkich tętnic, spowodowaną najprawdopodobniej dietą obficie tłuszczową.

Według Labbego, przecukrzona krew drażni przewlekle błonę wewnętrzną, wywołując jej zgrubienie oraz reakcję zapalną. Dopiero w następnym okresie cholesteryna, która znajduje się również w nadmiarze we krwi chorych cukrzycowych, dostaje się do błony wewnętrznej i tam się odkłada. Stąd wynika, że nadmiar cholesteryny nie może być sam przez się uważany za pierwotny moment, uszkadzający naczynia, tym bardziej, że wielu chorych z hipercholesterynemią nie wykazuje zmian naczyniowych, zaś, odwrotnie, wielu cukrzycowych wykazuje zmiany tętnicze już na długo przed odkładaniem się cholesteryny. Złogi cholesteryny powstają, według Labbego, nie skutkiem nekrobiozy miejscowej, lecz skutkiem przenikania osmotycznego cholesteryny przez śródbłonek naczyń lub drogą *vasa vasorum*. Złogi wewnątrz tętnicze podobne są do złogów w skórze powiek (*xanthelasa*) lub na brzegu rogówki (łuk starczy). Reasumując, zmiany naczyniowe powstawać mają skutkiem procesu zapalnego i nadmiaru cholesteryny. Cholesteryna, naciekając błonę wewnętrzną, powoduje zaburzenia krążenia, — zwięża światło naczynia, co prowadzi do niedokrwienia i zgorzeli; kurcze i zakrzepy nie odgrywają, według Labbego, żadnej roli w mechanizmie powstawania zwiężenia naczyń u chorych cukrzycowych.

Zwapnienie, tak charakterystyczne dla zapaleń tętnic w cukrzycy, powstaje w odmienny sposób, aniżeli nacieki cholesterynowe; działanie zapobiegawcze diety, zawierającej mniej wapnia, nie zostało udowodnione.

Według Kahlera, schorzenie tętnic w cukrzycy nie jest zjawiskiem jednolitym i występuje zarówno pod postacią miażdżycy, jak i pod postacią choroby Buergera. W przeciwieństwie do Labbego, który podkreśla brak momentu kurczowego, Kahler spostrzega u młodych diabetyków typowy obraz chromania przestankowego. U starszych osobników z łagodną, długotrwałą cukrzycą, spowodowaną miażdżycą naczyń trzustki, również zmiany tętnic w obrębie kończyn mają, według Kahlera, charakter wyraźnie miażdżycowy. Czy kiła odgrywa jakąś rolę w powstaniu zmian tętniczych u chorych cukrzycowych, jest rzeczą wątpliwą; w każdym razie Joslin stwierdza wystąpienie zgorzeli nóg u 10% cukrzycowych, dotkniętych jednocześnie kiłą, zaś tylko u 3% cukrzycowych niekiłowych.

Przebieg choroby. Początkowy przebieg schorzenia może być zupełnie bezobjawowy; chorzy nie odczuwają żadnych dolegliwości, a lekarz stwierdza istnienie choroby tylko przypadkowo. Później dopiero zjawiają się nieokreślone dolegliwości w jednej kończynie, przeważnie dolnej, w postaci uczucia „ciężkości” tej kończyny, niewyraźnych parestezji, drętwienia, uczucia zimna i wreszcie bólów. Bóle zmniejszają się bardzo nieznacznie pod wpływem ciepła i rozcierania, a wzmagają się bardzo znacznie przy wysiłku. Już przejście kilku kroków powoduje nieraz tak znaczne przeciążenie mało drożnej tętnicy, że chory musi zatrzymać się; po kilku sekundach lub minutach ból ustępuje (chromanie przestankowe — *claudicatio intermittens*). Labbego spostrzegał podobne objawy w obrębie kończyn górnych u pewnej krawcowej. Jeżeli bóle utrzymują się w spoczynku, należy liczyć się z ewentualnością rychłego wystąpienia zgorzeli. Bólom towarzyszą zmiany troficzne: skóra staje się gładka, sucha, twarda, paznokcie kruszeją, marszczą się, przestają rosnąć. W okresach poprawy i zmniejszania się bólów paznokcie zaczynają znowu rosnąć, co może służyć jako jeden jeszcze dowód, że po-

prawa w tych przypadkach jest nie tylko podmiotowa. Przy opuszczaniu kończyn w dół kończyna schorzała staje się czerwona lub sina; jest to tak zwana *erythromelia*, zależna od zastępczego rozszerzenia naczyń włosowatych i zwolnienia krążenia. Przy podnoszeniu w górę kończyna przybiera skutkiem niedokrwienia barwę białej porcelany. W okresie następnym „zgorzeli zagrażającej” kończyna jest sina; aczkolwiek w tym okresie może jeszcze nastąpić dłuższa lub krótsza poprawa, to jednak znacznie częściej sprawa chorobowa postępuje i doprowadza do zgorzeli. Według *Marcusa*, zgorzel powstaje dopiero w przypadku nawarstwienia się zakażenia na zmiany naczyniowe i troficzne, natomiast *Labbé* uważa, że zgorzel może być zarówno zainfekowana, jak i jałowa. W przypadkach zgorzeli jałowej czyli mumifikacji kończyna staje się czarna; martwa część oddziela się. Wystąpienie zgorzeli przy względnie wystarczającym krążeniu zależy od czynników dodatkowych, a przede wszystkim od jednoczesnego zakażenia; będzie to więc sprawa mieszana, — zakażenie + zaburzenia krążenia. W ten sposób zgorzel może wystąpić paradoksalnie, to znaczy na kończynie, w której obrębie waha-

nia oscylometryczne są większe, a więc drożność naczynia lepsza.

Labbé odróżnia trzy rodzaje zgorzeli: 1. zgorzel wskutek zapalenia tętnicy, typ zgorzeli starczej, 2. zgorzel „nerwowa”, wskutek zmian zanikowych lub zaburzeń układu współczulnego dookoła tętniczego (postać wrzodu drażącego), 3. zgorzel wskutek zakażenia — według autora najczęstsza. W zgorzeli typu trzeciego kończyna jest obrzmiała, czerwona lub sina, bolesna, pokryta plamami czerwonymi wskutek zapalenia naczyń chłonnych lub czarnymi zgorzelinowymi. Zgorzel obejmuje jeden lub kilka palców nóg, całą stopę, ewentualnie jeszcze większe odcinki dolnej kończyny, przeważnie jednej, rzadko — obu. W miejscach zmienionych powstać mogą ropiejące owrzodzenia lub głębokie ropnie, na których dnie widoczne są uszkodzone ścięgna lub mięśnie. Ciepłota podnosi się do 39°, wykazując duże wahania. Stan ogólny jest ciężki. Bez szybkiej interwencji chirurgicznej, a czasami pomimo niej dochodzi do zejścia śmiertelnego na skutek uogólnienia się zakażenia (*septicaemia*).

(Dok. nast.).

Oceny książek.

E. AGASSE-LAFONT, A. GRIMBERG, S. MUTERMILCH. *Dictionnaire des examens de laboratoire*. (Paris, Vigot Frères Editeurs. 1938. p. 447).

Ukazanie się jeszcze jednej książki badań laboratoryjnych jest w danym wypadku zupełnie usprawiedliwione, bo, pod względem ujęcia tematu, książka nie ma sobie podobnej, i ujęcie to jest bardzo szczęśliwe przy wysokim poziomie treści. Książka, jak wykazuje sam tytuł, podaje materiał w kolejności alfabetycznej, dzięki czemu posługiwanie się nią w bieżącej pracy klinicznej i laboratoryjnej jest bardzo dogodne. Podejście do kliniki ma znacznie bliższe, niż inne podręczniki laboratoryjne. Wyszczególnia bowiem nie tylko materiał ściśle laboratoryjny, lecz również wyjątkowo dużo miejsca poświęca jednostkom chorobowym i objawom i stosunkowi ich do badań pracownianych. Korzystne to jest zarówno dla lekarza, który, stojąc przed jakąś jednostką chorobową lub objawem, łatwo może zorientować się w zakresie niezbędnych badań pomocniczych — jak również i dla pracownika laboratoryjnego, że może ogarnąć większy zakres wiadomości klinicznych. Ważną też jest rzeczą dla lekarza i pracowni, że słownik szeroko uwzględnia szczegóły pobierania materiału, a mianowicie: technikę, instrumentarium i warunki. Dane liczbowe fizjologiczne i patologiczne łatwo można w słowniku odnaleźć. Zaletą jego również jest to, że znacznie ułatwia wyczerpujące zapoznanie się z każdym zagadnieniem laboratoryjnym, gdyż obficie zaopatrzone jest w odsyłacze do podanego we wstępie spisu francuskich podstawowych dzieł źródłowych i oryginalnych. W ramach słownika laboratoryjnego książka dobrze odzwierciedla pomysłowość i oryginalność kliniki francuskiej.

Maria Jelenkiewiczowa.

G. MADAUS. *Lehrbuch der biologischen Heilmittel*. Abt. I: Heilpflanzen. 3 tomy + 1 tom wykazu nazw. Georg Thieme Verlag, Leipzig 1938. Str. 2864 + 144 z 76 barwnymi tablicami i 1114 rycinami. Cena MK. 92, w oprawie MK. 98.

