

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

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

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

Rok XV

WARSZAWA, 28 KWIEŃNIA 1938 R.

Nr. 16

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Z Oddziału Wewnętrznego Miejskiego Szpitala Żydowskiego
w Białymstoku.

(Ordynator: Lekarz Naczelny Szpitala A. W. Kapłan).

O zespołach wątrobowo-nerkowych (hepatonephritis) *)

Podali

A. W. KAPŁAN, W. FRYSZMAN, J. KRAMARZ i L. HELLER
(Białystok).

Pod zespołem wątrobowo-nerkowym (z. w.-n.) rozumiemy jednocześnie schorzenie wątroby i nerek. Zespół ten spotykamy w klinice bardzo często, właściwie w każdej ciężkiej chorobie, zwłaszcza infekcji. Mówimy jednak o z. w.-n., jako o odrębnym zespole wtedy, gdy wysuwa się on na plan pierwszy lub gdy zmiany dotyczą wyłącznie wspomnianych narządów.

Współistniejące zajęcie wątroby w cierpieniach nerek i odwrotnie jest zrozumiałe ze względu na miąższowy charakter obu narządów, ich rolę w przemianie i ściślejsze ząębienie się ich czynności.

Tak obserwujemy w przebiegu żółtaczki niejednokrotnie zaburzenia przemiany wodnej i białkomoc, w zapaleniach nerek przemijającą żółtaczkę lub urobilinogenuurię. W przebiegu infekcji, jak np. pneumonii, spotykamy większe lub mniejsze zajęcie obu narządów. Czynniki infekcyjne lub toksyczne poraża tu jednocześnie zarówno wątrobę, jak i nerki, będące głównymi drogami wydalającymi i odtruającymi organizmu. Również na autopsjach chorych nerkowych stwierdzano nieraz wybitniejsze zmiany ze strony wątroby i odwrotnie.

Stosunki te znane były oddawna. Weil i Dieulafoy i inni opisali swoje przypadki jeszcze przed wojną, a Richardièr/e już w 1890 r. zaproponował dla tego rodzaju zespołów nazwę *hepatonephritis*. Dopiero jednak podczas wojny światowej zwrócono na te przypadki większą uwagę, gdy obserwowano liczne przypadki zapalenia nerek z żółtaczką, i udało się ze krwi chorych wyhodować zarazek identyczny ze spirochetą, wyhodowaną przez Inada i Ido, i powodujący ciężką infekcyjną żółtaczkę. Zwrócono uwagę na częstość zespołu i częstą niewspółmierność kliniki i nikłych zmian anatomicznych.

Przypadki te przebiegają zazwyczaj ciężko: ujmowano je jako jednostki samoistne, spowodowane swoi-

stym zarazkiem. W latach po wojnie i później w piśmiennictwie francuskim a także i naszym opisano jednak szereg podobnych przypadków, występujących pod wpływem rozmaitych czynników infekcyjnych, jak dur, paratur, coli, róża, angina i t. p., lub toksycznych (np. po zatruciu apiolem, ciąża i t. p.). Z. w.-n. nie jest więc zespołem, spowodowanym czynnikiem tylko swoistym, lecz może być wywołany przez najrozmaitsze czynniki zewnętrzne.

Z drugiej strony, spirochetoza jest posocznica, aczkolwiek zlokalizowaną w wątrobie i nerkach, lecz ogarniającą jednocześnie i inne narządy. Łączy to spirochetozę z innymi posocznicami, wtórnie zajmującymi wątrobę i nerki. Z. w.-n. jest więc zespołem klinicznym bez stałych cech anatomicznych o rozmaitej etiologii.

Również i w naszym oddziale w ciągu ostatnich 4 lat mieliśmy możność obserwować obok lepszych postaci szereg cięższych typowych przypadków z. w.-n.

Przypadki te nie były spirochetozą, niemniej jednak były bardzo ciężkie i niczym nie różniły się w przebiegu od opisanych klasycznych przypadków, spowodowanych tym zarazkiem. Większość naszych przypadków była w związku z kamicią żółciową lub w jej następstwie. Dwa przypadki mieliśmy możność obserwować w następstwie operacji na drogach żółciowych. Poza tym obserwowaliśmy dwa przypadki w przebiegu płucowego zapalenia płuc i trzy przypadki innego pochodzenia, zakończone śmiercią, a mianowicie: jeden przypadek w związku z zakażeniem pałeczką Friedlaendera, jeden jako zejście ciężkiej posocznicy niewiadomego pochodzenia i jeden na skutek zatrucia pokarmowego (Gertner? paratur?).

Podajemy je celem zwrócenia uwagi na częstość tego zespołu, zwłaszcza w przebiegu kamicy żółciowej i u nas, na konieczność dokładniejszej analizy tych przypadków i ze względu na osiągnięty wynik leczniczy.

Jeszcze pod jednym względem zespół wątrobowo-nerkowy zasługuje na uwagę.

Nowsze badania nad przemianą mocznika, chlorków i równowagą zasadowo-kwasową ułatwiły zrozumienie wzajemnych stosunków zespołu wątrobowo-nerkowego, pogłębiły zagadnienie i pozwoliły nam sprawę ująć z szerszego punktu widzenia. Wiadomo, że obserwowane po zabiegach operacyjnych pogorszenie się ogólnego stanu, a nawet zejście śmiertelne spowodowane bywa często nie niedomogą krążenia, lecz zaburzeniami

*) Wygłoszone na Zjeździe Przyrodników i Lekarzy Polskich we Lwowie w lipcu 1937.

przemiany. Stwierdzone w tych stanach pooperacyjnych zaburzenia humoralne są identyczne z zaburzeniami humoralnymi zespołu wątrobowo-nerkowego i wymagają jednakowego postępowania leczniczego.

Tłumaczy się to w ten sposób, że obserwowany po zabiegach operacyjnych w ogóle, a zwłaszcza po zabiegach na drogach żółciowych, toksyczny rozpad białka i wynikająca stąd polipeptydemia lub aminaemia w sensie *Loopera* i jego współpracowników prowadzi do większego lub mniejszego uszkodzenia miąższu wątrobowego. Wątroba nie jest w stanie podołać swemu zadaniu, jako narząd odtruwający. Rolę jej przejmują częściowo nerka: musi ona wtedy obok zwykłych jadów, fizjologicznie krążących w ustroju, wydaląć także jady, nie zubożone przez wątrobę lub nawet wytwarzane przez samą chorą wątrobę. Łatwo dochodzi wtedy do jej niedomogi.

* * *

Przechodząc do symptomatologii musimy zaznaczyć, że zespół wątrobowo-nerkowy nie jest zwykłym nawarstwieniem objawów wątrobowych do zapalenia nerek lub odwrotnie. Symptomatologia z. w.-n. w ciężkich postaciach jest typowa. W innych, zwłaszcza poronnych przypadkach może być mało objawów nerkowych lub wątrobowych, np. tylko objawy moczowe ze strony nerek lub dyskretne żółtce. W infekcyjnych przypadkach początek bywa nagły z dreszczami, T° dochodzi do 40° , w toksycznych chorobach może rozwinąć się powoli z wymiotami, bólami brzucha, podwyższeniem temperatury. Od razu dołączają się objawy ze strony wątroby i nerek.

Żółtaczka jest więcej lub mniej zaznaczona. We krwi znaczna bilirubinemia (nie przekraczająca jednak zazwyczaj 20 j. v. d. B.), obniżająca się w miarę polepszenia stanu. W ciężkich przypadkach obserwowaliśmy kilka razy i w przypadkach pogorszenia zmniejszenie się poziomu bilirubiny we krwi, co łączyliśmy z mniejszym wytwarzaniem barwników żółciowych przez zanikającą wątrobę.

Mocz zawiera dużo barwników żółciowych; nieraz może jednak zawierać ich mało przy wysokim progu nerkowym lub mniejszej wydolności nerek.

W miarę poprawy zmniejsza się i znika z moczu bilirubina, zjawia się natomiast w większej ilości urobilinogen. Jest to objaw zawsze pomyślny — świadczy o przejściu trującej bilirubiny w urobilinogen, składnik mniej toksyczny i łatwo dyfundujący. Stolce są częściowo odbarwione, rzadko zupełnie odbarwione, nie mają jednak swego wyglądu. Wątroba zazwyczaj powiększona, nieraz w ciężkich przypadkach zmniejszona, bolesna przy ucisku. Śledziona niekiedy opukowo powiększona.

W ogóle badanie fizykalne jamy brzusznej daje obraz zmienny. W związku z zaburzeniami ze strony wątroby spotykamy swędzenie skóry, rzadziej bradykardię, krwawienia z nosa, dziąseł, *purpura*. W 2 przypadkach, zakończonych śmiercią, obserwowaliśmy krwawienia z przewodu pokarmowego — zawsze uważane prognostycznie za zły objaw. Często dają się obserwować odchylenia w czasie krwawienia i krzepliwości krwi.

Zaburzenia ze strony nerek są znaczne. Ilość dobową moczu — bardzo mała, w ciężkich przypadkach na początku — bezmocz. Mimo istniejącego z reguły białkomoczu obręzków nie ma: Ciśnienie krwi niskie. Zmiany humoralne we krwi duże, przede wszystkim —

znaczna azotemia. Mocznik we krwi może dojść do kilku gramów na litr: azot całkowity, kwas moczowy, kreatynina zazwyczaj występują w większej ilości. Retencja tych ciał zdaje się być uwarunkowana niedomogą nerek, następnie zaś rozpadem białka i niedomogą wątroby.

Obserwowany nieraz niski poziom mocznika we krwi obok małej ilości jego w moczu łączymy z niewydolnością wątroby — gorszą syntezą jego przez chorą wątrobę. Wskazana jest dlatego też często kontrola porównawcza mocznika we krwi i w moczu.

Ze strony przemiany chlorowej mamy poważne zaburzenia. Prawie we wszystkich naszych przypadkach obserwowaliśmy nieraz znaczne zmniejszenie się chlorków w osoczu i w krwinkach lub też w samym osoczu albo krwinkach; nieraz tylko przemieszczenie chloru z osocza do krwinek.

Zwraca również uwagę chwiejność poziomu chloru we krwi w zależności od niewielkiego już dowozu soli — co, zresztą, w ogóle często spotykamy w chorobach nerek. Obliczając ilość soli, wprowadzonej z pożywieniem i wydalonej z moczem, oraz obserwując każdorazowy poziom chlorków w osoczu i w krwinkach, widzimy, że często mamy do czynienia nie tyle z zubożeniem ustroju w sól, ile ze znacznym nieraz przemieszczeniem jej w tymże ustroju. Możliwe, że jest to w zespole wątrobowo-nerkowym, jak i w ogóle w sprawach zapalnych, przemieszczenie regulacyjne w kierunku chorych tkanek, mające na celu ochronę ich od rozpadu. W innych przypadkach, przebiegających np. z wymiotami lub rozwolnieniem, mamy istotne zubożenie ustroju w sól. Tłumaczy nam to i w jednym i w drugim przypadku praktyczne korzyści chlorowania i wprowadzenia sodu. Ze względów terapeutycznych wskazana jest więc częsta kontrola soli w przebiegu cierpienia.

Zasób zasad we krwi zazwyczaj obserwowaliśmy niski, czasem jednak bywa on wysoki ze znaczną chłopenią w związku z wymiotami i utratą soli.

Obok objawów ze strony wątroby i nerek widzimy często objawy nerwowe: zamroczenia, stany podniecenia i apatii, przechodzące w śpiączkę, czasem objawy meningealne, sztywność karku (czego w naszych przypadkach nie obserwowaliśmy), bóle mięśniowe i zajęcie nerwów (polineuryty).

W jednym naszym przypadku, gdzie na plan pierwszy wysuwała się niedomoga wątroby, obserwowaliśmy przykurcze i porażenia kończyn dolnych.

Jako wyraz niedomogi trzustki, mieliśmy w jednym przypadku cukromocz i tłuszczowe stolce, w jednym przypadku wystąpiły na początku burzliwe objawy otrzewnowe. Niezależnie od tego, jak w każdej chorobie i infekcji, występują zaburzenia ze strony krążenia, rytmu oddechowego i t. p.

W większości naszych przypadków, w miarę postępu choroby, zaznaczyła się znaczna anemia hipochromowa.

Przypadki z. w.-n. są zazwyczaj bardzo ciężkie. Przebieg cierpienia czasem bardzo ostry, objawy mocznicowe się nasilają, występują objawy krwiotoczno-naczyniowe, jak krwawienie z przewodu pokarmowego, i w stanie śpiączkowym chory umiera. Większość jednak przypadków nawet bardzo ciężkich z burzliwymi objawami na początku i śpiączką przy odpowiednim leczeniu kończy się wyzdrowieniem. Na 20 przypadków mieliśmy 4 zejścia śmiertelne. We wszystkich naszych przypadkach, pomyślnie zakończonych, zwrot ku poprawie zaznaczył się przede wszystkim poprawą czynności

nerek, co umożliwiło w szybkim tempie wydalenie trujących substancji w okresie, gdy żółtaczka się jeszcze utrzymywała.

Rozpoznanie zespołu wątrobowo-nerkowego zazwyczaj jest łatwe na podstawie współistnienia objawów wątrobowych i nerkowych. Należy jednak poddać dokładniejszej obserwacji i analizie poszczególne objawy. Ocena ta, możliwa dzięki obserwacji czystych przypadków niewydolności wątroby lub nerek, nie jest zawsze łatwa, ponieważ w z. w.-n. oba czynniki nie zawsze wpływają na objawy w tym samym kierunku. Tak niski poziom bilirubiny w moczu, jak już wspomnieliśmy, przy gorszej przepuszczalności nerek nie wyłącza dużej koncentracji barwników żółciowych we krwi. (Chora wątroba daje dużo barwników, nerka ich nie przepuszcza).

W niedomodze wątroby bez współudziału nerek obserwujemy niski poziom mocznika na skutek zmniejszonej jego syntezy; normalny lub wyższy poziom mocznika we krwi wskazuje w tych przypadkach na możliwość współistniejącego zajęcia nerek lub toksyczny rozkład białka. Również rezerwa alkaliczna jest wynikiem wielu czynników.

Wszystkie te momenty musi uwzględnić terapia, która opiera się na dokładnej obserwacji objawów klinicznych i danych laboratoryjnych.

W naszych przypadkach celem rozcieńczenia jadów i wzmoczenia diurezy wprowadzaliśmy od pierwszej chwili duże ilości płynów w postaci stałych kroplówek lub wlewań podskórnych i dożylnych; staraliśmy się również wprowadzić jak największe ilości glukozy i w ogóle cukrów i węglowodanów wszelkimi możliwymi drogami, obok tego insulinę w małych frakcjonowanych dawkach.