Pierwsza część „Podręcznika biologicznych środków leczniczych” stanowi owoc zaiste benedyktyńskiej pracy autora. Część ta obejmuje środki roślinne. Część ogólna, obejmująca 354 strony, rozpada się na następujące rozdziały: „Historia lecznictwa biologicznego”, „Podstawy lecznictwa biologicznego” (znaczenie bodźców i odczynów, znajomość roślin leczniczych, środków spożywczych, rozpoznawania, ocena wyników leczniczych), „Homeopatia jako towarzysząca lecznictwa biologicznego”, w którym autor omawia zalety i wady homeopatii, jej technikę i t. d., „Ziołoznawstwo” (wiosenne kuracje ziołowe, leczenie wysuszonymi ziołami, kuracje oczyszczające krew), „Rośliny a otoczenie” (najważniejsze pojęcia, połączenia hodowli roślin, rośliny a grunt, uprawa roślin), „Ważne składniki roślinne” (witaminy, hormony, sekrety, zczyny, glukokiny, toksyny, alkaloidy, glikozydy, saponiny, garbniki i t. d.), „Przygotowanie leków roślinnych”, „Dawkowanie”, „Miary i wagi”. W części szczegółowej omawia autor w porządku alfabetycznym 456 roślin. Na opis każdej rośliny składa się wykaz jej nazw (łacińskich, niemieckich oraz w językach francuskim, angielskim, włoskim, litewskim, polskim, duńskim, rosyjskim, czeskim, węgierskim, norweskim), pochodzenie nazw, opis botaniczny, historia zastosowania w medycynie, działanie, zastosowanie w medycynie ludowej, zastosowanie w praktyce lekarskiej na podstawie piśmiennictwa i ankiety, przeprowadzonej przez autora, stosowanie rozmaitych części roślin, dawkowanie zwykłe i homeopatyczne, najwyższa dawka, wzory recept. Do opisu każdej rośliny dołączona jest jedna lub kilka rycin oraz mapka rozpowszechnienia danej rośliny na kuli ziemskiej. Zwłaszcza szczegółowe są opisy naparstnicy, strofantu, sporyszu, *Ephedra vulgaris*. Podręcznik autora uważać można za encyklopedię ziołoznawstwa, uwzględniającą całe odnośne piśmiennictwo. Drobne usterki (np. w postaci przekreślonych nazw polskich, braku wielu nazw polskich i t. p.) nie zmniejszają wartości tak wyczerpującego dzieła.

H. Landau.

Wskazówki praktyczne.

O skutecznym leczeniu zakrzepu naczyń wieńcowych i dusznicy bolesnej za pomocą przeszczepiania unaczynionej tkanki mięsnej lub tłuszczowej do serca donoszą *Bech* i *Feil* (*J. Am. M. As.* 1937, 109, nr 22) i *Berard* (*La Pr. méd.* 1938, nr 10).

Onry, *Besson* i *Bouchara* uważają połączenie *pressedryny* (pochodna efedryny) z *camphraminą* (rozpuszczalną w wodzie związek kamfory i pirydyny) za najlepsze „*analepticum totale*”, pobudzające serce, oddech i tonizujące układ naczyniowy. (*La Pr. méd.* 1938, nr 9).

B i c h e l przypomina, iż podstawą leczenia samoistnej hipoglikemii winna być dieta obficie tłuszczowa, gdyż węglowodany, nadmiernie podawane, są najsilniejszym bodźcem insulino-twórczym. (Schw. m. Woch. 1937, nr 51).

—o—

„Nie ma żadnych podstaw, aby dopatrywać się różnicy pomiędzy mięsem „białym” i „ciemnym” ze względu na zawartość

puryn, która w obu rodzajach mięsa jest jednakowa” — oto zdanie O s t e r n a z „Podręcznika chemii fizjologicznej” pod red. Prof. P a r n a s a, które obala istniejące przesady w dziedzinie dietytyki dny i skazy moczanowej. Zdanie to, zresztą, już dawno wypowiedział v. N o o r d e n.

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne z dnia 14 października 1937 r.

Obecnych 29.

Przewodniczył Dr. K a c p r z a k.

O d c z y t:

Prof. Dr. Z. S z y m a n o w s k i: Obecna sytuacja medycyny społecznej w Polsce.

Prelegent wyjaśnia, dlaczego mimo to, iż jest bakteriologiem, a zatem mało kompetentnym w tych sprawach, porusza te zagadnienia. Nie ma zresztą zamiaru wyszczególniać instytucji i organizacji, zajmujących się medycyną społeczną w Polsce. Zdrowie jest dobrem powszechnym, należy więc dbać o nie. Choroba nie jest dopustem Bożym, jak myślą ludzie pierwotni, lecz czymś, co się daje przewidzieć. G r z e g o r z e w s k i, mówiąc o stanie zdrowotnym Polski, dzieli zgony na konieczne i dające się uniknąć. Jest to u nas stosowanie miary europejskiej do stosunków barbarzyńskich. Jeżeli chodzi o liczbę lekarzy, jesteśmy również jednym z najbardziej zacofanych krajów, a pomimo to myśli się u nas tylko o wprowadzeniu paragrafu aryjskiego w Związku Lekarzy P. P., stosuje się faktycznie *numerus clausus* na wydziale lekarskim, choć prawnie nie ma żadnych ograniczeń wyznaniowych. Władze akademickie idą po linii najmniejszego oporu. Szpitalnictwo stoi u nas na bardzo niskim stopniu rozwoju, poza wielkimi miastami prawie nie istnieje. Lecznictwo sanitarno-szkolne, które się w zaraniu powstania Państwa tak świetnie zapowiadało, leży prawie w gruzach. Na wszystkich odcinkach służby zdrowia cofamy się w przerażający sposób. Specjalnego omówienia wymagają ubezpieczenia społeczne. Stosunek lekarzy w zaraniu tworzenia kas chorych był do nich z małymi wyjątkami (Sokołowski i innych) ujemnym: to był pierwotny grzech lekarzy, który się stale na nich mści, a który doprowadził do odsunięcia ich od kierowania kasami chorych. Wprawdzie minister P r y s t o r oświadczył, że „nie ślusarze, lecz lekarze będą rządili kasami chorych”, lecz od tego czasu w ubezpieczalniach społecznych zmieniło się raczej na gorsze, i ubezpieczeni coraz bardziej słusznie na nie narzekają. W mieście jest źle, a, jak jest na wsi, lepiej o tym nie mówić. Przed wojną istniał w Płockim surogat pomocy lekarskiej dla chłopów. Ustawa scaleniowa przyniosła pogorszenie stosunków, jeżeli chodzi o pomoc lekarską dla robotników rolnych. Pomoc ta jest tak obstawiona szeregiem warunków (minimum 5 robotników rolnych, minimum okresu pracy tych robotników i t. d.), że przestała być ubezpieczeniem, a stała się doraźną pomocą. Najbardziej widoczne jest to w Poznańskim i na Pomorzu, gdzie istniały przed ustawą scaleniową ubezpieczenia społeczne dla robotników rolnych. Kobiety i dzieci prawie zupełnie się nie leczą, ogółem zaś leczy się obecnie zaledwie 5% tego, co się leczyło przed ustawą scaleniową. A mamy przecież gotowe wzory instytucji medycyny społecznej, spełniające idealnie swe zadania: są to ośrodki zdrowia w dawnym ich ujęciu, łączące leczenie z zapobieganiem. Jest ich, niestety, za mało: jeden ośrodek zdrowia na powiat to kropla w morzu potrzeb. Warszawa miała przed kilku laty dobrze zorganizowane ośrodki zdrowia. Niedawno połączono je z opieką społeczną, co się odbiło w fatalny sposób na lecnictwie i zapobieganiu. Na wszystkie zarzuty zaniedbywania spraw zdrowotnych kraju słyszy się jedną odpowiedź: nie ma na to pieniędzy. Rozmaite sprawy sanitarne są zwalane przez instytucje państwowe na samorządowe i odwrotnie, zaś społeczeństwo nie wykazuje żadnego zrozumienia dla doniosłości tych spraw. To, co się w tej dziedzinie robi, nosi charakter dorywczy lub tymczasowy. Widzi się tutaj faworyzowanie pewnych gałęzi medycyny, np. bakteriologii. Wprowadza się szczepienia ochronne np. przeciwko błonicy, płonicy, a jednocześnie na koszt miasta leczy się we wszystkich szpitalach Warszawy zaledwie 100 dzieci. Odnosi się wrażenie, iż wszystko w tej dziedzinie robi się pod kątem widzenia przyszłej wojny. Lecz cóż nam pomogą szczepienia, jeżeli nie mamy dobrych studentów, a większość ludności mieszka, jak w chlewach? To tylko okupanci niemieccy mogli liczyć na to, że do domu, na którym wy-

wieszono kartkę, zawiadamiającą o zakazie wstępu do niego z powodu choroby zakaźnej, nie wejdzie żaden żołnierz niemiecki. Wychowanie higieniczne ludności należy rozpocząć od szkoły, a czy szkoła ma możliwość dania tego wychowania? Prelegent zwiędzał szkołę, w której nie było ustępu, zaś do szkoły wchodziło się „wprost z pola. Lecz to, co dziecko widzi w szkole, jest jeszcze luksusem w porównaniu z tym, co znajduje ono w domu. Wobec tych warunków należy uważać za rzecz przypadku, że akurat bakteriologia znalazła się w modzie. Prelegentowi nie chodziło o wyliczanie tego, co już zrobiono, lecz o to, co należy zrobić, a tego jest bardzo wiele. Należy przede wszystkim ułożyć plan sanacji stosunków zdrowotnych i dać mu wyraz w budżecie państwowym i samorządowym. Po wtóre należy przygotować odpowiedni personel lekarski: musi być go znacznie więcej niż obecnie, należy rozmieścić lekarzy w Państwie według planu, przy czym, uznając stan higieniczny za katastrofalny, przeprowadzić pewnego rodzaju mobilizację lekarzy. Przygotowanie odpowiedniego personelu lekarskiego wymaga reformy studiów lekarskich w tym sensie, by lekarze rozpoczynali pracę zawodową w wieku, kiedy są zdolni do wysiłków fizycznych; w ciągu 5 lat należy przygotowywać lekarzy tak, by mogli oni podołać wymaganiom, stawianym im przez praktyczne życie zawodowe. Prelegent nie uważa ciała profesorskiego za jedyny odpowiedni czynnik do oceny reformy studiów lekarskich. Wszystko to jest konieczne, by znaleźć wyjście z impasu sanitarnego, w którym się obecnie znaleźliśmy. Budżetowanie i dysponowanie funduszami musi się odbywać pod kontrolą całego społeczeństwa.