Dużą wagę zwracaliśmy na odpowiednie chlorowanie w zależności od każdorazowej kontroli poziomu chlorków we krwi. Tak, w przypadku Nr II zdawało się zupełnie beznadziejnym, że śpiączką, mocznicą 3,4 g w litrze krwi i ilością chlorków 176—163 mg, osiągnęliśmy raptowny zwrot ku poprawie po wprowadzeniu 80 g soli dożylnie i innymi drogami w ciągu 2 dni. W dwóch przypadkach z niską rezerwą alkaliczną widzieliśmy polepszenie po wprowadzeniu sody w roztworze 5%-wym. Poza tym stosowaliśmy zastrzykiwania z wyciągów wątrobowych; w przypadkach anemii — *Fe reductum* i HCl, w infekcyjno-septycznych stanach — antystreptinę i kwas askorbinowy. Jednocześnie duże dawki środków nasercowych obwodowych.

Poniżej podajemy dla przykładu z zaobserwowanych przez nas przypadków kilka typowych.

Ogólne wyniki badań laboratoryjnych podajemy dla lepszej orientacji na tablicy.

Dwa przypadki z. w.-n. w przebiegu kamicy żółciowej.

Przyp. I. Ciężki przypadek z. w.-n. z nawrotami w przebiegu kamicy żółciowej obserwowany w ciągu 4 lat, zakończony wyzdrowieniem. Chora R. M., w szpitalu 3.IV—14.VI.1933 r., lat 46, handlująca, przed kilkunasty laty przechodziła dur brzuszny, poza tym nie chorowała. Od 6 lat miewa napady kamicy żółciowej. Tydzień przed przybyciem do oddziału miała również silny napad kolki wątrobowej, a w kilka dni później wystąpiła żółtaczka, dołączyły się uporczywe wymioty, stan gorączkowy, stolce odbarwione.

Stan obecny: Przybyła w stanie bardzo ciężkim, nawpół przytomna, w śpiączce, okresowo naprzemian bardzo podniecona, mówiła wtedy dużo nie do rzeczy. Zdradza wybitny

niepokój ruchowy. Skarży się na zły smak w ustach. Mocz nie oddaje.

Skóra i białówki mocno zażółcone o odcieniu brązowo-zielonkawym. Język suchy, obłożony. *Foetor ex ore*. Tętno 110. Stan gorączkowy. Nadbrzusze lekko wzdęte, powłoki wiotkie; wybitna nadwrażliwość i bolesność uciskowa w całym brzuchu, zwłaszcza w okolicy wątroby. Występujące przy najmniejszym dotknięciu napięcie obronne, zwłaszcza poniżej prawego łuku żebrowego, uniemożliwia dokładniejsze wyznaczanie wątroby i ustalenie jej brzegu. Inne narządy, płuca i serce — bez poważniejszych zmian. Odruchy ścięgnowe żywe; żrenice — norma. Stolce odbarwione.

Mocz, wydobyty cewnikiem, ciemny, o ciężarze gatunkowym 1.020, zawierał pierwszego dnia sporo bilirubiny i urobilinogenu. Następnego dnia i potem stwierdzono nieznaczne ilości bilirubiny i urobilinogenu, poza tym białko i wałeczki szkliste oraz ziarniste.

K r e w : Bilirubiny — 12 j. v. d. B. *). Mocznik — 2,4 g na litr. Leukocytoza — 12.700 z neutrofilozą i bez eozynofiliów. Posiewy ujemne.

Zastosowano od razu insulinę i roztwory glukozy podskórnie i w kroplówce. W ciągu 10 dni ciężki stan chorej utrzymuje się bez zmiany: stale wymiotowała, nie mogła przełknąć nawet wody, nie oddawała samoistnie moczu; kilka wolnych odbarwionych wypróżnień dziennie, krwawienia z dziąseł; białkomocz wzrasta.

Ze względu na znaczną chloropenię (248 w osoczu, 90 w krwinkach) wprowadzaliśmy obok dużych ilości cukru i płynów również sól różnymi drogami (dożylnie, podskórnie i w kroplówce), razem 25 g dziennie w ciągu kilku dni aż do wyrównania chlorków we krwi, a nawet wystąpienia lekkich obrzęków na stopach.

W ciągu następnych 4 dni stan chorej nadal się pogarsza. Mocznik we krwi wzrasta do 3,4 g na 1 litr; leukocytoza — 20.600, chora prawie nieprzytomna, prawie nie oddaje moczu.

W końcu drugiego tygodnia pobytu chorej w oddziale przy utrzymującym się wysokim poziomie mocznika we krwi nastąpił korzystny zwrot w stanie chorej — zaczęła sama oddawać moczu i to w większej ilości, o niższym ciężarze gatunkowym. W moczu znikło białko, znikła bilirubina, zjawiał się w znacznej ilości urobilinogen, co w przebiegu zajęcia mięszu wątrobowego jest zawsze dobrą oznaką. Trujący bowiem w większym stężeniu i źle wydzielany przez nerki barwnik żółci — bilirubina — zostaje przekształcony w urobilinogen, składnik mniej toksyczny i łatwo dyfundujący **). Stolce nadal zostawały odbarwione.

Stan ogólny i psychiczny polepsza się. Wątroba niepowiększona i niebolesna na ucisk. Leukocytoza dochodzi do normy (8.000).

W ciągu następnego tygodnia gorączka powoli opada, również i mocznik we krwi obniża się z 3,15 do 0,22 g na 1 litr. Bilirubina we krwi uprzednio 12 j. v. d. B., obecnie — 0,5 j. v. d. B. Z biegiem czasu urobilinogen w moczu — norma. Ilość mocznika, wydzielanego przez ten czas z moczem, 15 g na litr.

Mimo znacznej poprawy subiektywnej i obiektywnej, mimo zniknięcia nadmiaru barwników żółci we krwi i z moczu intensywne zażółcenie nadal utrzymuje się. Chora bardzo słaba i błada.

Badanie krwi w tym okresie dnia 24.IV wykazuje znaczną anemię: Hgb 40% (na początku choroby 90%), Er. — 2.100.000, Ind. — 0,98. Retikulocytoza jednak dość żywa — 4,2%.

*) Małą ilość barwników żółciowych w moczu przy wysokim poziomie ich we krwi tłumaczyliśmy nieprzepuszczalnością nerek.

**) p. Adler und Lemmel: Zur feineren Diagnostik der Leberkrankheiten. Deutsch. Archiv. f. kl. Medizin, Bd. 158 H. 3—4. 1928.

Dano wyciągi wątrobowe, poprawa krwi nastąpiła dopiero po podaniu *Fe. reduct.*

W dalszym przebiegu kilkakrotne okresy pogorszenia, zawsze w zależności od nowych napadów bólowych z jednoczesnym wznowieniem się temperatury.

Po przeszło 10 tygodniach (14.VI.1933 r.) chora wypisała się ze znaczną poprawą subiektywną i obiektywną, w stanie bezgorączkowym, bez skarg, prawie że odbarwiona, jednak blada, dość chuda (waga 47 kg).

Wątroba twarda, powiększona, niebolesna; w moczu ślady białka, osad bez zmian; zespół humoralny i barwniki żółciowe we krwi w normie.

W ciągu następnego roku chora kilkakrotnie, aczkolwiek w mniejszym stopniu, zapadała. Od 18.XI.1933 r. do 5.II.1934 r. obserwowaliśmy ją w oddziale.

Miała wtedy wielokrotne napady bólowe, ze stanami gorączkowymi, długotrwałą żółtaczką z odbarwieniem stolców. Poza przemijającym śladem białka w moczu żadnych objawów, świadczących o zajęciu nerek, ani w moczu, ani we krwi nie było.

Ze względu na powtarzające się napady kolki wątrobowej, którym zawsze towarzyszyła większa lub mniejsza żółtaczką, oraz ciężkie zajęcie nerek na początku obserwacji (w 1933 r.) zastanawialiśmy się nad możliwością ewentualnego zabiegu operacyjnego. Z powodu jednak znacznego wychudnięcia i osłabienia pacjentki, a zwłaszcza długotrwałej cholemmii i anemii, zaniechano tego zabiegu.

Od lata 1934 r. zaznaczyła się wybitna poprawa. Chorej przybyło 10 kg wagi, żadnych skarg i napadów. W ciągu dalszej półtorarocznej obserwacji chora pracuje, diety prawie że nie przestrzega. Napady kolki wątrobowej rzadkie, krótkie, ustępujące pod wpływem gorących okładów. Żadnych śladów żółtce, wątroba niepowiększona. Badania dodatkowe żadnych odchyleń od normy nie wykazują. Hemoglobina przeszło 90%.

W styczniu 1936 r. około miesiąca poraz 3-ci w oddziale z silnymi bólami, znaczną żółtaczką, remitującą gorączką, dochodzącą w ciągu pierwszych 2 tygodni powyżej 39°, w moczu 0,3% białka i wałeczki drobnoziarniste w osadzie.

Ciepłota krwi w normie, zmian humoralnych we krwi nie było.

Po leczeniu, jak poprzednio, i częstych płukaniach dwunastniczych, wypisana w stanie znacznej poprawy.

Przyp. II. Ciężki prawie beznadziejny z.w.-n. w przebiegu kamicy. Raptowna poprawa po intensywnym chlorowaniu. Chora S. F., artystka, lat 48, siedem porodów i poronień; od półtora roku częste napady kolki wątrobowej bez gorączki.

Zachorowała 3 tygodnie przed przybyciem do oddziału ze skargami na bóle w prawym podżebrzu, wymioty oraz T°, dochodzącą do 40°.

Po 2-tych tygodniach stan się pogorszył, silne bóle brzucha, wymioty, żółtaczką, chora senna, oddaje mało moczu.

Dostarczona w stanie bardzo ciężkim. Cera śniada, białkowi i skóra zażółcone, bez obrzęków, zupełnie apatyczna, w półśpiączce, nie udziela się wcale otoczeniu.

Tętno małe, 84 na', oddechy 24 na', T° — norma. Język obłożony, suchy, uzębienie wadliwe. Szyja, serce, płuca bez zmian. Brzuch wzdęty, wątroba powiększona na 4 palce, gładka, bolesna na ucisk, brzeg niewyraźnie wyczuwalny. Żrenice i układ nerwowy bez zmian. Ciśnienie krwi 110/70.

M o c z: Skąpy, białko — 0,8%, Bi + +, Urg. — norma; w osadzie leukocyty, krwinki i wałeczki.

K r e w: Hb. — 90%, L — 38.000.

Wzór: B — 0, E — 0, P — 33, S — 46, Li — 15, M — 6.

B i l i r u b i n a: odczyn bezpośr. +, 5 j. v. d. B.

O d c z y n W a s s e r m a n n a — ujemny.

Mocznik we krwi — 3 g w litrze. Chlorków w osoczu 177, w krwinkach 163.

W ciągu pierwszych pięciu dni, mimo wprowadzenia cukru i insuliny, ciężki stan jeszcze się pogarsza, kilka razy T° dochodziła powyżej 39 z dreszczami. Wymioty jeszcze się wzmogły, ilość mocznika we krwi podniosła się do 3,4 g w litrze. Chora prawie w śpiączce. Po usilnym chlorowaniu (80 g NaCl w ciągu 3 dni w kroplówkach i dożylnie), zwrot w stanie chorej. Pacjentka żywsza, wymioty rzadsze. Barw. żółc. w moczu znikły, postępujący spadek mocznika z 3,4 na 0,5 g w litrze w ciągu 5 dni oraz stopniowy powrót chlorków we krwi prawie do normy.

Jednocześnie wzrost diurezy z obfitym wydalaniem mocznika i urobilinogenu w moczu. Mimo poprawy spadek hemoglobiny z 90 na 70%.

Dalszy przebieg przy stałym chlorowaniu pod kontrolą poziomu chlorków we krwi oraz ze stałym wprowadzaniem glukozy z insuliną w małych dawkach w iniekcjach peremionu, antystreptyny i środków nasercowych wykazuje coraz większą i stałą poprawę.

Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na bardzo ciężki, pogarszający się prawie beznadziejnie stan chorej przez pierwsze kilka tygodni, z wysoką mocznicią i chloropenią i ze względu na nadzwyczajny skutek znacznego chlorowania (blisko 100 g NaCl w 3 dni) i osiągnięty efekt celowej terapii.

(Dok. nast.).

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Zakładu Histologii U. J. P.

(Kierownik: Prof. Dr. M. Konopacki).

Wywoływanie poliglobulii za pomocą wyciągów z przedniego płata przysadki, jako dowód istnienia hormonu krwiotwórczego.

Podali

J. FLAKS, I. HIMMEL i A. ZŁOTNIK (Warszawa).

[(Dokończenie — patrz Nr 15).

B. Różne wyciągi z p. p. przysadki — parenteralnie.

Doświadczenia te, będące w toku, są związane z chemicznym frakcjonowaniem wyciągów przysadki. Za pomocą wstrzykiwań różnych wyciągów, czynnych przy podawaniu doustnym, poliglobulii dotychczas nie otrzymano.

4) Szczury normalne.

A. Świeża przysadka lub acetonowy proszek p. p. przysadki — doustnie.

W tablicy IV-ej umieszczono szczury, które karmiono świeżym p. p. przysadki (Nr 1, 2, 3) lub proszkiem acetonowym p. p. przysadki (Nr 4, 5, 6). Dziennie podawano od 2—3 gramów przysadki świeżej lub 0,4 g proszku acetonowego. Wyniki tych doświadczeń są jednoznaczne. Wszystkie szczury bez wyjątku wykazują podobne zmiany w czerwonym obrazie krwi. Po około 2 tygodniach karmienia występuje znaczny przyrost retikulocytów, których poziom później opada i wraca do normy. Poliglobulia występuje dopiero po dłuższym czasie karmienia, przy czym stwierdza się znaczne wahania czasu pierwszego jej wystąpienia. Najwcześniej stwierdzamy poliglobulię między 3 a 4 tygodniem, jednakże u niektórych zwierząt stan ten zjawia się dopiero po około 8 tygodniach. Dalsze podawanie doustne p. p. przysadki nie daje dalszego przyrostu

Tablica IV.