D y s k u s j a:

Dr. R o g u s k i stwierdza, że rozwiązanie zagadnienia sanitarnego znalazło się w dziwacznej sytuacji. Dawniej na pierwszym miejscu była medycyna kliniczna, obecnie — podobno, zapobiegawcza, higiena. Mówca przypomina sobie, jak wielki wpływ wywarło nań kiedyś przeczytanie „Higieny Społecznej” D u c l o s. Wątpi, czy któryś z obecnych studentów zna tę książkę. Niewątpliwie kraj odczuwa brak lekarzy, lecz, gdyby nawet było ich dosyć, czy zmniejszyłoby się wskutek tego szerzenie się gruźlicy, chorób zakaźnych i t. p.? Uniwersytety kształcą lekarzy tylko w ten sposób, by umieli leczyć choroby, kładąc zbyt mały nacisk na zapobieganie. Taka np. nauka, jak eugenika, jest zupełnie nieznaną absolwentowi medycyny. Jako przykład naszych stosunków higienicznych cytuje mówca szkołę w Markach na 600 dzieci, która nie posiada ustępu. Szkoła znajduje się w odległości 15 m od kloaki, do której się wylewa i wyrzuca wszelkie nieczystości; dorośli mogą z trudem tamtędy przebrnąć, dzieci zaś bawią się obok niej. Wszystko czyni takie wrażenie, jak gdyby lekarze pragnęli zachować swe lukratywne stanowiska, które im daje lecznictwo, i nie dbają o zapobieganie, któreby mogło wpłynąć na zmniejszenie się liczby zachorowań i praktyki lekarskiej. Choroby zakaźne należy, oczywiście, leczyć, lecz można im również zapobiegać. Mówi się powszechnie, że poziom materialny wsi jest tak niski, że lekarz nie może się tam osiedlić. Lecz nawet lekarze, pochodzący ze wsi, nie chcą po ukończeniu studiów osiedlać się na wsi. Z jednej strony mówi się o pauperyzacji stanu lekarskiego, z drugiej zaś posady lekarzy rejonowych po 250 zł. i stypendia po zł. 150 miesięcznie nie znajdują amatorów. Przyczyn tych stosunków należy się doszukiwać nie w rządzie, lecz w społeczeństwie. Sytuacja ta przedstawia analogię do przepełnienia Londynu lekarzami, którzy nie chcą wyjeżdżać do kolonii, gdzie mogą szybko dobrze zarabiać, podczas gdy w Londynie muszą przez długi czas ledwie wegetować.

Dr. G a n t z potwierdza fakt, że w chwili organizowania kas chorych lekarze nie rozumieli istoty ubezpieczeń społecznych, o czym miał możliwość przekonać się osobiście, współpracując wówczas z S o k o ł o w s k i m. Do tego, by się w obecnych warunkach zdecydować na wyjazd na wieś, konieczna jest ideowość. Różnica między sytuacją „Doktora Piotra” Z e r o m s k i e g o a sytuacją współczesnego lekarza, wyjeżdżającego na wieś, jest minimalna. Projektowana obecnie ustawa przeciwgruźlicza przewiduje przymus meldowania każdego przypadku gruźlicy, nie-

bezpiecznego dla otoczenia. Mówca zastanawia się nad celowością tego przepisu w obecnych strasznych warunkach mieszkaniowych, złych warunkach ogólnych, przy braku łóżek szpitalnych i sanatoryjnych. Z drugiej zaś strony chorzy nauczyciele, kolejarze i t. p. będą się obawiali zgłaszać do lekarzy, gdyż wizyta taka wraz z następowym meldunkiem grozić im będzie utratą pracy i pozostaniem bez środków do życia. W innych krajach myśli się o zabezpieczeniu nie tylko gruźlika, lecz i jego rodziny. U nas pieniądze, przeznaczone na zwalczanie gruźlicy, częstokroć się marnuje: jak nazwać inaczej niż marnowaniem groźna publicznego fakt, iż niewyleczony gruźlik zostaje po np. trzymiesięcznym pobycie w sanatorium odesłany do domu, by tam dalej szerzył gruźlicę? Mówca zwraca się z apelem do zarządu Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej, by rozpatrzone ustawę przeciwgruźliczą i wydano opinię o jej projekcie przed odesłaniem go do Izby Ustawodawczej.

Dr. K n a p p e zapytuje, co będzie robił w obecnych warunkach lekarz na wsi? Lekarze wyjeżdżaliby na prowincję, gdyby im tam zapewniono możliwość egzystencji. Lecz i tym, którzy tam są obecnie, uniemożliwiona jest istnienie tak, że muszą opuszczać swe placówki. Cytuje przypadek, dotyczący lekarki rejonowej na Wołyniu z pensją 340 złotych miesięcznie, która za tę pensję musiała wszystko aż do sekcji włącznie robić, przy czym częstokroć musiała odbywać kilkunastokilometrowe marsze; lecz po pewnym czasie i to wynagrodzenie uznano za wygórowane i zwolniono ją. Otrzymała wówczas posadę prywatną w kamieniołomach z pensją 250 złotych miesięcznie, lecz nie mogła jej objąć, gdyż nie miała gdzie mieszkać. Do tej pory mieszkała w szkole powszechnej; po utracie posady lekarza rejonowego musiała to mieszkanie jako państwowe opuścić, a innego nie mogła dostać. Zmuszona była wobec tego powrócić do Warszawy, gdzie pracuje obecnie na Okęciu z pensją 150 złotych miesięcznie. Lekarze chętnie wyjeżdżaliby na prowincję, gdyby otrzymywali tam mieszkanie, odpowiednie wynagrodzenie, a nie 250 zł. miesięcznie, pomoc sanitarną, warunki do pracy i t. d. Cytuje przypadek innego lekarza rejonowego również z pensją 340 złotych miesięcznie, który musiał przeprowadzić masowe szczepienia przeciwplonicze, w wyniku których zmarło kilko dzieci. W wyniku tego lekarz ów został wyrokiem sądu pozbawiony prawa praktyki na przeciąg 3 lat, a poza tym grozi mu odpowiedzialność cywilna. Czyż nie jest paradoksem, iż ktoś, zarabiający aż 340 zł. miesięcznie, ponosi odpowiedzialność do wysokości 100.000 złotych? A teraz jak się przedstawia ta sprawa z punktu widzenia lekarskiego? Szczepienia przeciwplonicze zostały dokonane na zlecenie lekarza powiatowego we wsi, w której wybuchła już epidemia płonicy. Jeszcze przed 10 laty przestrzegano przed szczepieniami przeciwploniczymi prof. M i c h a ł o w i c z, cytując własny przypadek, w którym po szczepieniu wystąpił tak ciężki obraz chorobowy, że tylko z trudem udało się uratować dziecko. Szczepienia odbywały się w tych warunkach, że do jednej izby spędzono dwieście dzieci ze wsi zakażonej i sąsiednich; były wśród nich niewątpliwie dzieci zakażone, które później zachorowały, ewentualnie zaraziły inne. Walka z chorobami zakaźnymi za pomocą szczepień daje gorsze wyniki niż walka za pomocą środków ogólnych: wystarczy porównać wyniki walki z gruźlicą za pomocą szczepionki BCG z wynikami, osiągniętymi przez M u s s o l i n i e g o przez podniesienie warunków życia: poprawę warunków mieszkaniowych, budowę sanatoriów i t. p. (Dr. G a n t z stwierdza, że w Wiedniu robiono to samo jeszcze przed M u s s o l i n i m). Mówca niebardzo się przejmując obciążeniem budżetu sanitarnego, gdyż większy budżet oznacza tylko większą liczbę urzędników. Potrzebna jest nam przede wszystkim myśl mądra i twórcza. Należy o tych sprawach głośno krzyczeć, a nie czekać, aż zrobi to Ministerstwo. Należy uświadomić całe społeczeństwo o niebezpieczeństwie, grożącym mu pod względem zdrowotnym.

Dr. S z w a r c uważa, że dla naprawy istniejących stosunków w dziedzinie sanitarnej konieczne jest przywrócenie Ministerstwa Zdrowia Publicznego. Największa wada ubezpieczeń społecznych polega na tym, że ubezpieczeni mają prawo się leczyć tylko wtedy, gdy pracują; tracąc pracę, t. j. znajdując się w gorszych warunkach, tracą jednocześnie prawo do pomocy lekarskiej. Najlepiej uposażeni mają najlepszą pomoc lekarską. Rola lekarzy szkolnych sprowadza się do pisania papierków.