Nr szczura	płeć	Waga w gr.	początkowe dane krwi			czas podawania przysadki (dni)	postać podanej przysadki	liczba w gr. podanej przysadki	końcowe dane krwi		
			Hb %	c. c.	ret. %				Hb %	c. c.	ret. %
1	♀	260	115	7.500.000	0,8	30	świeża	80	108	10.870.000	5,5
2	♂	145	96	6.490.000	2,5	70		175	65	10.040.000	14,0
3	♀	—	80	6.230.000	6,7	50		150	67	10.500.000	—
4	♂	300	115	8.750.000	3,0	30	acetonowy proszek	8,4	95	10.330.000	5,2
5	♂	245	107	7.750.000	2,3	23		5,6	100	10.000.000	1,9
6	♂	86	100	7.690.000	3,6	46		10,4	118	10.020.000	4,4

Tablica V.
Szczur Nr 6 (♂) wagi 86 g

Data badania	waga szczura w gr.	ilość podanej przysadki w gr. do dnia badania	Hb %	c. c.	ret. %
4.12.37	86	—	100	7.690.000	3,6
18.12.37	130	5,2	97	8.480.000	18,2
1. 1.38	190	9,8	100	9.550.000	7,0
20. 1.38	220	13,8	118	10.020.000	4,4
20. 2.38	315	23,0	130	10.310.000	1,0
17. 3.38	335	29,8	112	10.010.000	—

c. c. krwi (tablica VI), lecz, odwrotnie, liczba czerwonych ciałek krwi wykazuje tendencję powrotu do normy, choć zwykle pozostaje wyższa od przeciętnej:

Dla porównania wpływu dodawania do pokarmu szczurów tkanek zwierzęcych podawaliśmy zwierzętom kontrolnym wątrobę wołową (nie podano w tablicach). W żadnym przypadku karmienia wątrobą nie otrzyma-

Tablica VI.
Szczur Nr 4 (♂) wagi 300 g

Data badania	waga szczura w gr.	ilość podanej przysadki w gr. do dnia badania	Hb %	c. c.	ret. %
19.10.37	300	—	115	8.750.000	3,0
16.11.37	325	5,6	110	8.560.000	3,1
30.11.37	—	8,4	95	10.330.000	5,2
9.12.37	325	11,6	102	10.850.000	7,2
21.12.37	325	16,0	105	9.330.000	13,2
27. 1.38	362	23,2	105	8.400.000	10,0
1. 3.38	370	33,2	125	9.670.000	1,4

liśmy poliglobulii, przeciwnie, stwierdzaliśmy raczej nieznaczny spadek liczby c. c. krwi przy wzmożonej retikulocytozie.

U szczurów, pozbawionych tarczycy, karmienie świeżym p. p. przysadki wywołuje również poliglobu-

Tablica VII.
(podawanie doustne kwaśnych i alkalicznych wyciągów i wyłoków p. p. przysadki).

	Nr szczura	Płeć szczura	Waga szczura przed podawaniem	Czerwone c. krwi w tysiącach			Hemoglobina			Retikulocyty %			Waga szczura po 4 tyg.	Uwagi
				przed podawaniem	po 2 tyg.	po 4 tyg.	przed podawaniem	po 2 tyg.	po 4 tyg.	przed podawaniem	po 2 tyg.	po 4 tyg.		
Wyciągi kwaśne dziennie w ilości odpowiadającej 0,4 g p. p. świeżej przysadki	1	♀	150	7190	9520	9500	130	100	110	7,4	5,2	3,8	205	
	2	♀	160	7460	10440	9500	112	117	108	4,8	4,2	3,1	—	
	3	♂	110	7430	10000	8640	115	97	105	4,0	14,4	—	225	
Wyłoki kwaśne dziennie w ilości odpowiadającej 0,4 g p. p. świeżej przysadki	4	♂	155	7220	5630	5900	103	80	93	5,2	10,6	8,0	205	ciąża
	5	♀	150	7630	8280	7690	103	101	96	4,6	3,0	4,2	205	
	6	♂	110	7490	6710	—	112	75	110	0,4	16,2	3,1	250	
Wyciągi alkaliczne dziennie w ilości odpowiadającej 0,4 g p. p. świeżej przysadki	7	♂	185	7600	8810	8950	91	96	120	4,6	11,6	1,4	265	ropień
	8	♂	—	7300	8590	10880	103	99	112	7,6	10,0	1,5	250	
	9	♂	85	7200	7070	9640	93	84	105	4,4	15,8	6,6	165	
Wyłoki alkaliczne dziennie w ilości odpowiadającej 0,4 g p. p. świeżej przysadki	10	♀	185	7590	7050	10940	105	103	125	1,8	6,2	1,4	235	
	11	♂	160	7770	7380	10250	103	98	110	1,2	4,6	—	230	
	12	♂	88	7330	8070	10420	90	88	105	4,2	19,2	7,4	180	

lię, tak, jak u szczurów normalnych (nie podano w tablicach).

B. Wyciągi z p. p. przysadki — doustnie.

Karmiąc szczury całkowitym p. p. przysadki, podajemy doustnie wszystkie zawarte w nim hormony. Wobec tego, że niektóre hormony przysadki, aczkolwiek słabo, działają jednakże doustnie, należy w ocenie naszych doświadczeń wziąć pod uwagę możliwość ich współdziałania. Dla wyłączenia tego czynnika przystąpiliśmy do systematycznego rozdzielania frakcji czynnych od nieczynnych. Celem tego frakcjonowania jest uzyskanie wyciągu, nie zawierającego innych hormonów poza hormonem krwiotwórczym.

W tablicy VII zebrano szczury, którym podawano doustnie kwaśne i alkaliczne wyciągi p. p. przysadki. Jak widać, za pomocą odpowiednich wyciągów kwaśnych, podawanych dziennie w ilości, odpowiadającej 2 g p. p. przysadki świeżej, otrzymano poliglobulię już po 2 tygodniach. Wytłoki, pozostałe po ekstrakcji kwaśnej, nie wykazały w tym czasie żadnego działania. Spośród 3 szczurów (tablica VII), które otrzymały wyciąg alkaliczny, wystąpiła poliglobulia tylko u jednego dopiero po 4 tygodniach. Szczury, które otrzymały wytłoki alkaliczne, nie wykazały przyrostu c. c. krwi po 2 tygodniach, natomiast po 4 tygodniach stwierdzono u wszystkich poliglobulię. Co się tyczy zmian w obrazie retikulocytarnym, to stwierdza się po karmieniu wyciągami p. p. przysadki wyraźne wzmoczenie liczby retikulocytów, która później opada.

C. Wyciągi z przedniego płata przysadki — parenteralnie.

W doświadczeniach tych dotąd poliglobulii nie otrzymano.

Omówienie.

Naszym testem dla wykrywania hormonu krwiotwórczego jest poliglobulia. Jak widzieliśmy, za pomocą pewnych wyciągów csiągamy ją już po 2 tygodniach. Sprawdzian ten uważamy obok zmian w szpiku za jedynie miarodajny, gdyż poliglobulia jest końcowym wyrazem maksymalnego działania czynnika krwiotwórczego. Wskazuje ona na rzeczywiste zwiększenie liczby czerwonych ciałek krwi we krwi krążącej. Test retikulocytarny, jako dający się wywołać najróżniejszymi czynnikami (często toksycznymi), chociaż niewątpliwie ma znaczenie orientacyjne, nie może być rozstrzygający. Często, na przykład, po dużej retikulocytozie nie stwierdzamy przyrostu c. c. krwi. Wobec tego, że poliglobulia może być rzekoma, t. j. liczba c. c. krwi może być pozornie wzmoczona na skutek zagęszczenia krwi, oznaczaliśmy w przypadkach poliglobulii gęstość surowicy za pomocą refraktometru. W przypadkach tych nie stwierdziliśmy zagęszczenia.

Uzasadnienie istnienia odrębnego hormonu krwiotwórczego w przysadce napotyka duże trudności. Zagadnienie kształtuje się podobnie do zagadnienia innych hormonów przysadki, np. hormonu wzrostu. Sam fakt ustania wzrostu młodych zwierząt po usunięciu przysadki nie wystarczył do przyjęcia obecności specyficznej substancji, przyspieszającej wzrost. Brak przyrostu wagi u zwierząt z wyciętą przysadką mógł zależeć od bliżej nieznanego zaburzenia przemiany materii, powstającego po usunięciu przysadki. Dopiero wywołanie gigantyzmu u normalnych szczurów przez długotrwałe wstrzykiwanie wyciągów z p. p. przysadki dowiodło istnienia tego hormonu. (E v a n s — 3).

Tak, jak utrudnieniem dla wykrycia hormonu wzrostu był fakt, że przez długi czas starano się bezskutecznie wywołać efekt przez podawanie doustne (E v a n s l. c.), w naszych doświadczeniach, odwrotnie, drogą skuteczną okazał się przewód pokarmowy. Jaka jest rola przewodu pokarmowego w przeróbce ciała krwiotwórczego, zawartego w przysadce, i dlaczego nie udaje się dotychczas wywołać poliglobulii drogą parenteralną, na to nie mamy jeszcze odpowiedzi. Będące w toku badania nad parenteralnym działaniem krwiotwórczym trawionej *in vitro* przysadki i innych narządów (wątroby) wyjaśnią może to zagadnienie.

O. Mayer i współpracownicy (2) stwierdzili przyrost retikulocytów u szczurów z wyciętą przysadką po wstrzykiwaniach hormonu wzrostu (antuitrin growth hormone). Sądźmy, wobec naszych danych doświadczalnych (1), że preparat ten zawiera domieszki hormonu krwiotwórczego, gdyż u szczurów normalnych wywołujemy bardzo silną retikulocytozę za pomocą frakcji p. p. przysadki, pozbawionej hormonu wzrostu.

Za istnieniem hormonu krwiotwórczego w przysadce przemawiają:

1) możność regularnego wywoływania poliglobulii u normalnych szczurów za pomocą doustnego podawania całkowitego p. p. przysadki świeżej lub proszku acetonowego z p. p. przysadki (4—6 tygodni),

2) nieliczne przypački wywołania poliglobulii również u szczurów z usuniętą przysadką,

3) skrócenie czasu wywołania poliglobulii (2 tygodnie) za pomocą doustnego podawania kwaśnego wyciągu z proszku acetonowego.

4) silne retikulocytarne działanie bezbiałkowych wyciągów z p. p. przysadki, pozbawionych h. wzrostu, h. gonadotropowego i h. tyreotropowego, podawanych parenteralnie,

5) wymienione wyżej właściwości, łącznie ze zmianami zanikowymi szpiku i retikulocytów we krwi po wycięciu przysadki, pozwalają na przyjęcie istnienia odrębnego hormonu krwiotwórczego w przysadce.

PIŚMIENNICTWO.

1) J. Flaks, I. Himmel i A. Złotnik — Sur l'existence d'une hormone hémapoïétique dans l'hypophyse. Presse Médicale Nr 71. 1937. 2) Mayer O. O., Stewart G. G., Thewlis J., Rusch E., — The hypophysis and Haematopoiesis. Folia Haematologica. Bd. 57. H. 1. 1937. 3) Evans H. M. — Das Wachstumshormon des Hypophysenvorderlappens — Die Drüsen mit innerer Sekretion. III. Kapitel. 1937.

Z Kliniki Oto-Laryngologicznej Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie.

(Dyrektor: Prof. F. Erbrich).

O leczeniu stanów asfiktycznych za pomocą bodźców tchawiczno-oskrzelowych.

Podał

Docent Dr. Henryk LEWENFISZ (Warszawa).

W Przeglądzie Oto-Laryngologicznym, Warszawa, Maj 1927 r. ogłosiłem pracę, zatytułowaną „Bronchoskopia w przypadkach asfiksji”.

Praca ta oparta była na kilku przypadkach ciężkich stanów asfiktycznych, wywołanych zwężeniem krtani, w których zwykłe metody sztucznego oddychania, po założeniu rurki tracheotomijnej, były bezskuteczne.

Pierwszy przypadek dotyczył chorego, przywiezionego do Kliniki z objawami wybitnej duszności, wywołanej rakiem krtani. Chory został natychmiast poddany operacji — tracheotomii. Podczas zabiegu okazało się, iż nowotwór obejmował również górną część tchawicy i gruczoł tarczowy; tarczycza o ścianach ścieńczałych i znacznie spłaszczona była przesunięta na zewnątrz. Okoliczności te przedłużyły nieco zabieg operacyjny. Podczas operacji chory przestał oddychać; ani założenie rurki tracheotomijnej, ani zastosowanie sztucznego oddychania nie przywracały oddechu. Wobec wybitnie zmienionych ścian tchawicy i możliwości t. zw. „fausse route” wprowadziłem w miejsce rurki tracheotomijnej bronchoskop, aby przekonać się, czy rurka została prawidłowo wprowadzona, i czy poniżej rurki nie ma zwężenia. Gdy koniec bronchoskopu dotknął rozgałęzienia tchawicy, chory zakaszał i zaczął samoistnie oddychać. W tchawicy żadnej przeszkody nie było.

Nie ulegało żadnej wątpliwości, iż w przypadku powyższym bodźcem dla wywołania odruchu oddechowego było podrażnienie błony śluzowej tchawicy przez rurę bronchoskopu.

Drugi przypadek dotyczył chorego, który zgłosił się do Kliniki z powodu znacznej duszności, wywołanej zwężeniem krtani, powstałym wskutek zmian wrzodząco-rozrostowych i obrzękowych na tle gruźlicy. Chory nie zgodził się na wykonanie tracheotomii. Tejże nocy duszność gwałtownie nasiliła się. Wykonana w okresie końcowym porażenia oddechu tracheotomia nie dała pożądanego efektu — oddech nie wrócił. W następstwie zastosowanego sztucznego oddychania tętno się poprawiło, twarz się nieco zaróżowiła, lecz w ciągu blisko dwudziestu minut chory nie wykonał ani jednego samoistnego oddechu. Gdy sztuczne oddychanie przerywano, tętno znikało, podczas ponownego zabiegu znowu wracało. Widocznie, stosowane w sposób ogólnie znany sztuczne oddychanie było zbyt słabą podniecią dla wywołania samoistnego oddechu.

Zachęcony doświadczeniem z poprzedniego przypadku, wprowadziłem choremu przez otwór tracheotomijny bronchoskop, drażniąc bezpośrednio miejsce rozgałęzienia tchawicy zgłębnikiem. Natychmiast po podrażnieniu chory zakaszał, wykonał kilka głębokich oddechów, po czym znów nastąpiła zapaść. Gdy jednak w krótkich odstępach czasu wykonałem jeszcze kilka podrażnień miejsca rozwidlenia tchawicy, wrócił normalny oddech, i chory odzyskał przytomność.

Od tego czasu wielokrotnie stosowana przez nas powyższa metoda w przypadkach asfiksji dawała zawsze dobre wyniki. Należy więc sądzić, że skuteczność sztucznego oddychania osiąga się nie tyle przez wtłaczanie powietrza do pęcherzyków płucnych, jak to czytamy zwykle w klasycznych podręcznikach fizjologii, lecz w znacznym stopniu przez odruch, wywołany podrażnieniem zakończeń nerwu błędnego tchawicy i oskrzeli przez wtłaczany słup powietrza.

Też tę starałem się poprzeć badaniami doświadczalnymi, do czego wykorzystałem materiał zwierzęcy, którym posługiwałem się w pracy mej: „Badania kliniczne i doświadczalne nad ciałami obcymi w drogach oddechowych” (Medycyna r. 1934 i Revue de Laryngologie Otologie Rhinologie — Mai 1937).

Dokonałem całego szeregu bronchoskopii na psach, określając jednocześnie krzywą oddychania za pomocą pneumografu.

Pierwsza grupa doświadczeń była wykonywana na psach, uśpionych za pomocą chloralozy, druga z jednoczesnym znieczuleniem miejscowym za pomocą kokainy górnego odcinka dróg oddechowych i trzecia ze znieczuleniem górnych i dolnych dróg oddechowych.

Bronchoskopii dokonywałem górnej i dolnej.

Pierwsza grupa doświadczeń była wykonywana na psach, uśpionych za pomocą dożylnych wlewań chloralozy.

Zmiany na krzywej oddychania zaczynają się już ujawniać podczas wprowadzenia bronchoskopu do krtani. Uwidacznia się zwolnienie lub zatrzymanie oddechu w fazie wydechowej; dodatkowe drażnienie śluzówki krtani zgłębnikiem przedłuża okres zwolnienia i bezdechu. Występują jednocześnie zaburzenia w rytmie i regularności krzywej oddychania.

Po przesunięciu bronchoskopu do tchawicy zwolnienie utrzymuje się, dodatkowe zaś drażnienie zgłębnikiem błony śluzowej tchawicy, zwłaszcza zaś miejsca rozgałęzienia tchawicy na oskrzela, przyspiesza i pogłębia oddech. Również i w tym doświadczeniu występują zaburzenia w rytmie i regularności krzywej oddechowej.

Wprowadzenie bronchoskopu bezpośrednio do tchawicy, z pominięciem krtani (dolna bronchoskopia) nie powoduje początkowego zwolnienia rytmu oddychania.

W drugiej grupie doświadczeń, przeprowadzonych na psach, uśpionych za pomocą chloralozy z jednoczesnym znieczuleniem błony śluzowej gardła i krtani za pomocą 10% roztworu kokainy, wprowadzenie bronchoskopu do krtani nie powoduje żadnych zaburzeń ani w rytmie, ani regularności krzywej oddechowej. Przesunięcie bronchoskopu do tchawicy i drażnienie miejsca rozwidlenia tchawicy wywołuje jednak natychmiastowe zmiany krzywej oddychania: oddech pogłębia się i przyspiesza, występują zaburzenia w regularności i rytmie.

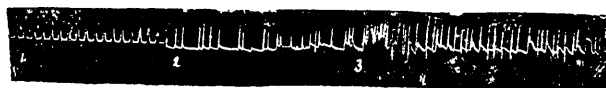
Te same doświadczenia, wykonane na psach z uprzednim kokainowaniem błony śluzowej górnych i dolnych dróg oddechowych, nie wywołują zmian, wykazanych w poprzednich doświadczeniach, — krzywe oddechu są zbliżone do normy.

Przecięcie nerwów błędnych całkowicie znosi zmiany, uzyskane w poprzednich doświadczeniach.

Zatrzymanie zatem oddechu na skutek podrażnienia górnych dróg oddechowych może być przerwane przez podrażnienie dolnych dróg oddechowych — tchawicy i oskrzeli — o ile dolne drogi oddechowe nie były zakokainowane.

Zwykle sztuczne oddychanie, wykonywane nawet w ciągu dłuższego czasu, nie daje tego efektu *).

Przyspieszenie zwolnionego oddechu lub przywrócenie oddechu w bezdechu przez podrażnienie błony śluzowej dolnych dróg oddechowych ma kolosalne znaczenie w klinice asfiksji, jak to wynika z naszych doświadczeń klinicznych.



od 1—2 oddech normalny

od 2—3 podrażnienie krtani

od 3—4 podrażnienie rozwidlenia tchawicy.

*) Podobne wyniki osiągał Mayer i jego uczniowie przez drażnienie dróg oddechowych za pomocą gazów bojowych.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

O współczesnych badaniach nad nowotworami złośliwymi.

Podał

M. PŁONSKIER (Warszawa),

prosektor Szpitala Starozakonnych na Czystem w Warszawie.

(Ciąg dalszy — patrz Nr 14 i 15).

Sprawa wczesnego, rozpoznawania nowotworów złośliwych na drodze laboratoryjnej, sprawa o znaczeniu niesłychanie doniosłym utknęła od dłuższego czasu na martwym punkcie. Spośród całego szeregu prób stworzenia odczynu swoistego dla raka niektóre zaledwie mogą mieć pewne znaczenie praktyczne. (np. Freund-Kaminer i Fuchs). Nie ulega jednak wątpliwości, że większość z tych prób wniosła dużo interesującego materiału teoretycznego do nauki o nowotworach.

Wielokrotnie stwierdzano, że w nowotworach złośliwych występują znaczne odchylenia w zawartości fermentów zarówno pod względem ilościowym, jak i pod względem jakościowym. Stąd wzięły początek liczne próby uchwycenia pewnych charakterystycznych pod tym samym względem zmian we krwi u chorych z nowotworami złośliwymi. Badano fermenty proteolityczne, lipolityczne i glikolityczne.

W grupie badań nad fermentami proteolitycznymi do najważniejszych należą badania H. J. Fuchsa. Jeszcze w 1926 roku w czasie badań nad zawartością proteaz w surowicach ludzkich i zwierzęcych. Fuchs stwierdził, że niektóre surowice rozpuszczają często włóknik obcogatunkowy, ale nigdy nie rozpuszczają włóknika tego samego gatunku. Jednakże w sprawach patologicznych, a w szczególności w nowotworach złośliwych, w kile i w gruźlicy zjawisko powyższe przebiega inaczej. Surowica chorych rozpuszcza włóknik własnego gatunku z tym jednakże zastrzeżeniem, że włóknik ten nie pochodzi od osobnika z taką samą chorobą. Odwrotnie — włóknik od chorych na raka, kilę lub gruźlicę rozpuszcza się w surowicy własnego gatunku, jednakże tylko w tym przypadku, kiedy dawca surowicy nie jest chory na tę samą chorobę. Tak więc np. surowica rakowa rozpuszcza włóknik od zdrowych ludzi, jak również włóknik od chorych na gruźlicę lub kilę — nie rozpuszcza jednakże włóknika od chorych na raka. Odwrotnie znowu, włóknik ze krwi rakowej rozpuszcza się w surowicach wszystkich osobników tego samego gatunku z wyjątkiem osobników chorych na raka. Spostrzeżenia powyższe zostały wykorzystane przez Fuchsa w celach diagnostycznych. Metodyka odczynu Fuchsa jest na ogół trudna i w zasadzie polega na stwierdzaniu w surowicy zawartości niestrącalnego azotu przed zadziałaniem i po zadziałaniu tejże surowicy na włóknik. W dalszym ciągu swej pracy autor zmodyfikował swoją reakcję i zastąpił włóknik ciałem białkowym, wytrącanym z surowicy przy pomocy kwasu trójchlorooctowego. Do 1933 roku Fuchs zbadał 3500 przypadków i otrzymał wyniki bardzo dobre: rozpoznania były trafne w 100% przypadków. Z innych, autorów, którzy pierwsi sprawdzali wartość kliniczną odczynu Fuchsa, — Wright i Wolf otrzymali w przypadkach rakowych 100% do-

brych wyników, a w przypadkach nierakowych 31% błędów. Montenartini, a następnie Yokota otrzymali wyniki niedobre, co jednakże, jak twierdził Fuchs, było zależne od używania nieodpowiedniego włóknika do odczynu. W ostatnich latach natomiast różni autorzy w całym szeregu badań potwierdzali słuszność teoretycznych podstaw odczynu Fuchsa i wartość kliniczną tegoż odczynu (Bingi Marangos, Hikiji, Kafka, Brandt i in.). Kafka zbadał 51 przypadków raków różnych narządów: odczyn Fuchsa był dodatni w 92,2% przypadków. Wyniki błędne otrzymano w przypadkach raków żołądka, płuc, jelita grubego i otrzewnej. W 29 przypadkach rozpoznanie było potwierdzone histologicznie; w 92,6% przypadków rozpoznanie serologiczne było zgodne z histologicznym. Brandt podaje, że spośród 112 różnych przypadków w 104 wynik odczynu Fuchsa (92,5%) był zgodny z rozpoznaniem klinicznym. Autor zwraca uwagę na przypadki raka przełyku, w których odczyn Fuchsa wypada błędnie. (Zresztą już sam Fuchs stwierdził, że w rakach przełyku odczyn jego jest często błędny). Cizek, który zmodyfikował odczyn Fuchsa, zbadał 150 przypadków; w przypadkach rakowych odczyn dał 90% wyników zgodnych; w przypadkach nierakowych — 93,7% wyników zgodnych.

Lehmann-Facius i Witting podali odczyn na raka, którego podstawy wiążą się w sposób interesujący z podstawami odczynów Freunda, Fuchsa (zresztą i Abderhaldena). Proteolityczne fermenty surowicy normalnej rozkładają tylko białko z surowic rakowych i nie rozkładają białka z surowic normalnych. Autorzy wykazują rozkład białka po strąceniu alkoholem przy pomocy ninhidryny. Praktycznie odczyn ten daje 80—85% wyników zgodnych z rozpoznaniem klinicznym; często wypada dodatnio w przypadkach gruźlicy.

Brieger i Trebing podają, że w 80—95% przypadków raka zawartość antytrypsyn w surowicy jest zwiększona. Przy rozpadzie tkanki nowotworowej uwolnione fermenty tryptyczne wywołują powstanie antyfermentów. Autorzy jednakże podkreślają, że zjawisko powyższe nie jest swoiste dla raka, i że można je stwierdzić w przypadkach charłactwa w ogóle lub też w przypadkach, w których ma miejsce rozpad dużych części tkankowych lub dużej liczby leukocytów. Podobny zupełnie jest pogląd na tę sprawę Peyrea, który opracował specjalną metodykę dla wykrywania zwiększonej zawartości antytrypsyn. Peyre uważa, że wyniki ujemne odczynu powyższego są bardziej miarodajne, aniżeli wyniki dodatnie.

Jeżeli idzie o fermenty lipolityczne, to okazuje się, że w surowicy chorych na raka zawartość lipazy odpornej na atoksyl jest wyraźnie zwiększona. Próby wykorzystania tego zjawiska w celach rozpoznawczych nie dały praktycznych wyników — ponieważ, jak się okazało, odporność na atoksyl zanika w przypadkach rakowych, dłużej pozostających przy życiu; poza tym okazało się, że zawartość lipazy odpornej na atoksyl jest również zwiększona w przypadkach z żywszą regeneracją nabłonka.

Normalna surowica posiada własność aktywowania lipazy. Shaw-Mackenzie stwierdził, że własność

ta jest wyraźnie osłabiona w surowicy rakowej. Zjawisko to zostało również stwierdzone przez *Watermana*. I w tym przypadku zmiany nie są swoiste dla raka; zmniejszenie zdolności, aktywujących lipazę, stwierdzono również i w surowicy u gruźlików i w przebiegu chorób zakaźnych.

W zakresie działania fermentów glikolitycznych próbowano również odnaleźć jakiekolwiek zmiany charakterystyczne dla raka, szczególnie w związku z ustalonym przez *Warburga* i jego szkołę charakterystycznym przebiegiem glikolizy w tkance rakowej. Badania *Ascoli* i jego szkoły wykazały, że glikoliza w erytrocytach rakowych jest wyraźnie zwiększona; zjawisko to, które wiąże się z obecnością związków nienasyconych w surowicy rakowej, stara się *Ascoli* między innymi wykorzystać dla celów diagnostycznych.

Wetzler i *Willheim* stwierdzili, że glikoliza w erytrocytach nierakowych może być znacznie zwiększona przez dodanie karotyny, która przez swe wybitne powinowactwo do tlenu stwarza po dodaniu jej warunki anaerobowe. Okazuje się jednakże, że po dodaniu karotyny do krwinek rakowych glikoliza się nie zwiększa, a nawet zostaje zahamowana. Metoda diagnostyczna, wypracowana na tej podstawie, dawała w 80% przypadków wyniki prawidłowe.

Fraenkeli i *Gereb* stwierdzili, że w 70% przypadków u chorych na raka można wykazać w moczu obecność ciała, aktywującego diastazę. Metodyka wykrywania tego ciała jest nietrudna; autorzy zalecają swój odczyn jako pomocniczy w rozpoznawaniu raków, w szczególności nieleczonych.

Wreszcie, jeżeli idzie o fermenty oksydujące, to znowu w związku z pracami *Warburga* należało się spodziewać w tej dziedzinie co najmniej odchyień od normy. *Sehrt* stwierdził we krwi rakowych chorych wyraźne odchylenia w syntezie błękitu indofenolowego. Okazało się, że odchylenia te można wykazać co najmniej w 90% przypadków, i że stanowią one podstawę do odczynu wartościowego pod względem klinicznym. Potwierdza to, zresztą, *Michaëis*, który sprawdził badania *Sehrt*a. Należy jednak zaznaczyć, że właśnie w tym ostatnim przypadku podstawy teoretyczne odczynu *Sehrt*a nie są jasne: synteza błękitu indofenolowego jest u chorych rakowych zwiększona, co wskazywałoby na większą zawartość tlenu, wzgl. fermentu u tych chorych, i co nie dałoby się pogodzić ze zjawiskami zaburzenia procesów oksydacyjnych w raku.