W odpowiedzi stwierdza prof. S z y m a n o w s k i, że najważniejszą rzeczą w sprawach zdrowotnych jest lekarz, gdyż nawet w najgorszych warunkach może on coś zdziałać. Wstydem jest, jeżeli w obecnych czasach umiera ktoś w Polsce, dla-

tego, że nie widział lekarza. Trzeba walczyć z przesadą, jeszcze dzisiaj rozpowszechnioną na wsi, że choroba jest dopustem Bożym. Konieczne są na wsi ubezpieczenia społeczne i medyczna zapobiegawcza. Skoro ludność wiejska będzie się mogła leczyć i będzie miała u kogo leczyć się, nauczy się cenić zdrowie. Jeżeli chodzi o nauczycielstwo, to Polska jest jednym z niewielu krajów, w którym nie ma zastępczych nauczycieli. Nauczyciele boją się chorować i leczyć, gdyż w razie choroby praca ich obarcza pozostałych kolegów. Dlatego sanatorium Związku Nauczycielstwa Polskiego w Zakopanem stoi pustkami, gdyż nauczyciele nie decydują się na branie dłuższych urlopów zdrowotnych. Żaden minister nie pomoże, jeżeli nie będzie miał do dyspozycji swej pieniędzy. Na nas lekarzy spada obowiązek obrony waloru zdrowia w hierarchii potrzeb społecznych.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Austriackiego Towarzystwa Urologicznego w Wiedniu z dnia 18 listopada 1936 r. (Wien. med. Wschr. Nr 49/1937) pokazywał J. J a k s y przypadek *bąblowca nerki*. U 27-letniego rzeźnika choroba zaczęła się od prawostronnego krwimocznu pochodzenia nerkowego. Czynność prawej nerki była upośledzona, wsteczna pyelografia wykazywała obraz wodocnercza. Mocza zawierała ropę i kokki. Przy usuwaniu nerki uderzały potężne zrosty okołonerkowe. Przy rozcinaniu preparatu okazało się, że dolny biegun nerki był zajęty przez torbiel wielkości pięści, którą znowu wypełniały liczne drobne torbiele, — pęcherze bąblowca. Również miedniczki nerkowe i kielichy były wypełnione pęcherzykami. W zawartości torbieli znaleziono haczyki bąblowca. Rozpoznanie „bąblowca nerki” było przed operacją niemożliwe, gdyż mocza nie zawierała ani haczyków, ani pęcherzy, zaś pyelogram nie wykazywał żadnych charakterystycznych zmian. Wskutek tego nie było podstaw do wykonywania odczynu odchyłania dopełniacza, próby skórnej i badania eoynofilii. Prelegent omawia ostatnio ogłoszone przypadki i zauważa, że podczas gdy wielu autorów uważa otwarcie torbieli i wszycie jej w skórę za metodę z wyboru, w pokazywanym przypadku wycięcie chorego narządu doprowadziło do całkowitego wyleczenia.

Na posiedzeniu Wiedeńskiego Towarzystwa Lekarskiego z dnia 10 grudnia 1937 r. (Wien. med. Wschr. Nr 51/1937) pokazywał F. W i n d h o l z 59-letniego mężczyznę, u którego znaleziono *kamienie żółciowe w zapalnie zmienionym wyrostku robaczkowym*. Chorego męczyły od wielu lat występujące od czasu do czasu nieprzyjemne, a czasami bolesne sensacje w nadbrzuszu i okolicy żołądka. Latem 1936 r. miał on szczególnie silny napad, po którym wystąpiła natychmiast lekka żółtaczka. Puste zdjęcie woreczka żółciowego wykazało dwa cienie wielkości wiśni o spistości wapniowej z wyraźną budową warstwową. Samego pęcherzyka żółciowego nie udało się uwidocznić.

Później znowu wystąpiły bóle w prawym podżebrzu, następnie w śródbrzuszu a wreszcie w okolicy pogranicza jelit krętych i kątnicy. Później stwierdzono tam bolesność uciskową i *défense musculaire*. W 7 miesięcy po pierwszym zdjęciu rentgenowskim nie można już było stwierdzić kamieni w woreczku żółciowym; pęcherzyk żółciowy był dość duży, lecz delikatny. W polu ileocekalnym stwierdzało się 3 cienie o spistości wapniowej i o wyraźnym uwarstwieniu współśrodkowym. Wyrostka robaczkowego nie udało się uwidocznić w obrazie rentgenowskim za pomocą żadnej ze zwykłych metod. Podejrzewano wobec tego zapalenie wyrostka robaczkowego z 3 uwarstwionymi złoгами, najprawdopodobniej kamieniami kałowymi. W otrzymanym od Rummelhardta — po upływie kilku dni preparacie operacyjnym znaleziono w świetle wyrostka robaczkowego 3 złoży. Wyrostek miał 5 cm. długości, błona surowicza jego była pokryta włóknikiem i nieco nastrożoną. Obraz rentgenowski wykazywał wyraźnie współśrodkowe uwarstwienie kamieni. Badanie chemiczne wykazało, że kamienie prawie zupełnie rozpuszczają się w chloroformie. Wiadomo od dawna, że większe kamienie żółciowe mogą powodować niedrożność jelit. Większość złoży w wyrostku robaczkowym, uważanych za kamienie żółciowe, okazuje się przy bliższym badaniu kamieniami kałowymi, inkrustowanymi związkami wapniowymi. Tylko w dwóch przypadkach stwierdzono z zupełną pewnością obecność kamieni żółciowych w świetle wyrostka robaczkowego. Prelegent pokazywał swój przypadek ze względu na rzadko stwierdzany rentgenologicznie związek między kamicą żółciową a zapaleniem wyrostka robaczkowego.

Przegląd terapeutyczny.

Z Oddziału Chorób Wewnętrznych Miejskiego Powszechnego Szpitala na Radogoszczu w Łodzi.

(Ordynator: Dr. Aleksander Margolis).

Leczenie nadciśnienia preparatem „Brom-Calcium-Theosan“.

Podał

Dr. Aleksander LICHTENSZTEJN (Łódź).

(Dokończenie — patrz nr 11).

Przyp. I.

Chory J. A. l. 54, skarży się na uporczywe bóle i zawroty głowy, bezsenność, brak łaknienia. Objawy te trwają od 4-let.

St. o b. Budowa o typie pyknicznym. Skóra policzków i karku zaczerwieniona. Dolne granice płuc mało ruchome, nisko ustawione. Odgłos wypukowy jawny, nad dolnymi płatami z odcieniem bębnowym. Drugi ton nad t. główną wzmocniony. Tętno promieniowe i łokciowe twarde, grube, wyczuwalne poza falą tętna, tętnią widocznie. Tętno dobrze wypełnione i silnie napięte, 80 min. Parcie krwi 215/115. Badanie moczu zmian nie wykazuje. Próba wodna i sucha wykazują stosunki prawidłowe.

Bad. chem. krwi: mocznik 45 mg%, wapń 13 mg%, cholesterolina 190 mg%.

Rozpoznanie: *Hypertonia. Arteriosclerosis.*

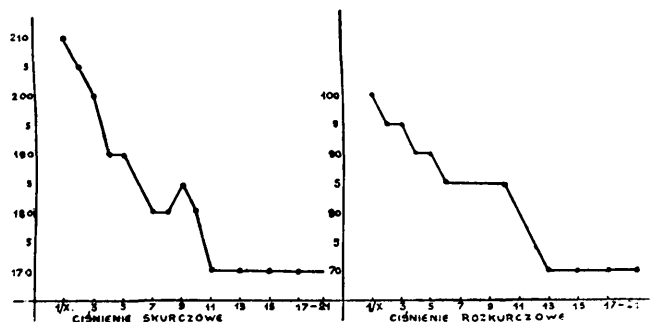
Dn. 7/VI. po czterech dniach pobytu w szpitalu stan podmiotowy bez zmian.

Parcie krwi: 200/110. Podano Brom-calcium-theosan.

Dn. 10/VI. bóle głowy mniejsze. Bezsenność, chory niespokojny. Parcie 180/90.

Dn. 16/VI. Bóle głowy ustąpiły prawie całkowicie. Chory spokojniejszy, sen lepszy. Parcie 175/80.

Dn. 29/VI. Stan dobry. Parcie 170/75.



Ryc. 1.

Przyp. II.

Chory G. S. lat 57, od 7-miu lat choruje. Łatwe męczenie się przy pracy, ataki duszności w dzień i w nocy. Ostatnio stan znacznie się pogorszył, zjawily się obrzęki nóg.

St. o b. Płuca: odgłos wypukowy jawny, w dolnych częściach odcień bębnowy, szmer pęcherzykowy osłabiony, liczne świsty, furczenia, w dolnych częściach rzęzenia wilgotne. Serce: lewa granica przesunięta o dwa palce w lewo od linii śród.-obojcz., prawa o palec w prawo od prawej linii mostkowej. Pień aorty szeroki na 3 palce. Tętno głucho. Tętno 72/min. Parcie krwi 200/100. Badanie moczu zmian nie wykazuje.

Rozpoznanie: *Asthma bronchiale. Myodegeneratio cordis.*

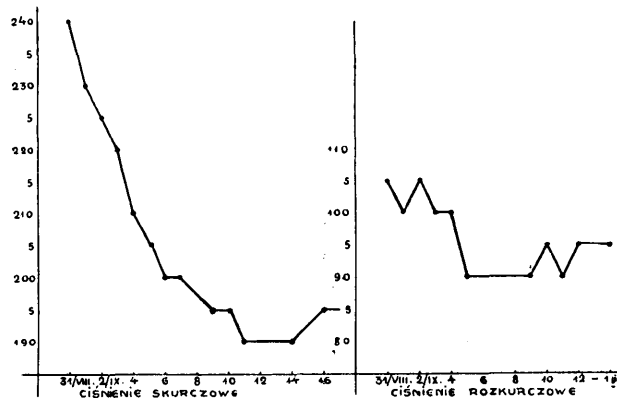
Hypertonia. Chory otrzymywał różne środki, jak: Euphylina, Strophantyna i in. Ataki duszności przerywała jedynie na krótko Asthmolizyna.