W zakresie podstaw teoretycznych wysiłków leczniczych w chorobie rakowej pozostaje do dnia dzisiejszego niewyjaśniona sprawa dużej wagi — a mianowicie sprawa możliwości samoistnego wyleczenia nowotworów złośliwych. Przed kilku laty *H. Wintz* podał ogólne zestawienie dotychczas spostrzeganych przypadków samoistnego wyleczenia nowotworów złośliwych, rozpatrując z największą ostrożnością i krytycyzmem zebrany materiał. W pierwszym rzędzie na uwagę zasługują przypadki samowyleczenia po chorobach zakaźnych, przebiegających z wysoką temperaturą. Już dawno spostrzegano samowyleczenia raków po róży. *Bruns* w 1888 roku zestawiał 22 przypadki tego rodzaju — jednakże tylko w 3 przypadkach spostrzeżenia okazały się ściśle. *Czerney* spostrzegał przypadek nawrotu raka piersi, w którym sprawa cofnęła się całkowicie po róży, i w którym chora żyła potem i dobrze się czuła jeszcze w ciągu 40 lat. W drugim przypadku *Czerney* spostrzegał różę u chorej z rakiem części pochwowej macicy (po próbnym skrobanu); w kilka

lat później zmiany rakowe całkowicie ustąpiły. Zmniejszanie się lub całkowite zanikanie nowotworów złośliwych spostrzegano nie tylko po róży, lecz i po innych sprawach zakaźnych. *Pleno* opisał przypadek olbrzymiego mięsaka czerniaczkowego pośladka u dziewczyny 22-letniej; po nieudanej operacji chora zapadła na posocznicę, a później na zapalenie płuc, po czym resztki guza zaczęły zanikać. Pacjentka wyzdrowiała całkowicie i przez wiele lat czuła się dobrze. *W. Müller* spostrzegał przypadek śluzako-mięsaka uda u 1/2-rocznego dziecka; po próbie operacji dziecko zapadło na ciężkie zakażenie pałeczką ropy błękitnej (*bac. pyocyaneus*); guz zaczął się zmniejszać i wreszcie znikł. Przypadek był spostrzegany w ciągu 22 lat. *Wintz* podaje własny przypadek całkowitego wyleczenia raka piersi z rozległymi przerzutami; beznadziejny stan pacjentki zaczął się poprawiać po ogólnym zakażeniu, które zjawiało się w związku ze zropieniem gruczołów. Przypadek *Wintz*a był badany histologicznie i spostrzegany po wyzdrowieniu w ciągu 10 lat. Przypadki, ostatnio przytoczone, należą do wielkich rzadkości; na ogół bowiem zakażenia ogólne w przebiegu raka nie tylko nie prowadzą do wyleczenia, lecz, odwrotnie, wywołują pogorszenie, powodując bezpośrednio zejście śmiertelne lub przyspieszając rozrost nowotworu. Szczególniej pouczające są przypadki zakażeń po próbnym wycinkach z guzów (najczęściej z szyi macicy), w których następuje pogorszenie. Liczni autorzy (*Neelsen*, *Temesvary*) podają, że spostrzegali przyspieszenie rozwoju sprawy nowotworowej oraz przerzuty po róży i po innych zakażeniach w przebiegu mało złośliwych raków skóry. Nie należy więc mówić o bezpośrednim leczniczym wpływie zakażenia na przebieg sprawy nowotworowej (co, zresztą, potwierdzają nieudane próby leczenia raków przy pomocy sztucznie wywołanych zakażeń); należy raczej przypuścić, że w przebiegu zakażenia mogą zupełnie przypadkowo wystąpić jakieś czynniki (?) powodujące wyleczenie. To samo, zresztą, możnaby powiedzieć o zupełnie odosobnionych przypadkach wyleczenia raków w przebiegu takich chorób, jak np. tyfus (*Ch. Müller*) lub ospa (*Riffel*). Niektórzy autorzy spostrzegali cofanie się nowotworów złośliwych po malarii. *Braunstein*, który twierdził, że w okolicach malarycznych raki należą do rzadkości, proponował leczenie nowotworów przy pomocy szczepienia malarii. Jednakże *Noch* i *Kirstein*, którzy szczepili malarię chorym na raka, spostrzegali w swoich przypadkach pogorszenia. W zasadzie należy przyjąć, że sprawy zakaźne, zjawiające się w przebiegu choroby nowotworowej, na ogół pogarszają całą sprawę i rokowanie.

W innej grupie przypadków *Wintz* omawia wyleczenia nowotworów złośliwych po niedoszczętnych i paliatywnych operacjach. W ocenie tego rodzaju przypadków należy zachować jak największą ostrożność. *Czerney* np. spostrzegał przypadek z mnogimi dużymi guzami w wątrobie, które były stwierdzone w czasie operacji; w dalszym przebiegu stan pacjentki znacznie się poprawił, przy badaniu klinicznym guzów nie wyczuwano, i stan ogólny przez wiele lat był bardzo dobry. Badanie histologiczne wycinka z guza wątroby było wykonane dopiero po kilku latach i wykazało obraz podejrzany w kierunku mięsaka; nie można było jednakże z całą pewnością wykluczyć sprawy zapalnej swoistej (?). *Czerney* jednakże uważał, że patolog w ocenie obrazu histologicznego nie był dostatecznie obiektywny i nie rozpoznał z pewnością nowotworu złośliwego, ponieważ pacjentka wyzdrowiała. Bardziej miarodajne mogłyby

być przypadki Schuchardta i niektóre z przypadków Sauerbrucha, w których spostrzegano w czasie próbnego otwarcia jamy brzusznej guzy żołądka (w jednym z przerzutami i puchliną), a później, po 2—3 latach, przy powtórnym otwarciu jamy brzusznej lub na stole sekcyjnym już guzów nie stwierdzano. Jednakże w tych dwóch przypadkach i w innych podobnych nie pobrano w czasie pierwszej operacji wycinków do badania histologicznego. Wintz twierdzi słusznie, że nawet w tych przypadkach, kiedy badanie histologiczne było wykonane, zanik guza nie może jeszcze być dowodem wyleczenia, gdyż niewielkie, makroskopowo niewidoczne ogniska nowotworowe mogą pozostawać przez czas dłuższy w stanie utajonym i nawet nieraz dawać przerzuty. Bardzo pouczający pod tym względem jest przypadek Verseeego. W przebiegu daleko posuniętego rozpadającego się raka piersi nagle nastąpiła poprawa; rak wygoił się samoistnie i w jego miejscu powstała blizna; pacjentka czuła się bardzo dobrze. Kiedy po 6 latach zmarła, wykonano sekcję i stwierdzono, że powierzchownie zagojony nowotwór naciekał głębiej leżące części; prawie we wszystkich narządach wewnę-

trzych znaleziono przerzuty. Trinkler opisał dwa przypadki raków odźwiernika (badane histologicznie), w których po zespoleniu żołądkowo-jelitowym chorzy żyli do 10 lat. Wintz zwraca uwagę na to, że zespolenie usuwa czynniki drażniące, bezwzględnie przyspieszające rozrost nowotworów i że po usunięciu tych czynników może nastąpić czasowe zahamowanie wzrostu, a nawet zmniejszenie się guzów; nie mamy jednakże i w tych przypadkach żadnych dowodów na to, że w ścianie żołądka nie pozostały ogniska nowotworowe, które mogłyby bardzo późno dać wznowę lub przerzuty. Tego rodzaju przypadek spostrzegł Kurtzahn: chory z rakiem odźwiernika czuł się zupełnie dobrze i pracował w ciągu 8 lat po zespoleniu żołądkowo-jelitowym; w 9-tym roku sprawa nowotworowa nagle zaczęła szybko postępować, i chory zginął. Podobny przebieg spostrzegano niejednokrotnie w przypadkach raków odbytnicy po wytworzeniu sztucznego odbytu; i w tych przypadkach również zabieg usuwa czynniki drażniące, i chorzy czują się dobrze nieraz w ciągu 10 i 15 lat; nie oznacza to bynajmniej jeszcze wyleczenia.

(Dok. nast.).

Oceny książek.

A. BACMEISTER. *Der diagnostische Untersuchungsgang zur Feststellung der aktiven Lungentuberkulose in der allgemeinen Praxis.* (Wyd. Georg Thieme Lipsk, str. 27, 1938).

Jak w przedmowie sam autor zaznacza, broszura nie zawiera nic nowego dla specjalisty ftizjologa, ma zaś na celu zwrócenie uwagi lekarza domowego, internisty na potrzebę zastosowania wszelkich sposobów badania, jakimi w chwili obecnej rozporządzamy, by przekonać się, czy mamy do czynienia z c z y n n ą sprawą w płucach. Mamy więc pokrótce przegląd tych niezbędnych metod badania, bez których nie wolno rozpoznawać sprawy czynnej gruźliczej w płucach. Autor, doświadczony specjalista, słusznie podkreśla konieczność uwzględnienia wyników wszystkich tych badań, skoro wnioskowanie z jednego tylko badania, poza stwierdzeniem prątków Kocha, może doprowadzić do wniosków fałszywych. Broszura jest napisana bardzo zwięźle i przekonująco, co zresztą nie dziwi, ze względu na osobę autora, znanego ze swych licznych prac z dziedziny ftizjologii.

M. Gantz.

Adolf HEIDENHAIN. *Die Psychiatrie im Dienste der Wehrmacht.* 1938. Georg Thieme Verlag Leipzig.

Nieduża książeczka zmarłego niedawno Adolfa Heiden-

haina, któremu J. Lange poświęca w przedmowie serdeczne wspomnienie pośmiertne, omawia w zwięzłym zarysie podstawowe zagadnienia psychiatrii wojskowej. — Jeżeli chodzi o stronę kliniczną, to warto podkreślić, że odrębne oblicze psychologiczne środowiska wojskowego nie tylko w czasie wojny, lecz i podczas pokoju nie wpływa na zwiększenie liczby psychoz endogenicznych, natomiast gros zaburzeń psychicznych stanowią różnorodne reakcje psychopochodne osobników psychopatycznych, łącznie z samobójstwami, szczególnie częstymi w wojsku. Autor nie poprzestaje tylko na opisach klinicznych, lecz również porusza pewne specyficznie wojskowe problemy praktyczne, jak ocena zdolności do służby wojskowej, znaczenie sądowo-psychiatryczne i dyscyplinarne nieumotywowanych dezercji, niektórych przypadków niesubordynacji, alkoholizmu. Wywody swe autor, ostrożny w wysnuwaniu wniosków, opiera zarówno na doświadczeniu własnym, jak i piśmiennictwie niemieckim oraz w dużej mierze piśmiennictwie francuskim. Szkoda, że nie zostały uwzględnione cenne prace autorów polskich, zwłaszcza J. Nelkena, z dziedziny psychiatrii wojskowej. — Monografia Heidenhaina jest bardzo aktualna w chwili obecnej, gdy zagadnienie obronności kraju nabiera szczególnie doniosłego znaczenia.

Wł. Matecki.

Wskazówki praktyczne.

Oleran uważa *naświetlanie rentgenowskie* za najlepszy środek przeciwko *nieustannym wymiotom oseków* i to zarówno w przypadkach kurczów, jak i zwężeń odźwiernika. Naświetla się stos kręgowy dawkami niezbyt silnymi, przepuszczanymi przez cienkie filtry i niezbyt głęboko drażącymi. (Sem. méd. 1937, Nr 4).

—o—

Walter Matheja opisuje *sukcesy i zawody leczenia krótkimi falami w praktyce dziecięcej*. We wszystkich nieswoistych obrzmieniach gruczołów chłonnych wszelkie inne metody

lecnicze ustępują działaniu krótkich fal. Wartość ich polega na szybkości działania, uśmierzaniu bólów, spadku gorączki i poprawie stanu ogólnego. Ostre obrzmienia gruczołów często ulegają wessaniu, dłużej trwające zapalenia prędzej dojrzewają i przechodzą w okres, kwalifikujący się do przecięcia. Na gruczoły gruźlicze wpływu leczniczego krótkie fale nie wywierają. Pozytywne wyniki dają nacieki skórne, krwinki i ropnie; bez efektu pozostają zapalenia ucha środkowego. W jednym przypadku ropniaka opłucnej wynik pomyślny wywarł nadzwyczajne wrażenie. (Kinderärztl. Praxis. 1937, Nr 11).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja kliniczna.

CCXLI posiedzenie z dnia 11 października 1937 r. poświęcone pamięci Dr. med. Edwarda Flataua.

Obecnych 64.

Przewodniczył Gantz.

Gantz zgodnie ze zwyczajem dorocznym otwiera okres

bieżący posiedzeń klinicznych, poświęcając pierwszy wieczór pamięci nieodżałowanego D-ra Edwarda Flataua, inicjatora Sekcji Klinicznej Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej. Przyswierała Mu w zainicjowaniu tej placówki naukowej myśl, której był wierny do ostatnich dni swego pracowitego życia, a która streszcza się w służbie dla prawdziwej Nauki, wolnej od wszelkich barbarzyńskich naleciałości, tak, niestety, często spostrzeganych w dobie obecnej. Przed kilku miesiącami upłynęło 5 lat od śmierci D-ra Flataua. Dziś, spoglądając

Streszczenia pojedyncze.

Bakteriologia i Serologia.

KATHE. Schorzenia, wywołane środkami spożywczymi przez specjalne zarazki. (Zbl. für Bakt. Orig. t. 140, 1937 r.).

Badania bakteriologiczne i serologiczne, przeprowadzane na podejrzanych produktach spożywczych i na wydalinach chorych jelitowych, wykazują, że nie wszystkie schorzenia jelitowe są wywołane przez drobnoustroje z grupy zatruwaczy mięsnych (*paratyphus-enteritis*). Przyczyną schorzeń jelitowych mogą być także saprofity, które się bardzo szybko rozmnażają w źle konserwowanych produktach spożywczych, stając się następnie przyczyną schorzeń jelitowych u ludzi. Do takich drobnoustrojów należy pałeczka odmienia (b. *proteus*) i pałeczka sienna (b. *subtilis*) oraz niektóre szczepy pałeczki okrężnicy, występujące w przetworach mlecznych, najczęściej w białym serze. Autor opisuje trzy epidemie, wywołane przez pałeczkę okrężnicy; miały one miejsce w 1936 r. łane przez pałeczkę okrężnicy; miały one miejsce w 1936 r. w Niemczech i objęły kilkaset osób. Schorzeniom z tych epidemii towarzyszyły: wysoka ciepłota sięgająca do 40°, bóle głowy i krzyża oraz ogólne osłabienie. Źródłem epidemii okazał się we wszystkich przypadkach biały ser, spożyty uprzednio przez wszystkie osoby zakażone. Badanie próbek tego sera wykazało obecność w nim, obok pałeczki okrężnicy (b. *coli commune*), ogromną ilość hemolizujących pałeczek okrężnicy. Hemolizująca pałeczka okrężnicy została również stwierdzona w kale chorych. Badania serologiczne wykazały, że surowice chorych nie zlepiały bakterii z grupy zatruwaczy mięsnych, natomiast zlepiały hemolizujące pałeczki okrężnicy nawet do miana 1:1600. Badanie kontrolne innych prób sera białego, nie wywołujących schorzeń, jakoteż kałów osobników zdrowych, również wykazały obecność hemolizującej pałeczki okrężnicy. Autor jednakże uważa, że o wystąpieniu schorzenia decyduje nie sama obecność hemolizującej pał. okrężnicy, ale przede wszystkim jej ilość; albowiem tylko te próbki sera, które zawierały bardzo dużo drobnoustrojów, powodowały schorzenia. Szczepy hemolizującej pałeczki okrężnicy wykazały dużą zjadliwość wobec białych myszy, karmionych tym samym serem, który spowodował epidemię. Myszy kontrolne, zakażone innymi szczepami pałeczek okrężnicy hemolizujących lub nie hemolizujących, pozostawały zdrowe. Posiewy z krwi i z narządów padłych myszek wykazywały obecność hemolizujących pałeczek okrężnicy. Z badań tych wyciąga autor wniosek, że cały szereg schorzeń jelitowych jest wywołany przez hemolizujące pałeczki okrężnicy, zawarte w przetworach mlecznych, których spożycie może wywołać nawet epidemie. Zagotowanie mleka przed przeróbką go na ser biały może w dużej mierze zapobiec rozmnażaniu się w nim hemolizujących pałeczek okrężnicy i zapobiec epidemii.

F. Fersztówna.

E. GRÓH. O ziarnistości Mucha, (Zentralblatt für Bakt. 343—353).

Much w roku 1907 ogłosił pracę, w której opisał zmodyfikowany sposób barwienia prątków gruźlicy metodą Ziehl-Neelena. Twierdził on, że istnieje postać prątków gruźlicy, którą można różniczkować jedynie przez 24-godzinne barwienie metodą Grama w pokojowej ciepłocie. Zabarwione w ten sposób prątki gruźlicy uważał Mucha za nieznaną dotychczas postać gruźlicy. Prątki gruźlicy przechodzą, według Mucha, 3 fazy rozwojowe; prątki kwasoodporne, prątki niekwasoodporne i postać ziarnista prątków gruźlicy. Liczne badania, przeprowadzone przez autora niniejszej pracy, doprowadziły do wniosku, że opisane przez Mucha prątki niekwasoodporne są wymierającą albo już wymarłą postacią prątków gruźlicy, rozmaite zaś duże ziarna są częściowo zarodnikami w okresie rozwojowym, częściowo dojrzałymi. W każdym prątku gruźlicy, z małymi wyjątkami, są mniejsze lub większe ziarenka, odpowiadające zarodnikom. Można je uwidocznić na preparatach,

przyżyciowo barwionych, lub na suchych preparatach, ale oglądanych przez mocniejsze szkła. Ziarenka niekwasoodporne, t. zw. postać gruźlicy Mucha, zwiększają się aż do układu, który jest właściwy dla typu gruźlicy ludzkiego i bydłęcego. Prątki gruźlicy mogą utracić kwasoodporność. 1 cm³ zawiesiny prątków gruźlicy typu ludzkiego i bydłęcego został dootrzewnowo wstrzyknięty 3 świnkom morskim i szczurom. Doświadczenia były często powtarzane i dawały te same wyniki. Prątki gruźlicy uległy po 24 godzinach fagocytozie i wykazywały kwasoodporność. Po 48 godzinach komórki rozpadały się i prątki gruźlicy leżały pozakomórkowo; po 72 godzinach można było stwierdzić obok licznych prątków kwasoodpornych również postaci niekwasoodporne. Objaw ten można było stwierdzić w serowatych ogniskach, w zimnych ropniach oraz w narządach zwierząt odpornych na gruźlicę typu ludzkiego i bydłęcego. Po utracie kwasoodporności bakterie nie barwią się żadną metodą i jedynie ziarenka, leżące w prątkach dają się zabarwić przedłużonymi metodami barwienia. Badania mikroskopowe i doświadczenia przeprowadzone z niekwasoodpornymi prątkami gruźlicy, dowiodły, że rozwój prątków gruźlicy, opisany przez Mucha t. j. rozkład na ziarenka mniejsze aż do niewidzialnych, z których rozwijają się prątki gruźlicy gramo-dodatnio a z nich prątki kwasoodporne, nie odpowiada rzeczywistości. Prątki gruźlicy wykazują jedynie rozwój, opisany przez autora, a mianowicie, że w prątkach gruźlicy powstają zarodniki, które dojrzewają, zarodnikują i rozwijają się w prątki.

S. Aftergut.

A. RAVINA i P. MAIGNAN. Nowe dane w sprawie odczynu Henrygo. (Pr. Med. 1938, Nr 1).

Odczyn Henrygo opiera się na tym, że surowice chorych na zimnicę posiadają własność kłaczkowania w obecności melaniny. Melaninę otrzymuje się z siatkówki oka wołu. Henry uzależnia dodatni odczyn surowicy chorych na zimnicę od istnienia przeciwciał, wywołanych przez obecną w organizmie chorych melaninę. Inni autorzy nie zgadzają się z Henrym. Przeciwno obecności przeciwciał w surowicy zimniczo chorych przemawia fakt, że u ludzi, którym w celach leczniczych wstrzyknięto krew chorych na zimnicę, dodatni odczyn Henrygo występuje już po 3—7 dniach od chwili wstrzyknięcia, t. j. wtedy, gdy przeciwciała nie mogą się jeszcze zjawić. O tym, że nie jest to odczyn, zachodzący między przeciwciałem i antygenem, świadczy to, iż melanina występująca w organizmie chorych różni się chemicznie i serologicznie od barwnika, używanego do odczynu, a następnie, że odczyn zachodzi tylko w hipotonicznym roztworze NaCl — roztwór izotoniczny hamuje kłaczkowanie. Chorine wykazał, że surowice, dające dodatni odczyn Henrygo, kłaczkują pod wpływem samego rozcieńczenia ich wodą destylowaną — w związku z tym uważa, że dodatni odczyn Henrygo jest to kłaczkowanie, wywołane hipotonią środowiska, a melanina odgrywa rolę poboczną. Henry jednak odróżnia kłaczkowanie surowicy pod wpływem wody destylowanej od melanoflokulacji. Mechanizm odczynu Henrygo jest bardzo skomplikowany. Schematycznie daje się ująć jako wypadalność występujących w zwiększonej ilości euglobulin i kompleksów lipidowo-białkowych, zmienionych w wyniku sprawy chorobowej. Autorzy podają technikę otrzymywania i przechowywania melaniny, pobierania i przechowywania materiału i wreszcie szczegóły wykonywania odczynu. Odczyn wykonywa się zarówno z surowicą świeżą jak i ogrzaną. Ogrzewanie znosi swoista własność kłaczkowania surowic zimniczych, nie zmieniając własności kłaczkowania zależnej od chwiejności surowicy. Wynik odczynu odczytuje się w fotometrze Vernesa, porównyując stopień skłaczkowania surowicy świeżej i ogrzanej. Wszystkie surowice zimnicze dają dodatni odczyn Henrygo; jednak otrzymuje się 6% wyników dodatnich nieswoistych, np. w durze osutkowym, czasem w żółtaczce hemolitycznej, zakażeniu paciorkowcowym

i w pewnych innych schorzeniach, wpływających na zaburzenie równowagi surowicy. Mimo to odczyn Henryego ma dużą wartość diagnostyczną zarówno w wypadku wyniku dodatniego jak i w razie, gdy wypadła ujemnie. W tym ostatnim wypadku 2—3-krotnie przeprowadzone badanie z wynikiem ujemnym pozwala wyłączyć zimnicę.

L. F e n i g s z t e i n ó w n a.

G. SEIFERT. O występowaniu zarazków przesączalnych w przyrodzie. (Zbl. für. Bakt. Orig. t. 140, 1937 r.).

Autorowi udało się z przesączów ziemi, nawozów i gnojówki kilkakrotnie wyosobnić drobnoustroje, które, według niego, są blisko spokrewnione z chorobotwórczymi zarazkami przesączalnymi. Badany materiał był umieszczany na kilka dni w roztworze cukru gronowego, w celu wzbogacenia drobnoustrojów w nim zawartych, następnie sączony. Przesącz posiewano na agarze z dodatkiem surowicy, krwi lub płynu puchlinowego. Po 4—6 dniach na płytkach, trzymanych w ciepłocie pokojowej, wyrastały kolonie w postaci kropelek rosy, widzialne tylko za pomocą lupy. Preparaty, sporządzone z tych kolonii, zabarwione fuksyną, thioniną karbolową lub roztworem G i e m s y, wykazywały w młodych hodowlach obecność drobnych ciałek o względnie regularnych kształtach; w starszych nieco hodowlach ciałka te przyjmują zupełnie nieregularne kształty a mianowicie blaszek, pierścieni i t. d. Jeszcze starsze hodowle wykazują obecność ciałek, sięgających już wielkością do rozmiarów komórek drożdżowych, które po pewnym czasie rozpadają się i tworzą mniejsze ciałka, odpowiadające ciałkom wyjściowym. Badania, przy pomocy sączków bakteryjnych rozmaitej wielkości, wykazały, że średnia wielkość tych ciałek wynosi przeciętnie 150 milimikronów. Ciałka te, zwłaszcza większe ich formy, według autora, odpowiadają ciałkom elementarnym zarazków przesączalnych. Szczepy drobnoustrojów, wyosobnione przez autora, nie rozkładają cukrów, rozpuszczają się pod wpływem żółci i taurocholenu sodu. Autor uważa, że hipoteza bliskiego pokrewieństwa wyosobnionych drobnoustrojów z chorobotwórczymi zarazkami przesączalnymi powinna być punktem wyjścia do dalszych badań nad zarazkami przesączalnymi, występującymi w przyrodzie. Ogromne rozpowszechnienie omawianych zarazków w przyrodzie powinno być, według autora, bodźcem do jak najrychlejszego podjęcia badań w tym kierunku.

F. F e r s z t ó w n a.

Lecznictwo.

P. GLEY. O oddziaływaniu związków anilinowych na krew. (Pr. med. 1937. Nr 96).

Badania, przeprowadzone przez autora, wykazały, że związki anilinowe (barwnikowe) oddziałują jednakowo na krew bez względu na to, czy są one sulfamidowane, czy nie. Wytwarzają one zależnie od zawartości sulfidu tę samą sulphaemoglobinaemę albo methaemo-globinaemę. Mianowicie grupa aminowa zostaje najpierw utleniona na grupę hydrozylaminową. W razie nieobecności sulfidów we krwi utlenia hydrozylamina haemoglobinę na methaemoglobinę, równocześnie ulegając przy tym redukcji, — w obecności sulfidów natomiast redukując się hydrozylamina wytwarza sulphaemoglobinę. Na pytanie L e v a d i t i e g o, czy wyżej wspomniane zmiany krwi występują również przy użyciu połączeń azowych (prontosil), autor odpowiada przecząco, twierdząc, że grupa aminowa p-Amino benzol-sulfamidu zostaje unieczynniona (blokowana) przez połączenie azowe i nie może być utleniona na hydrozylaminę.

Fryderyk G a r w i c z.

WEIL i GALABERT. W sprawie leczenia gościca torem X. (La pr. méd. 1938, Nr 16).

Próby wprowadzenia pierwiastków promieniotwórczych do lecznictwa datują się od dawna; już przy pierwszych badaniach stwierdzono bowiem ich działanie biologiczne. Jednym z szerzej stosowanych ostatnio jest tor X dzięki względnej taniości i krótkiemu okresowi rozpadu, co pozwala przypuszczać jego niewielką szkodliwość dla zdrowych tkanek. Jednakowoż

większość lekarzy odnosi się z nieufnością do tego środka. Zasadniczą tego przyczyną są liczne przypadki ciężkich schorzeń miejscowych i ogólnych, jakie wydarzyły się wśród pracowników, przyrządzających przetwory toru. Autorzy, podnosząc powyższe zagadnienie, stwierdzają, że zaniedbano przy pracy nad torem szeregu elementarnych ostrożności, nie przypisując temu pierwiastkowi szkodliwych właściwości. Przy okazji autorzy krytykują stosowany dotąd gdzieśgdzie sposób mianowania preparatów torowych. Ich miarą leczniczą nie może być zawartość promieniowania γ , jak to się dotąd praktykuje, lecz jedynie zawartość promieniowania α , zmienna w zależności od procesów technologicznych, ale wyłącznie miarodajna dla oceny przetworu. Dla tak mianowanych przetworów istnieje już pozologia kliniczna; niebezpieczeństwa w stosowaniu nie są większe, niż przy wielu innych środkach o znanych ubocznych działaniach, a zastosowanie dotyczy tak opornych na inne leczenie schorzeń jak gościec łuszczycowy i *spondylitis rhizomelica*.

A. W a j n g o t.

RAVINA. Wskazania i działanie uboczne przetworów sulfamidowych. (La pr. méd. 1938, Nr 18).

Pierwsza część pracy autora poświęcona jest wskazaniom. Znane są one dziś już każdemu lekarzowi i dotyczą, z punktu widzenia etiologii, w pierwszym rzędzie zakażeń ziarenkowcami różnych odmian (paciorkowce, dwoinki rzeżączki i zapalenia opon); ostatnio wyłaniają się nowe wskazania: schorzenia, wywołane przez prątek okrężnicy, niektóre beztlenowce, gronkowce i wiele innych, na razie na małą skalę dopiero zbadanych. Powikłania są bardzo różnorodne, nieraz groźne ale trzeba przyznać, iż w stosunku do liczby leczonych, stanowią zaledwie nikły procent. Wśród opisanych przypadków nie jeden błędnie został zaliczony na rachunek leku i był wyłącznie ogniwem podstawowego schorzenia. Autor cytuje kolejno: osłabienie i mdości, sinicę na podłożu met — i sulphemoglobinemii, hemolizę krwinek, granulocytopenię, zapalenie nerwu wzrokowego, wykwity odrokształtne, osłabienie oporności naczyń włosowatych z płonicą krwotoczną, wykwity pęcherzykowe, kwasicę ogólną. (Do tych danych dodać można ogłoszone już ciężkie złuszczone zapalenie skóry — ref.).

A. W a j n g o t.

OSGOOD. Studia nad mechanizmem działania zw. sulfamidowych. (J. Am. M. As. t. 110, 1938, Nr 5).