Cięśnienie skurczowe uległo w ciągu 6-ciu tygodni jedynie nieznaczniejszemu obniżeniu, rozkurczowe wzrosło.

Dn. 26/VIII chory otrzymał Brom-calcium-theosan. Parcie 190/110.

Dn. 29/VIII. Duszność występuje w dalszym ciągu. Chory spokojniejszy. Parcie 175/105.

Dn. 2/IX. Samopoczucie lepsze. Napady duszności rzadsze. Parcie 165/85.



Ryc. 2.

Przyp. III.

Chory L. R. Od trzech lat choruje na stawy. Przed 6-tyg. wystąpiły silne bóle w stawach skokowych, kolanowych, nadgarstkowych i palcowych. Poza tym uskarża się na bóle i kołatanie w okolicy serca.

Miewa bóle i zawroty głowy.

St. o b.: Zniekształcenie i bolesność stawów kończyn dolnych. Lewa granica serca — linia środkowo-obojęczykowa, prawa — prawy brzeg mostka, nad koniuszkiem szmer skurczowy. Tętno silnie napięte i wypełnione. Parcie krwi 220/130. Wątroba wystaje na 3 palce spod łuku żebrowego. Kwas moczowy we krwi przy diecie bezpurynowej: 94 mg%.

Rozpoznanie: *Arthritis urica. Myodegeneratio cordis.*

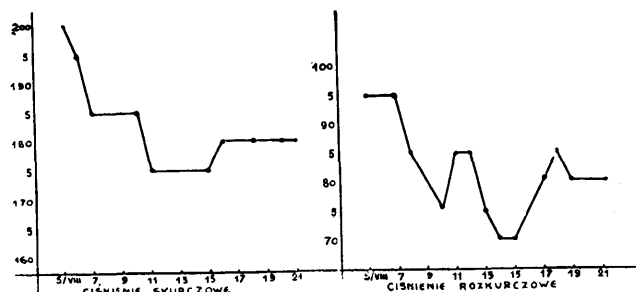
Hypertonia.

Po kilku dniach pobytu w szpitalu ciśnienie spadło do 215/105 i na tym poziomie ustaliło się. W tym momencie (26/VIII) rozpoczęliśmy podawanie Brom-calc.-theosan.

Dn. 29/VIII. Bóle głowy, kołatanie i ucisk w okolicy serca ustąpiły. Parcie: 185/85.

Dn. 3/IX. Chory czuje się znacznie lepiej. Parcie: 175/85.

Dn. 8/IX. Sen dobry. Dolegliwości ze strony serca i głowy ustąpiły. Parcie: 165/85.



Ryc. 3.

Przyp. IV.

Chory R. I. l. 57. Od roku miewa zawroty głowy, duszność, pobolewania w okolicy serca, promieniujące do lewej łopatki. Poza tym skarży się na uporczywe zaparcie.

St. o b.: skóra policzków zaczerwieniona. Lewe udo amputowane. Serce: nad koniuszkiem szmer-skurczowy i pierwszy ton kłapiący, nad rzutem zastawki dwudzielnej szmer najgłośniejszy. Widoczne tętnienie tętnic zgięcia łokciowego i promieniowej. Tętno silnie napięte i wypełnione.

Parcie krwi 240/95. Badanie moczu: Bez. zm. Próba sucha i wodna wskazują na całkowitą wydolność czynnościową nerek.

Rtg.: serce niepowiększone, konfiguracja nietypowa dla wad, wierzchołek zaokrąglony. Aorta w granicach normy dla wieku.

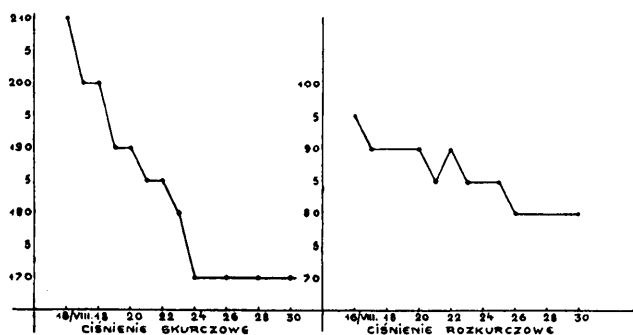
Rozpoznanie: *Insuff. v. mitralis. Hypertonia essentialis.*

Dn. 5/VIII. Chory skarży się na bóle i zawroty głowy.

Parcie 200/95. Podano B. r. C. T. h.

Dn. 11/VIII. Dolegliwości sercowe utrzymują się. Bóle i zawroty głowy ustąpiły. Parcie 175/70.

Dn. 28/VIII. Dolegliwości sercowe ustąpiły. Stan dobry. Parcie: 180/80.



Ryc. 4.

Przyp. V.

Chory I. K. 1. 52. Od dwóch lat cierpi na tępe bóle i zawroty głowy. Męczy się łatwo, sypia źle, miewa uczucia mrowienia w kończynach górnych.

St. o b.: Typ pykniczny. Skóra policzków zaczerwieniona. Granice serca: prawa na lewej linii mostkowej, lewa na linii środk.-o-bojcz.

Tętno 88/min. dobrze wypełnione i silnie napięte. Tętnienie tętnic zgięcia łokciowego i skroniowych.

Parcie 230/110. Mocz bez zmian. Próba sucha i wodna wykazują stosunki prawidłowe. Mocznik we krwi 38 mg%.

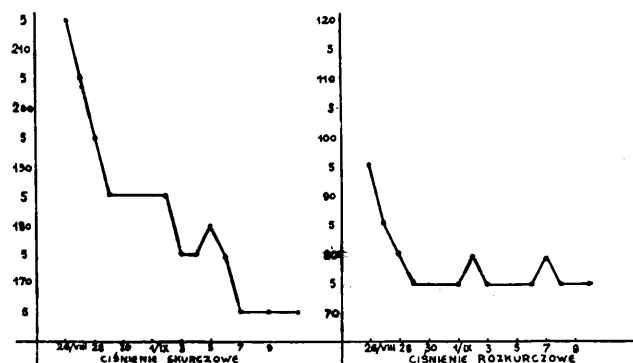
Rozpoznanie: *Hypertonia essentialis.*

Dn. 16/VIII. Po pięciu dniach pobytu w łóżku na diecie mlecznej parcie 210/100. Podano B. r. C. T. h.

Dn. 21/VIII. Dolegliwości mniejsze. Sen lepszy. Parcie 190/90.

Dn. 27/VIII. Stan dobry. Parcie 170/80.

Dn. 1/IX. Chory w stanie dobrym wypisuje się ze szpitala. Parcie 180/80.



Ryc. 5.

Przyp. VI.

Chory L. G. 1. 64. Podaje, że od 8-miu lat miewa silne bóle i zawroty głowy, wzdęcia, odbijania, brak apetytu. Od czterech lat odczuwa bicie serca, ucisk w okolicy serca, zmęczenie podczas chodzenia. Ostatnio zauważył obrzęki koło kostek. Od dawna cierpi na bezsenność.

Stan o b.: Budowa silna. Płuca: odgłos wypukowy jaw-

ny z odcieniem bębnowym. Szmer pęcherzykowy osłabiony — w dolnych częściach pojedyncze wilgotne rżenia. Lewa granica serca: 1 palec na zewnątrz od linii środ.-o-bojcz., prawa — prawa linia mostkowa. Tętno głucho. Tętno 96/min. silnie napięte. Tętnice promieniowa i zgięcia łokciowego wyczuwalne w postaci twardych powrózków poza falą tętna. Parcie 260/115.

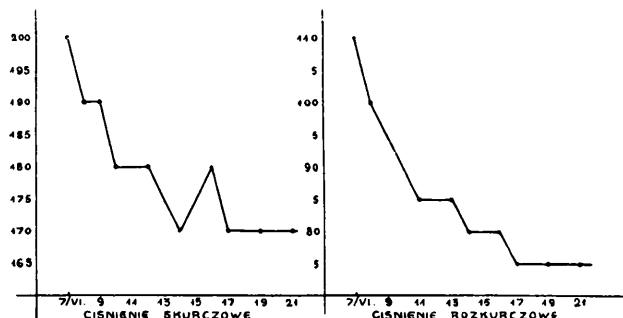
Rozpoznanie: *Arteriosclerosis. Hypertonia.*

Dn. 30/VIII. Po trzech dniach spokoju parcie 250/110. Podano B. r. C. T. h.

Dn. 1/IX. Bóle i zawroty głowy ustąpiły prawie całkowicie. Parcie 230/100.

Dn. 6/IX. Stan podmiotowy lepszy. Parcie 200/90.

Dn. 15/IX. Chory wypisuje się w stanie dobrym. Parcie 195/95.



Ryc. 6.

Przyp. VII.

Chora G. T. 1. 49. Od roku miewa bóle głowy, nagłe uczucia gorąca. Ogólny niepokój. Lekki ucisk w okolicy serca, brak łaknienia, łatwe męczenie się. Od pół roku straciła miesiączkę.

St. o b.: Typ asteniczny. W płucach bez zmian. Serce: tony czyste. W moczu: śl. białka, pojedyncze leukocyty w polu widzenia. Próba wodna i sucha wykazuje stosunki prawidłowe.