Łatwa i prosta metoda hodowli szpiku ludzkiego *in vitro*, opracowana przez autora wraz z B r o w n l e e (J. Am. M. As., t. 108, 22 maj 1937), posłużyła obecnie do rozwiązania tak aktualnego zagadnienia, jakim jest ciągle jeszcze niejasny mechanizm działania najpospolitszej obecnie grupy leków pochodnych sulfamidowych. Autor wykonał szereg hodowli i dodawał do nich benzenosulfamid w różnych stężeniach (od 1:250 do 1:500.000), inne zakażał beta paciorkowcem hemolizującym i te „leczył” tym związkiem. Z bardzo precyzyjnych i dokumentarycznych obserwacji autor wysnuł następujące wnioski: podstawowym działaniem sulfamidu jest zubożnianie toksyn bakteryjnych — w doświadczeniach stwierdzono wybitne osłabienie własności hemolizującej paciorkowca. Działanie to kojarzy się z osłabieniem rozrodczości drobnoustrojów. Nie zauważono bezpośredniego wpływu na fagocytozę, natomiast stwierdzono wzmożenie siły bakteriobójczej normalnej surowicy ludzkiej pod wpływem sulfamidu. Dla powyższych celów zupełnie wystarczająca jest stężenie leku 1:100.000. Wydaje się, iż u chorego człowieka wystarcza mniejsze stężenie leku w krwi krążącej. Wyższe stężenia, nawet znacznie przekraczające dawki, stosowane w klinice ludzkiej, nie uszkadzają bezpośrednio aparatu leukoblastycznego. Ta okoliczność nie wyłącza jednakże przypadkowej nietolerancji na zawartość pierścienia benzenowego, jak to się zdarza i z innymi jego pochodnymi i w ten sposób nie stwarza niezgodności między pracownią i kliniką. Na zakończenie, autor podnosi niesłychaną wartość hodowli szpiku kostnego *in*

vitro i zapowiada szereg dalszych badań zarówno nad czynnikami chorobotwórczymi jak również i nad lekami.

A. W a j n g o t.

FULLER, DIENES i SULKOWITCH. Zakażona kamica nerkowa, leczona sulfamidem. (Ibid).

Autorzy przytaczają 2 przypadki ciężkiego zapalenia miedniczek nerkowych i nerek. Z mętnego, alkalicznego moczu wyhodowano *haemophilus influenzae*, drobnoustroj o dużej jadowitości. Znany on jest, jako czynnik etiologiczny ropnych zapaleń w obrębie dróg oddechowych (płuca, oskrzela, opłucna), wsierdza (zapalenia i wady zastawkowe), układu nerwowego (opony). W zakresie układu moczowego również kilkakrotnie powodował on poważne cierpienia, jak: zapalenie cewki moczowej i gruczołów B a r t h o l i n i e g o, miedniczek nerkowych i jajowodów. Przy badaniu rentgenowskim stwierdzono obfite złogi kamice w miedniczkach. Zastosowanie benzensulfamidu usunęło składnik zapalny, odjałowiło i zakwasiło mocz, nie wpływając, rzecz jasna, na chorobę podstawową. Zaznaczyć należy, iż inne próby leczenia zakażenia były bezskuteczne. Zarazek *haemophilus influenzae* stanowi wskazanie do podawania zw. sulfamidowych.

A. W a j n g o t.

Choroby narządów trawienia.

P. SAVY. Leczenie zanikowej marskości wątroby. (La pr. méd. 1938, Nr 22).

Na wstępie autor zaznacza, iż poznanie patogenezы tego schorzenia łącznie z rozszerzeniem wiadomości naszych o fizjologii wątroby pozwala na osiąganie efektów leczniczych niemal w każdym stadium choroby, z tym, oczywiście, zastrzeżeniem, że w okresach późnych zabiegi mają wyłącznie charakter objawowy i paliatywny, we wczesnych zaś mogą zatrzymać lub wybitnie zwolnić cały proces patologiczny. Dlatego też leczenie musi być dostosowane do każdorazowego aktualnego stanu. Zalecenia lecznicze zmierzają w dwóch kierunkach: zapobiegają nowym szkodliwościom dla wątroby, podając jednak ustrojowi dostateczną ilość kalorii. Na pierwszym planie należy natychmiastowo i bezwzględnie zabronić używania alkoholu we wszelkiej postaci. Od reguły tej nie ma żadnego wyjątku, nawet wszelkie przypadłości abstynenckie u nałogowych alkoholików nie mogą od tego uwolnić. Rzecz jasna, że nie należy tego przepisu stosować w przypadkach bardzo daleko posuniętych, beznadziejnych, w których stanowiłby on niekiedy bezcelowe okrucieństwo u alkoholików. Autor posuwa się tak daleko, że nakazuje swoim chorym we wczesnych okresach zmienić zawód, o ile jest on związany z koniecznością spożywania alkoholu (przemysł gastronomiczny i pokrewne). Dieta ogólna ma być mleczno-jarzynowo-owocowa ze znacznym ograniczeniem tłuszczów, przypraw i łatwo fermentujących węglowodanów. Mięso w małej ilości dozwolone. Odpoczynek w łóżku, nieraz kilkutydniowy, znacznie przyczynia się do poprawy stanu. Leczenie w zdrojowiskach o typie Vichy — wzbronione poza najwczesniejszym okresem choroby. Dobre natomiast wyniki dają gorące okłady i diatermia wątroby. Wskazane środki czyszczące na podstawie siarczanu sodu, oraz moczopędne z grupy cebuli morskiej i raz na tydzień wstrzyknięcie rtęciowego środka moczopędnego. Środki żółciopędne i opoterapia wątrobowa nie wykazują wielkiego działania; warto natomiast próbować wstrzykiwać cianku rtęci 0,01 do 0,02 codziennie w przypadkach współistniejącej kiły. W okresach końcowych, z narastającym wodobrzuszem lub krwotokami — nakłucia otrzewnej, środki tonizujące (strychnina — nie fosfor lub arsen, nigdy w postaci nalewki alkoholowej), wreszcie środki przeciwkrwotoczne.

A. W a j n g o t.

WILBUR i WASHBURN. T. zw. wymioty czynnościowe. (J. Am. M. As. 1938, t. 110, Nr 7).

Wymioty czynnościowe, nazywane również nerwowymi, stanowią nie tylko sztucznie ukutą jednostkę chorobową, rozpoznawaną jedynie wtedy, gdy wszelkie badania wykluczają inne cierpienia. Takie ujęcie sprawy byłoby niesłuszne i zawierałoby

dużo możliwości dowolnej interpretacji i błędów klinicznych. Według autorów, wymioty czynnościowe są dobrze zdefiniowanym schorzeniem o dość wyrazistej symptomatologii. Klasycznym obrazem, dokoła którego mogą oscylować różne odchylenia, jest następujący: chorym osobnikiem jest najczęściej młoda kobieta w latach od 20—40, ogólnie „nerwowa“, napiętnowana wegetatywnie i w zakresie innych organów (serce, naczynia obwodowe). Bez żadnej uchwytnej przyczyny pojawiają się u niej w godzinę po jedzeniu ucisk w dołku podsercowym, nudności i wymioty. Sprawa ta, pomimo wielomiesięcznego nieraz trwania — mało upośledza odżywienie. Czasem wymioty są niecodzienne, lecz wiążą się z okresem, z okresami większych wysiłków fizycznych lub umysłowych, wreszcie z podnieceniem okolicznościowym. Nader charakterystyczne jest, że chory natychmiast po wymiotach ma dobry apetyt i gotów jest do nowego posiłku. Wszelkie badania radiologiczne nie wykazują odchyżeń od stanu prawidłowego, badania laboratoryjne nie wnoszą nic nowego, wyjątkowo bywa obniżenie podstawowej przemiany materii. W rozpoznaniu różnicowym, pomimo powyższych cech charakterystycznych, należy wykluczyć następujące schorzenia: migrenę, ciężą, uczulenie na pokarmy oraz niektóre schorzenia układowe, jak chorobę B a s e d o w a, A d d i s o n a, przełomy tabetyczne, mocznicę, wreszcie sprawy związane z wzmożeniem ciśnienia śródczaszkowego. Po ustaleniu rozpoznania należy przystąpić do energicznego leczenia. Ponieważ u podłoża wymiotów czynnościowych leży nerwica wegetatywna lub psychonerwica, należy zacząć od uspakajania układu nerwowego i psychoterapii. Pierwszy cel osiągamy podawaniem bromu i pochodnych kwasu barbiturowego. Psychoterapia polega na perswazji i utrwaleniu pacjenta w przekonaniu, że nie ma on żadnej choroby organicznej. W przypadkach opornych uciekano się jednak do fałszywych operacji, polegających na uspieniu i założeniu klamek na skórę. Należy podawać choremu pokarm w małych ilościach i dość często, zawsze suchy lub bardzo gęsty, płyn należy doprowadzać za pomocą infuzji lub lawatywy; tą drogą można podać również leki z wyżej wymienionych grup. Czasem znakomite wyniki osiągnąć można przez odseparowanie chorego od otoczenia i wszelkich wrażeń przez umieszczenie go w łóżku, w ciszy i półmroku. Dodatkowo stosować można insulinę dla pobudzenia apetytu, karmienie przez zgłębnik, płukanie żołądka i wreszcie podniesienie podstawowej przemiany materii w wypadku jej obniżenia. Autorzy nigdy nie znieczulają śluzówki żołądka kokainą. Wyniki tego postępowania są dobre. Na materiale autorów (140 przypadków) w 50% w ciągu obserwacji od 2-ch do 8-iu lat nie było nawrotów cierpienia. Przeciętny czas trwania leczenia nie przekracza kilku tygodni.

A. W a j n g o t.

Choroby kobiet i Położnictwo.

T. B. ZENER. Leczenie wymiotów ciężarnych za pomocą całkowitego, wodnego wyciągu z jajnika — (Agomensiny). (Northwest Medicine Nr 11, 1937 r.).

Na wstępie autor omawia liczne poglądy, dotyczące etiologii wymiotów ciężarnych. W ostatnich latach zwrócono uwagę na znaczenie zaburzeń wewnątrzwydzielniczych w tym schorzeniu i przedsięwzięto odpowiednie próby z organopreparatami. W pewnych zaburzeniach tarczycznych szybkie polepszenie otrzymywano przez zastosowanie Lipojodiny. Za pomocą Agomensiny leczono 13 lekkich, 19 średnio-ciężkich i 2 ciężkie przypadki. Prócz tego było stosowane leczenie ogólne. Agomensinę podawano zawsze w postaci wstrzykiwań domięśniowych; w lekkich przypadkach stosowano jedną ampułkę co drugi dzień, w średnio-ciężkich po jednej ampułce dziennie i w ciężkich przypadkach 3 razy dziennie po jednej do dwóch ampułek. Stosowano prócz tego promienie ultrafioletowe, kwas solny, podawano pożywienie bogate w węglowodany i ubogie w tłuszcz. Jako środek uspokajający stosowano Dial, w ciężkich przypadkach w dużych dawkach (5 tabletek i więcej w ciągu 24 godzin).

W 3 historiach chorób opisano szybki i trwały wynik. Jako wytyczne w leczeniu szpitalnym autor podaje następujące dane: największy spokój w łóżku, zakaz odwiedzin, podawanie środków uspokajających, chora powinna spać tak długo, jak tylko może, podawanie dożylnie płynów w postaci 15% glukozy. W ciągu pierwszych 3 dni nie można podawać nic doustnie albo *per rectum*, potem ewentualne karmienie przez zgłębnik. Agomensinę należy wstrzykiwać 3 razy dziennie po 2 lub więcej ampułek.

F. Mikulska.

P. SANGIORGI. Przyczynę do leczenia chorób kobiecych za pomocą preparatów jądrowych. (Rassegna Internazionale di Clinica e Terapia. Nr 19, 1937 r.).

Autor miał okazję do stosowania Androstiny u kobiet. Opisuje obserwacje 6 przypadków, dotyczących bolesnego miesiączkowania, skąpej miesiączki, neurastenii, psychastenii i innych zaburzeń psychicznych. Androstina dała we wszystkich przypadkach dobre wyniki. Stosowano w postaci wstrzykiwań ampułki A i B jednocześnie. W 2 przypadkach prócz tego stosowano tabletki. Autor zaznacza, że błędem byłoby leczyć wszystkie zaburzenia miesiączkowe i psychiczne u kobiet za pomocą organopreparatów męskich, tym niemniej w przypadkach, gdzie wyciągi jajnikowe i follikulina niedają żadnych rezultatów, i gdzie stosowanie innych metod leczenia było bezskuteczne wyciągi jądrowe dają nieraz wynik pożądaný.

F. Mikulska.

F. B. ZONER. Nowy sposób leczenia zapalenia pochwy, spowodowanego rzesistkiem pochwowym (*trichomonas vaginalis*). Doniesienie tymczasowe. (Northwest Medicine T. 36, str. 7, 1937).

Autor zaznacza, że przypadki zapalenia pochwy, spowodowane rzesistkiem pochwowym, w praktyce zdarzają się dość często. Metody leczenia są różnorodne i nie dają dotychczas jednakowych wyników. W szeregu przypadków stosowano również Vioform w proszku. Publikacje Hoffmana, który stosował 6,6% zawiesinę Vioformu w glicerynie zachęciły autora do wypróbowania 5% maści Vioformowej, którą stosowano co drugi dzień. Po uprzednim oczyszczeniu i osuszeniu pochwy za pomocą szklanej strzykawki z długą nasadą zapuszczano do sklepień około 15 cm³ maści. Podczas leczenia nie stosowano żadnych płukań. W ten sposób leczono 38 przypadków, będących pod stałą kontrolą bakteriologiczną. Za wyleczone przypadki uważał autor te, które po upływie dwóch miesięcy nie dawały klinicznych objawów chorobowych, i wynik badań bakteriologicznych był ujemny. Stosując powyższą metodę autor otrzymał w 27 przypadkach zupełne wyleczenie, 11 pacjentek jeszcze pozostało w leczeniu, jednak ze znacznym polepszeniem, w jednym przypadku wyleczenie nastąpiło już po jednorazowym zastosowaniu maści vioformowej, przeciętnie jednak leczenie wymaga dłuższego stosowania; w obserwacji autor posiada przypadki, w których zastosował około 9 razy maść vioformową. W jednocześnie istniejącej nadżerze części pochwy i zapaleniu szyi macicznej stosuje się elektrokoagulację kanału szyi i nadżerki.

F. Mikulska.

T. N. A. JEFFCEATE. Leczenie czynnościowych krwawień macicznych za pomocą gonadotropowego hormonu przedniego płata przysadki mózgowej i hormonu jajnika. (Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Empire. T. 44, Nr. 1, 1937).

Autor podejmuje próbę oceny przypadków, ogłoszonych w literaturze, a dotyczących wartości hormonów przysadki i jajnika w leczeniu czynnościowych krwawień macicznych. Uwzględniono także Agomensinę i Sistomensinę. Najlepsze wyniki leczenia hormonalnego dają przypadki, nie mające nic wspólnego z jajeczkowaniem, a znane jako *metropathia haemorrhagica*. Również dobre wyniki dają przypadki krwawień macicznych w okresie dojrzewania płciowego. Krwawienia okresu przekwiania są trudniejsze w leczeniu. Z ogólnej liczby krwawień ma-

cicznych leczenie hormonalne daje korzystny wpływ w 66% przypadków, w przypadkach krwawień w okresie dojrzewania uspokaja sprawę w 80% przypadków. Nieraz krwawienia te mogą się powtórzyć, i wtedy leczenie ich jest trudniejsze, niż krwawień pierwotnych. Autor omawia także mechanizm, dzięki któremu hormony mogą wywierać swój korzystny wpływ, prócz tego zastanawia się nad możliwością tworzenia się przeciwciał hormonalnych. Uboczne objawy, występujące nieraz w leczeniu hormonalnym, nie są przeciwwskazaniem do leczenia hormonalnego krwawień macicznych.