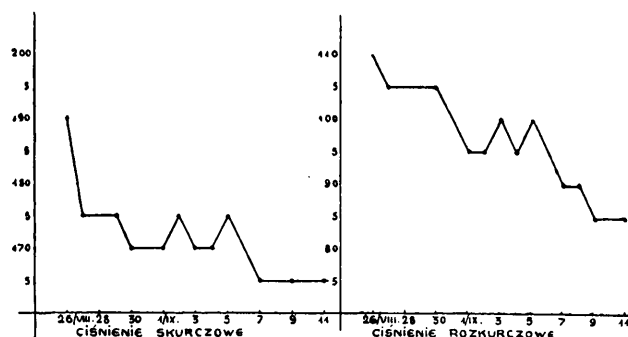
Rozpoznanie: *Climacterium. Hypertonia.*

Dn. 1/X. Parcie: 210/110. Podano B. r. C. T. h.

Dn. 5/X. Bóle głowy i ogólny niepokój ustąpiły. Parcie: 190/90.

Dn. 10/X. Ogólne samopoczucie lepsze. Poprawa łaknienia. Ucisk w okolicy serca zjawia się rzadziej. Parcie: 180/85.

Dn. 17/X. Poprawa utrzymuje się w dalszym ciągu. Parcie: 170/70.



Ryc. 7.

W wyniku stosowania Brom-calcium-theosanu otrzymywaliśmy stale obniżenia ciśnienia skurczowego i rozkurczowego. Skurczowe spadało o 20—45 mm Hg., rozkurczowe o 10—35 mm. Hg.; przeciętnie skurczowe o 35 — rozkurczowe o 23 mm Hg. Spadek był stopniowy, co należy zapisać jako zaletę preparatu, gdyż liczni autorowie przestrzegają przed zbyt znacznym i gwałtownym obniżaniem ciśnienia, jako przykrym subiektywnie i szkodliwym efektywnie. Spadkowi ciśnienia towarzyszyło ustąpienie dolegliwości, przede wszystkim bezsenności, bólu i zawrotu głowy, ucisku w okolicy

serca. W żadnym z obserwowanych przypadków nie zauważono objawów ubocznych, co w zestawieniu z licznymi przypadkami rodanizmu i jodzicy przemawia na korzyść Brom-calcium-theosan, jako środka, nadającego się do stosowania à la longue (w dwóch przypadkach chorzy żczywali Brom-calcium-theosan w domu do 6-ciu tyg.).

W pracy niniejszej zwrócićmy uwagę na wpływ Brom-calcium-theosan na nadciśnienie. Wpływ tegoż preparatu na diurezę, bóle dusznicowe, dychawicę sercową i. i. jest przedmiotem dalszych badań.

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Sprawozdanie z działalności I-ej Poradni Świadomego Macierzyństwa za rok 1937.

W siódmym roku swego istnienia I-sza Poradnia Świadomego Macierzyństwa imienia dr. med. J. Budzińskiej-Tylickiej, założona przez Robotnicze Towarzystwo, mieści się w lokalu przy ul. Leszno Nr 23 m. 3. (Czynna: wtorki, czwartki, soboty od 9 do 12 w poł., a oprócz tego codziennie od 5 do 8 wiecz.). W styczniu T-wo uruchomiło „dział higieny kobiecej“, gdzie pacjentki przyjmowane są bezpłatnie. Działalność tych placówek ma doniosłe znaczenie w walce ze sztucznymi poronieniami, z wielką śmiertelnością dzieci, nędzą proletariatu i inteligencji pracującej.

I. Ewidencja pacjentek.

Za okres sprawozdawczy, t. j. od 2/I do 31/XII 1937 roku, przyjęto 2884 kobiety, a mianowicie:

- 1) Nowoprzyjętych kobiet było 955
- 2) Badań lekarskich powtórnych 1379
- 3) Udzielono lekarskich porad ustnych . . . 166
- 4) Przyjęto w dziale higieny kobiecej . . . 384

Odmówiono przyjęcia z powodu żądania przerwania ciąży 213 kobietom. Powoli społeczeństwo uświadamia sobie, że zadaniem poradni jest wyłącznie zapobieganie zająci w ciążę, a nie przerywanie już poczętej ciąży. Takie ogłoszenia wiszą w poczekalni i gabinecie lekarskim, a ulotki nasze zwalczają zdecydowanie sztuczne poronienia przez propagowanie dla kobiet pewnych i nieszkodliwych środków ochronnych.

Niżej podana szczegółowa statystyka obejmuje tylko nowozgłoszone w roku sprawozdawczym — 955 pacjentek, w czym przyjezdnych z różnych miejscowości Polski było kobiet 183.

II. Wiek pacjentek.

Do 29 lat przyjęto . . . 656 kobiet, co stanowi 68,5%
 Od 30 do 40 lat . . . 257 „ „ 27,0%
 Powyżej 40 lat . . . 42 „ „ 4,0%

III. Statystyka poronień sztucznych, dokonanych przez nasze pacjentki.

Na 955 nowoprzyjętych pacjentek 324 przyznały się, że poddały się sztucznym poronieniom, co stanowi 34,0% nowoprzyjętych. W roku 1936 stosunek ten wynosił 37,0% nowoprzyjętych, a w roku 1935 wynosił 42,5%, a więc z każdym rokiem stosunek sztucznych poronień kobiet, zgłaszających się do Poradni, zmniejsza

PIŚMIENICTWO.

Bergmann: Blutdruckkrankheit, Neue Deutsche Klinik II. str. 103, r. 1928. Fahr: Ursachen und Folgen des Hochdrucks vom Standpunkt der Morphologie, Med. Klin. 1937, str. 1189. Higier: W sprawie patolog. i terapii hipertonii, Warsz. Czas. Lek. r. 1931, str. 1109. Jagić-Flaum: Therapie der Herzkrankheiten. Munk: Zur sogenannten „Hochdruckkrankheit“. Med. Klin., str. 1192. Orłowski: Patologia i terapia szczeg. T. I. Pal: Hypertonieproblem in den Kreislauforganen, Wien. klin. Wschr. 1936, str. 78. Risak: Zur Behandlung der Hochdruckkrankheit, Wien. klin. Wschr. r. 1936, str. 340.

się z powodu rozpowszechnienia się wskazań Poradni i większego zrozumienia naszych wysiłków w tej dziedzinie, zwalczania tej starszej plagi, jaką są sztuczne poronienia.

Ogólna liczba dokonanych poronień przez 324 kobiety wynosi 725 przypadków.

Podług wieku.

Do 29 lat dokonało sztucznych poronień . . 184 kobiety
 Od 30 do 40 lat „ „ . . 118 „
 Powyżej 40 lat „ „ . . 22 „

Liczba sztucznych poronień, przypadająca na poszczególne pacjentki, bez względu na ich wiek.

Liczba pacjentek	Liczba poronień przez nie dokonanych	Liczba poronień w sumie ogólnej
170 pacjentek miało po	1	170 poronień
70 „ „	2	140 „
31 „ „	3	93 „
20 „ „	4	80 „
12 „ „	5	60 „
5 „ „	6	30 „
3 „ „	7	21 „
2 „ „	8	16 „
2 „ „	9	18 „
5 „ „	10	50 „
1 „ „	11	11 „
3 „ „	12	36 „

324 kobiety dokonały . . w sumie . . 725 poronień

Zestawienia za ubiegłe lata maksymalnych liczb poronień, do których przyznały się nasze pacjentki, wykazuje zniżkę tego potwornego systemu uciekania przed niepożądaną ciążą, a mianowicie:

w 1932 r. wykaz. statyst. Poradni, że 1 pacj. poddała się 20 sztucz. poron.	
w 1933 r. „ „ „ „ 29 „	
w 1934 r. „ „ „ „ 18 „	
w 1935 r. „ „ „ „ 16 „	
w 1936 r. „ „ „ „ 30 „	
w 1937 r. „ „ „ „ 12 „	

Jedna pacjentka, która przyznała się do dokonania 12 poronień — liczy obecnie 32 lata i rodziła 3 dzieci, a 2 pacjentki były w starszym wieku, i te dokonały po 12 poronień.

IV. Liczba urodzeń i śmiertelność dzieci naszych pacjentek.

Wiek matek	Liczba urodzeń	Liczba zgonów	% śmiertelności
Do 29 lat	231	33	14%
Od 30 do 40	355	55	15,5%
Powyżej 40 lat	87	13	15,0%

Na 675 urodzeń było 101 zgonów, co stanowi 15% śmiertelności. Mniejsza śmiertelność dzieci (14%) młodych matek przemawia za lepszym przygotowaniem młodego pokolenia do obowiązków macierzyństwa i jako dodatni rezultat profilaktycznej działalności Warszawskich Miejskich Ośrodków Zdrowia, co przy większym uświadczeniu w sprawie ograniczenia swego potomstwa daje tak dodatnie rezultaty zdrowotne.

Z wyżej wymienionych młodych matek wyjątkowo — 26-letnia pacjentka rodziła 5 razy, a 29-letnia 6 razy.

Liczebny rozwój narodu, polegający na zmniejszeniu śmiertelności dzieci, a nie na nadmiernej rozroczności, cechuje wszystkie państwa zachodnie.

V. Leczenie bezpłodności.

Poradnia Świadomego Macierzyństwa obejmuje całokształt fizjologicznych i społecznych zadań macierzyństwa. Zajmuje się leczeniem bezpłodności tych kobiet, które pragną mieć potomstwo i w tym celu zgłaszają się do naszej poradni. W roku sprawozdawczym leczyło się na bezpłodność w poradni 83 kobiety — co stanowi 8,5% nowozgłoszonych w 1937 roku.

Podług wieku.

Do 29 lat	42 pacjentki
Od 30 do 40 lat	41 „

VI. Zatrudnienie i praca zarobkowa.

Gospodarstwem domowym	509 kobiet
Pracą zarobkową samodzielnie	324 „
Pracą dodatkowo	122 „

Najwięcej kobiet pracuje zarobkowo do 29 lat; jak wykazuje statystyka, na 324 samodzielnie pracujące przypada 215 kobiet w wieku do 29 lat, które zarabiają na własne utrzymanie lub na swe rodziny.

VII. Warunki mieszkaniowe naszych pacjentek.

W jednoizbowych pomieszczeniach liczba mieszkańców jest następująca:

Po 1 os.	Po 2 os.	Po 3 os.	Po 4 os.	Po 5 os.	Po 6 os.	Po 7 os.	Po 8 os.	Po 9 os.	Po 10 os.	Po 11 os.
10	144	42	35	24	5	3	1	1	1	—

W dwuizbowych pomieszczeniach:

Po 1 os.	Po 2 os.	Po 3 os.	Po 4 os.	Po 5 os.	Po 6 os.	Po 7 os.	Po 8 os.	Po 9 os.	Po 10 os.	Po 11 os.
2	59	46	41	16	13	5	1	2	—	11

W jednoizbowych mieszka pacjentek	266
W dwuizbowych „ „	186
Sublokatorek „ „	315
W suterynie „ „	1

w sumie 768 pacj. nowoprzyjętych.

A więc 80% naszych pacjentek mieści się w bardzo złych warunkach mieszkaniowych, w których przeludnienie dochodzi do 10 osób na jedną izbę, lecz gorsze są warunki sublokatorek.

Poradnia Świadomego Macierzyństwa dociera w miarę możliwości do proletariatu, ale pragnęlibyśmy objąć naszą działalnością szersze kręgi nędzy w odpowiednich środowiskach, i dlatego został uruchomiony „dział higieny kobiecej“ przy poradni, gdzie kobiety bezrobotne otrzymują porady i leczenie bezpłatnie.

VIII. Propaganda.

Propaganda R. T. S. S. dociera do mieszkań szerokich warstw ludności i przekonała kobiety pracujące i ubogie matki, że trzeba ograniczać liczbę swego potomstwa za pomocą nieszkodliwych i pewnych środków ochronnych, a nie poronieniami, niszczącymi ich zdrowie.

Trzeba jednak im to ciągle przypominać za pomocą ulotek — których w roku 1937 wydaliśmy 10 tysięcy — ulotki zostały rozdane po organizacjach, fabrykach, i taką ulotkę otrzymują kobiety, zgłaszające się do poradni Świadomego Macierzyństwa po informacje i różne zapytania. Poza tą akcją dajemy ogłoszenia w gazetach, lecz, niestety, z braku odpowiednich funduszy nie możemy korzystać z różnych czasopism, ponieważ ogłoszenia są bardzo drogie.

Do dyspozycji mamy tylko prasę robotniczą, która rozumie cel naszych wysiłków i daje nam ogłoszenia i wzianki bezpłatnie. Sama nasza propaganda nie daje zadowalających wyników, bo tylko mały procent lekarzy popiera usiłowania poradni. Nawet ci lekarze, którzy mają bezpośredni kontakt ze zdrowiem matek i nadmiernym przyrostem wątpliwego potomstwa — (rozpowszechnienie gruźlicy i chorób serca) — i w tych przypadkach rzadko stosują środki zapobiegawcze i nie kierują do poradni kobiet. W celu zapoznania się z metodami i środkami ochronnymi zgłosiło się do poradni w roku sprawozdawczym 12 lekarzy z różnych miast i 3 wycieczki studentów z Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego.

IX. Środki materialne.

Musimy stwierdzić z ubolewaniem, że w stosunku do potrzeb regulacji urodzeń i zdrowotnych ubogich warstw stolicy poradnia świadomego macierzyństwa rozporządza zbyt małymi środkami materialnymi, by mogła udzielać bezpłatnych porad i środków ochronnych wszystkim zgłaszającym się kobietom bezrobotnym i bezdomnym.

W roku sprawozdawczym poradnia świadomego macierzyństwa przyjęła 154 pacjentki, podlegające Miejskiemu Wydziałowi Opieki Społecznej, jak Miejskie Ośrodki Zdrowia, T-wo Przeciwgruźlicze, Kropla Mleka i t. p. i udzieliła poradni tym pacjentkom bezpłatnie badań lekarskich i lekarstw, a oprócz tego 156 pacjentek otrzymało bezpłatnie wskazówki i porady lekarskie.

Naturalnie, nie wchodzi tu w rachubę udzielane porady i różne informacje przez sekretariat poradni, który udziela ich chętnie i bezinteresownie. Jeżeli doliczymy do ogólnej liczby udzielone porady i badania przez lekarzy w dziale higieny kobiecej w ciągu roku 1937, które wynoszą 384 porady, to poradnia udziela przeszło 24,5% porad pacjentkom bezpłatnie.

W roku sprawozdawczym otrzymaliśmy na prowadzenie poradni świadomego macierzyństwa 500 złotych subwencji. Suma ta nie pozwala na rozwinięcie szerszej akcji wśród mas ludności najbiedniejszej, a potrzebującej jak największej pomocy. W interesie Opieki Społecznej jest popieranie naszej akcji ze względów społecznych i gospodarczych.

Wiadomości bieżące.

— W dniu 6 b. m. odbyła się w Naczelnej Izbie Lekarskiej konferencja przedstawicieli wszystkich Izb Lekarskich Okręgowych, poświęcona sprawom bytu lekarzy. Dla opracowania zagadnień, z tą sprawą związanych, powstały ostatnio we wszystkich Izbach osobne Komisje bytu, które mają koordynować dalszą swą pracę z Główną Komisją bytu, która ma powstać przy Naczelnej Izbie Lekarskiej.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości o następujących nagrodach i zapomogach stypendialnych, którymi rozporządza w r. 1938-ym. 1. Fundusz zapomogowo-stypendialny im. Marii i Jana Giellerów. Zapomoga w wysokości Zł. 3.000.—, dla lekarzy polaków, wyznania rzym.-katolickiego, pracujących naukowo w szpitalach warszawskich. Przy równych kwalifikacjach zarządzający pracownią diagnostyczną mają pierwszeństwo do największej zapomogi. Zapomoga może być przyznana i poza zgłaszającymi się do konkursu. Termin składania podań upływa z dniem 1 kwietnia 1938 r. 2. Nagroda im. Dra Józefa Babińskiego. Nagroda w wysokości Zł. 1.000.— przeznaczona dla młodych pracowników naukowych za najlepszą pracę z neurofizjologii, bądź z anatomii i histologii prawidłowej lub patologicznej układu nerwowego, bądź za pracę kliniczno-doświadczalną, a wyjątkowo tylko za pracę czysto kliniczną. Praca może być ogłoszona w języku polskim lub obcym, byleby była wykonana w pracowni na terenie Państwa Polskiego. Praca powinna być przedstawiona w rękopisie lub też w druku o ile jej ogłoszenie nastąpiło w ciągu ostatnich dwóch lat i praca ta nie była dotąd nagrodzona. Termin złożenia pracy wraz z życiorysem upływa z dniem 1 kwietnia 1938 roku. Podania wraz z załącznikami należy składać na ręce Sekretarza Stałego do Kancelarii Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Alberta I, Króla Belgów Nr 7) do dnia 1 kwietnia 1938 roku. Życiorys do wszystkich podań nie powinien przekraczać 1 strony maszynopisu.

— Kursy uzupełniające dla lekarzy przy wydziale lekarskim U. S. B. w Wilnie odbędą się w czasie od 20 — 30 kwietnia 1938 r. Program wykładów. Prof. Abramowicz: Błędy rozpoznawcze w chorobach przedniego odcinka oka 1 godz. Dr. Biełozzabski: Leczenie nowotworów złośliwych energią promienistą i jego wskazania 2 godz. Prof. Bujak: Leczenie zaburzeń odżywiania niemowląt 2 godz. Doc. Czarnecki: Limfa i środki limfopędne 2 godz. Prof. Eiger: a) Podstawy elektrokardiografii 2 godz. b) Hormony płciowe 1 godz. Dr. Gerlée: Wybrane przypadki kliniczne 1 godz. Doc. Hurynowiczówna: Guzy mózgu i współczesne metody ich rozpoznawania 2 godz. Prof. Jakowicki: Wybrane działy z zakresu położnictwa i ginekologii 6 godz. Prof. Januszkiewicz: a) Teoria i praktyka cukrzycy 4 godz. b) Dur brzuszny 2 godz. c) Zawał mięśnia sercowego 2 godz. d) Nadciś-

Dział higieny kobiecej.

W styczniu 1937 roku R. T. S. S. otworzyło przy poradni świadomego macierzyństwa — „Dział higieny kobiecej“. — Godziny przyjęć przez lekarzy te same, co w poradni, gdzie są przyjmowane kobiety bezrobotne i ubogie bezpłatnie. W ciągu roku sprawozdawczego lekarze udzielili badań i porad 384.

Kobiety z działu higieny kobiecej miały 301 dzieci, z których zmarło 60, — to znaczy 20% śmiertelności, i ten duży procent śmiertelności wykazuje, w jak ciężkich warunkach znajduje się ludność bezrobotna i uboga.

Na prowadzenie „Działu higieny kobiecej“ Towarzystwo otrzymało subwencji 2 tysiące złotych.

nienie tętnicze 2 godz. Dr. Januszkiewicz: Radiologia lekarska 10 godz. Dr. Klukowski: Technika leczenia gruźlicy płuc odną sztuczną 4 godz. Dr. Kołaczyński: O grupach krwi 4 godz. Doc. Kruszyński: Zastosowanie cytologii współczesnej w medycynie (hodowla tkanek) 2 godz. Dr. Kucharski: Promienie graniczne w leczeniu chorób skórnych 1 godz. Dr. Kwiesielewicz: Znaczenie badań serologicznych dla rozpoznania i leczenia kiły 1 godz. Dr. Łobza: Klinika choroby Banga 1 godz. Doc. Mahrburg: a) O wpływie warunków bytu doby obecnej na powstanie nowotworów 1 godz. b) Pokazy preparatów wybranych przypadków sekcyjnych 1 godz. Dr. Markiewicz: Rozpoznanie, przebieg i leczenie jaglicy 1 godz. Doc. Marynowska: Surowice i szczepionki 2 godz. Prof. Michajda: Klinika chirurgiczna (wykłady i ćwiczenia ze szczególnym uwzględnieniem diagnostyki i wskazań) 18 godz. Doc. Mienicki: Etiologia i współczesne leczenie niektórych schorzeń skóry (z demonstracjami) 3 godz. Prof. Mozołowski: a) Zasady dietytyki społecznej w oparciu o uchwały Komitetu Ligi Narodów 2 godz. b) Hormony płciowe 2 godz. Prof. Muszyński: Leki roślinne 2 godz. Prof. Pawlas: Nowoczesne leczenie rzeżączki 2 godz. Prof. Pelczar: Nowe poglądy na gościec i jego leczenie 1 godz. Dr. Puchowski: Sekcja zwłok i protokół sekcyjny 3 godz. Dr. Rodziewiczowa: Postępy w dziedzinie higieny żywienia 2 godz. Dr. Rył-Nardzewski: a) Lecznictwo kiły (z pokazami) 3 godz. b) Społeczne znaczenie walki z chorobami wenerycznymi 1 godz. Doc. Zaleski: a) Prowadzenie przychodni dla ciężarnych 2 godz. b) Ćwiczenia w operacjach położniczych 4 godz. Internat położniczo-ginekologiczny 10 dniowy dla 4 uczestników (opłata dodatkowa za mieszkanie i utrzymanie 40 zł.). Opłata za kurs wynosi 25 zł. Zgłoszenia przyjmuje Dr. E. Gerlée, Klinika Chorób Dziecięcych U. S. B. Wilno, Antokół (Szpital Wojskowy).

— Zarząd Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego został ukonstytuowany na rok 1938 w następującym składzie: Prezes — Dr. Bronisław Frenkiel. Wiceprezesa — Dr. Aleksander Margolis i Dr. Henryk Rueger. Sekretarze — Dr. Matylda Tomaszewska i Dr. Adam Szymon Tenenbaum. Skarbnik — Dr. Bronisław Knichowiecki. Bibliotekarze — Dr. Jan Żurkowski i Dr. Mieczysław Kocen.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

22.III. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Edward Borkowski. Ziarniak grzybiasty (Mycosis fungoides). 2. Jerzy Rutkowski. Pokaz filmów operacyjnych (operacja wyrostka robaczkowego, raka sutka, przeszczepienie przysadki i odnerwienie tętnicy udowej). 3. Prof. Franciszek Walter. Bódcowe leczenie kiły. 4. Henryk Ejnchorn. Badania nad zawartością glutationu we krwi w gruźlicy płuc.

22.III. Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

- 1) M. Fejgin, Morgensternowa, Rosenberg:
1) Przypadek opanowania uporczywej niedomogi krążenia. 2) S. Rawicz: Na marginesie przypadku uporczywej pokrzywki.
3) M. Płoński: Współczesne poglądy na nowotwory złośliwe.

23.III. Polskie Tow. Psychiatryczne.**Oddział Warszawski.**

1. E. Herman i D. Wdowiński — Ostra psychoza majaczeniowa w przebiegu guza kąta mostowo-mózdkowego.
2. F. Kaczanowski — Cztery przypadki sądowe zaburzeń psychicznych w stwardnieniu rozsianym (odczyt z pokazem).

Résumé des articles originaux.**L. JUSTMAN. Contribution à la diététique générale.**

En prescrivant un régime il faut prendre en considération en premier lieu les besoins de l'organisme entier et ensuite les indications qui relèvent d'une affection d'un système déterminé ou d'un organe. Une étude plus approfondie du problème d'alimentation de l'organisme est pour nous à l'heure actuelle impossible, vu que les procès digestifs se passent dans un milieu colloïdal qui est loin d'être connu et qui constitue l'essentiel de notre économie. Par conséquent ce n'est que très approximativement que nous pouvons tirer des conclusions en matière des besoins de l'organisme, en se basant sur les changements du poids et l'état général du sujet. Différentes voies peuvent nous mener à l'amélioration de l'état d'un organe, nous devons donc choisir celle qui est la plus opportune de point de vue de l'organisme entier. Il faut tenir compte de particularités constitutionnelles du sujet et de son psychisme: tout ce qui agit favorablement sur l'état psychique du malade constitue un agent thérapeutique puissant. Ce stimulant est représenté par l'appétit: il faut tenir compte du goût individuel du malade et veiller à la préparation esthétique est appétissante de la nourriture. A. P.

J. FLAKS et A. BER. Recherches sur le mécanisme de la suppression de la réaction d'hormone gonadotrope par un néoplasme croissant.

Les auteurs ont constaté, que les souris impubères greffées

par le sarcome d'Ehrlich, cessent de réagir à l'hormone gonadotrope, lorsque le rapport $\frac{\text{poids tumeur}}{\text{poids corps}}$ s'élève à 1:5. L'analyse

a montré, que la cause de ce phénomène ne dépend pas de l'inactivation ni de l'absorption de l'hormone par la tumeur, mais bien de l'intoxication du jeune ovaire par des substances sécrétées ou causées par la tumeur.

Benedykt GLASS. Un cas de kyste aérien du poumon chez un tuberculeux.

L'examen radiologique d'un malade de 54 ans révèle des lésions tuberculeuses bilatérales avec une caverne géante du lobe supérieur droit. Mais le manque total du dessin pulmonaire à l'intérieur de la caverne et de ses parois fait penser au pneumothorax spontané partiel ou au kyste aérien. Puisque le moignon pulmonaire n'est pas visible et il n'y a pas de limite nette entre le parenchyme pulmonaire et l'image cavitaire, le diagnostic d'un kyste aérien congénital est le plus probable.

A. LICHTENSZTEJN. Le traitement de l'hypertension par le „Brom-Calcium-Theosan“.

Dans la spécialité Bromcalciumtheosan (théobromine-calcium-bromatum) on est arrivé pour la première fois d'unir le calcium et la théobromine dans un composé organique avec le brom. Dans sept cas d'hypertension, dans lesquelles les analyses des urines n'ont rien montré et les épreuves fonctionnelles des reins ont prouvé leur fonctionnement normal, on a prescrit le Bromcalciumtheosan à dose de 0,4 — 3 à 4 fois par jour. Comme résultats on a toujours obtenu une diminution constante de la tension systolique et diastolique. La tension systolique a été diminuée de 20 à 45 mm Hg, et la tension diastolique de 10 à 35 mm Hg; en moyenne la tension max. de 35, min. de 23 mm Hg. La chute de la tension artérielle par le traitement par le Bromcalciumtheosan s'accompagne de la cession des malaises, surtout de l'insomnie, de douleurs, de vertiges et d'oppression cardiaque.

Dispensaire de la maternité consciente.

C'est un rapport du dispensaire de la maternité consciente. On y donne des conseils aux femmes aussi bien dans les cas de stérilité, que dans toutes les circonstances où la prévention de la grossesse s'impose. A ce point de vue on peut le considérer comme un centre de la lutte contre les avortements.

TREŚĆ: L. JUSTMAN. Przyczynki do dietytyki ogólnej. — J. FLAKS i A. BER. Badania nad mechanizmem zniesienia reakcji hormonu gonadotropowego przez rosnący nowotwór. — B. GLASS. Przypadek torbieli powietrznej płuc u chorego na gruźlicę płuc. — M. NEUMAN. Schorzenia tętnic w cukrzycy (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — A. LICHTENSZTEJN. Leczenie nadciśnienia preparatem „Brom-Calcium-Theosan“. (Dok.) — Sprawozdanie z działalności I-ej Poradni Świadomego Macierzyństwa za rok 1937 — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: L. JUSTMAN. Contribution à la diététique générale. — J. FLAKS et A. BER. Recherches sur le mécanisme de la suppression de la réaction d'hormone gonadotrope par un néoplasme croissant. — B. GLASS. Un cas de kyste aérien du poumon chez un tuberculeux. — A. NEUMAN. Maladies des artères chez les diabétiques (Rev. gén.) — A. LICHTENSZTEJN. Traitement de l'hypertension par le „Brom-Calcium - Théosan“ (fin.). — Rapport sur l'activité du Dispensaire de la Maternité consciente.

Następny numer ukaże się dnia 7 kwietnia b. r.

Cennik ogłoszeń Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego:

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

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

Załączenie do całego nakładu wkładki reklamowej do wagi 20 gr. zł. 150.—