F. Mikulska.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

H. M. HANSCHALL. Kliniczne obserwacje nad leczeniem *Prontosilem* rzeżączki u mężczyzn. (Brit. Med. Journ. 1937. Nr 4011).

Autor leczył *prontosilem* chorych na rzeżączkę. 30-tu chorych z objawami *urethritis gonorrhoeica* otrzymało w przeciągu 6-ciu dni w tygodniu 2 g *prontosil. alb.* w 4-ch dawkach dziennie, dodatkowo przepłukiwania cewki moczowej roztworem 1:15000 KMnO₄ przez 5 dni. Leczenie trwało 2—6 tygodni. W drugiej grupie 39 chorych otrzymało 3 g *prontosil. alb.* dziennie w 3-ch dawkach przez 6 dni, poza tym 3 razy dożylnie 5 cm³ *prontosil. solub.* (2½%) i przepłukiwanie cewki z KMnO₄. Czas leczenia trwał od 10-ciu dni — 3 tygodni (w sumie 69 g *prontosilu*). W obu grupach znikoma liczba chorych skarżyła się na przemijające bóle głowy, nudności i brak łaknienia. Szybko zniknęły objawy zapalenia gruczołu krokowego, bez masażów. Pozostałym 30-tu chorym podawał autor 3× dziennie 1 g *prontosil. alb.* doustnie przez 6 dni, 3 razy w tygodniu 10 cm³ 5% *prontosil. solub.* podskórną. Płukań cewki nie robił. U 17-tu chorych, u których infekcja nastąpiła 7 dni przed rozpoczęciem leczenia, okres leczenia trwał 6—10 dni, u 5-ciu chorych z infekcją 21—24 dni przed leczeniem czas leczenia trwał 10—14 dni, u 3-ch chorych, którzy byli 18 — 30 dni przed tym zainfekowani, leczenie trwało 18 dni. U pięciu chorych leczenie zawiodło. Największa zastosowana dawka wynosiła 42 g *prontosil. alb.* i 8 g *prontosil. solub.* Chorzy, u których leczenie zawiodło, skarżyli się często na uporczywe bóle i zawroty głowy, depresję i brak łaknienia. Liczba ciałek białych wynosiła 12.000, czerwonych była prawidłowa. A. King w dyskusji zaznacza, że w 36-ciu przypadkach rzeżączki podawał *prontosil alb.* przez 2 dni 5½ g, 3 dni 4 g i następne 3 tygodnie 2½ g bez przepłukiwania cewki. Z tej grupy chorych wyleczenie całkowite w 2-ch przypadkach, w pozostałych chwilowa poprawa. W 13-tu przypadkach, leczonych *prontosilem* z równoczesnym przepłukiwaniem KMnO₄ w roztworze 1:8000, nastąpiło całkowite wyleczenie. U wszystkich zaobserwował uderzający spadek liczby leukocytów (3.000). A. T. Johnson uzyskał w 22 przypadkach doskonałe wyniki, a w 16 brak wyniku leczenia, podając 3 g *prontosilu* codziennie przez 14 dni, po 1½ g przez 7 dni i codziennie płukanie cewki. M. Rawlins obserwował w 50% przypadków wyleczenie. T. Anwyll-Davies poniżej 50% przypadków. K. Brown miał doskonały efekt leczenia *prontosilem* z podobnym skutkiem jak Hanschall.

Fryderyk Garwicz.

Imre SALGO. Stosowanie męskich hormonów płciowych w codziennej praktyce. (Srpski Arhiv. Nr 9—10, 1937 r.).

Autor często stosuje Androstinę w nerwicach płciowych z impotencją, najchętniej jednocześnie doustnie i pozaustnie, zaznaczając, że z wyników jest zadowolony. W jednym przypadku leczył pacjenta na zaburzenia potencji i nadmierną otyłość — po przeprowadzeniu leczenia Androstiną waga spadła o 15 kg, samopoczucie znacznie poprawiło się, i potencja płciowa powróciła. U 12-letniego chłopca nocne moczenie ustąpiło w krótkim czasie po zastosowaniu Androstiny po 1 tabletkę 3 razy dziennie.

W. Kurowski.

wstecz, mówca chce tylko stwierdzić, że Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej usiłuje w miarę sił czynić wszystko, by sprostac jednemu z najpiękniejszych ideałów ludzkich — dążeniu do poznania wiedzy i udostępnienia jej wszystkim, którzy tego pragną.

S z y m a n o w s k i wygłasza przemówienie, poświęcone pamięci D-ra Edwarda F l a t a u a, bojownika wiedzy, niezależnej i dostępnej dla wszystkich, żądnych jej.

Przewodniczący wzywa zebranych do powstania z miejsc celem uczczenia pamięci D-ra F l a t a u a. Zebrani powstają z miejsc.

Odczyt:

1. L. A n i g s t e i n. *Współczesny stan leczenia zimnicy.*

Do niedawna jeszcze najbardziej rozpowszechnioną metodą leczenia zimnicy było stosowanie dziennej dawki 0,6 g chininy w ciągu 8 tygodni. Badania i obserwacje lat ostatnich wykazały jednak, że podawanie jednego grama chininy dziennie w ciągu dni siedmiu odnosi ten sam skutek, co leczenie 8-tygodniowe. Według tych obserwacji, leczenie zimnicy w sposób powyższy trwać winno najwyżej jeden tydzień, w razie zaś wystąpienia nawrotu powinien on być traktowany jak napad pierwszy.

Leczenie chininą nie może być uważane jako *terapia sterilisans magna*, gdyż nawroty powstać mogą niezależnie od dawki i okresu leczenia. Pamiętać również należy o tym, że zasięg działania chininy jest ograniczony, gdyż dotyczy jedynie postaci bezpłciowych pasożyta (schizontów), podczas gdy wpływ chininy na gametocyty jest w najlepszym razie słaby. W poszukiwaniu nowych środków leczniczych starano się znaleźć preparat wielowalowy, działający na wszystkie fazy rozwojowe pasożyta zimnicy (sporozoidy, schizonty i gametocyty). Takiego środka dotąd nie wykryto, natomiast uzyskano drogą syntezy plazmochinę oraz atebrynę. Plazmochina nie może zastąpić chininy, lecz ją uzupełnia, gdyż nie działa na schizonty, posiada natomiast wybitne działanie na gametocyty, w szczególności zaś na półksiężyce.

Plazmochina (B a y e r), która jest pochodną błękitu metylenowego, stosowana jest w postaci czystej oraz w połączeniu z chininą-chinoplazminą. Wobec niedostatecznego aziatania plazmochiny na schizonty najczęściej stosujemy chinoplazminę, której jedna tabletką zawiera 0,01 g plazmochiny oraz 0,3 g chininy. Leczenie zimnicy za pomocą chinoplazminy trwa dwa tygodnie, przy czym dorośli otrzymują 3 tabletki dziennie, zaś dzieci po pół tabletki, od jednego do 4-ch razy dziennie, zależnie od wieku.

Atebryna (B a y e r). Punktem wyjścia atebryny była trójbenzenowa akrydyna. Pod względem swoistości chemoterapeutycznej atebryna odpowiada chininie, niszczy ona bowiem schizonty wszystkich trzech gatunków pasożyta, nie działając zresztą na gametocyty. Stosowanie atebryny w ostrym napadzie zimnicy wywołuje spadek gorączki w ciągu 2—3 dni oraz usunięcie pasożytów ze krwi po upływie 3 do 5 dni. Dawki dla dorosłych wynoszą po 0,1 g trzy razy dziennie, zaś dla dzieci od 0,1 do 0,3 g dziennie zależnie od wieku. Czas leczenia atebryną wynosi 7 dni. Zaznaczyć należy, że atebryna wywołuje żółte zabarwienie skóry pacjenta, spowodowane przez barwnik atebrynowy i nie mający związku z żółtaczką. Działanie atebryny na gametocyty odpowiada chininie, mianowicie nie posiada ona żadnego wpływu na półksiężyce, natomiast działanie atebryny na gametocyty pasożyta trzeciaczki i czwartaczki jest silniejsze od chininy. W ten sposób powyższe środki syntetyczne, z których każdy posiada swe wybiórce i swoiste własności chemoterapeutyczne, wzajemnie się uzupełniają, gdyż atebryna niszczy schizonty, podczas gdy plazmochina gametocyty.

Porównawcze studia, przeprowadzone ostatnio w różnych krajach przez ekspertów Komisji Malarycznej Ligi Narodów na materiale klinicznym, sięgającym 13.000 malaryków, doprowadziły do wniosku, że chinina wciąż jeszcze zajmuje pierwsze miejsce wśród innych środków leczniczych ze względu na skuteczność kliniczną oraz nieszkodliwość. Z drugiej strony w atebrynie i plazmochinie posiadamy leki, które w pewnych warunkach posiadają znaczenie wyjątkowe. (Streszczenie własne).

Dyskusji nie było.

CCXLII posiedzenie z dnia 25 października 1937 r.

Obecnych 123.

Przewodniczył B r o k m a n.

Odczyt:

1. M. M i c h a ł o w i c z. *Colitis u małych dzieci, jako objaw a nie samoistna jednostka kliniczna.* (Odczyt wygłoszony w Uniwersytecie Paryskim w czerwcu 1937 r. na zaproszenie wydziału lekarskiego). (Streszczenia nie nadesłano).

Dyskusji nie było.

CCXLIII posiedzenie z dnia 8 listopada 1937 r.

Obecnych 90.

Przewodniczył B r e g m a n.

Odczyt:

1. M. E i g e r (Wilno). *Padaczki i ich leczenie z punktu widzenia endokrynologii w świetle interferometrii.* (Streszczenia nie nadesłano).

Dyskusja:

M a c e w i c z zapytuje, na czym polegają zmiany w czynności gruczołów wewnątrzwydzielniczych w tych przypadkach, w których otrzymuje się wysokie liczby interferometryczne.

B r e g m a n porusza sprawę związku klinicznego między padaczką a czynnością gruczołów dokrewnych. Mówca opracował monografię o zależności między chorobami mózgowymi a gruczołami dokrewnymi. Najważniejszą rolę odgrywają tutaj gruczoły płciowe, przytarczyczne i nadnercza. Napady padaczki w tym czasie, kiedy powinna być miesiączka. W ciąży i połogu często występują napady padaczki, czasami znowu ustają. Czasami w ciąży istnieją wątpliwości, czy ma się do czynienia z rzucawką, czy padaczką. Również gruczoły przytarczyczne odgrywają nader doniosłą rolę. W tężyczce pooperacyjnej i samostnej powstają czasami napady padaczki. W pewnych przypadkach istnieje w młodym wieku spazmofilia, w starszym zaś — padaczka. Na nadnercza kładł swego czasu szczególny nacisk, uważając padaczkę za wyraz nadczynności nadnerczy. Po usunięciu nadnerczy napady czasami ustępowały. Mówca obserwował przypadek z niedomogą nadnerczy i napadami padaczki. Pod wpływem supareniny objawy się cofnęły. Wobec tego mówca uważa, że napady padaczki mogą występować zarówno w nadczynności, jak i w niedomodze nadnerczy. To samo dotyczy gruczołu tarczycowego, gdyż napady padaczki bywają zarówno w chorobie B a s e d o w a, jak i w obrzęku śluzakowatym.

S z o k a l s k i zapytuje, jak się zachowuje obraz interferometryczny krwi po leczeniu padaczki autoseroterapią.

B i r o również stwierdził występowanie napadów padaczki podczas miesiączki i ustępowanie ich po ustaniu menstruacji.

W i n i a r z podkreśla rolę momentów, wywołujących napady. Mówca wywoływał napady padaczki kardiazolem, przy czym występowanie napadu zależało od zastosowanej dawki leku — z jednej, zaś od stanu napięcia układu vegetatywnego — z drugiej strony. Pilokarpina ułatwia występowanie napadów padaczki po wstrzyknięciu kardiazolu, atropina — utrudnia je.

W odpowiedzi cytuję E i g e r zdanie W i l s o n a, jak mało wiemy o układzie vegetatywnym. Nie ma jednego objawu, charakterystycznego dla padaczki. Niewłaściwe jest łączyć nie drgawek tężyczkowych z padaczkowymi. Napady padaczki występują najczęściej przed miesiączką i podczas niej. Metoda interferometryczna mówi tylko o zmianach w narządach, lecz nie określa charakteru tych zmian. Badanie gospodarki wodnej, przeprowadzane przez F l i e d e r b a u m a, dowodzi, jak złożone są procesy przemiany materii. Rzadko zdarzają się czyste postaci schorzenia gruczołów dokrewnych. Autorzy francuscy twierdzą, że są to zawsze schorzenia wielogruczołowe (plurigliandularne). Czyste postaci są rzadkie, najczęściej zdarzają się mieszane.

B r e g m a n stwierdza, że wszyscy zgadzają się co do tego, iż etiologia i istota padaczki są niewyjaśnione, lecz napad padaczkowy prawie zawsze umiemy odróżnić, zwłaszcza od napadów tężyczkowych.

2. M. E i g e r. *Badania interferometryczne ludzi rakowatych i niedotkniętych rakiem.* (Streszczenia nie nadesłano).

Dyskusja:

F l o k s z t r u m p f zapytuje, czy wysokie liczby interferometryczne dowodzą niedomogi, czy też nadczynności danego narządu.

E i g e r wyjaśnia, że liczby te są dowodem dysfunkcji narządowej.

L a n d s b e r g wyjaśnia, że chemicznie i serologicznie wykrywa się nie tylko hormony i antyhormony. Metoda A b d e r h a l d e n a była w swej zasadzie podobna do interferometrycznej. Metoda interferometryczna jest mało dostępna.

A b r a m o w i c z uważa, że na podstawie statystyki kilkudziesięciu przypadków trudno wnioskować o pożytku interferometrii. Nie wiemy, czy istnieją zaczyny ochronne, czy nie.

B r o k m a n zapytuje, dlaczego tych zaczynów nie można uważać za swoiste.

P r e g o w s k i wyraża nadzieję, że badania te okażą się pożyteczne w dziedzinie chorób umysłowych, które w większości przypadków mają na pewno tło hormonalne.

Płóńskier zapytuje, jakie rodzaje nowotworów obejmowały badania prelegenta.

Reich zapytuje o korelację między rakiem i padaczką a zmianami interferometrycznymi. Czy istnieje korelacja między nasileniem objawów chorobowych a zmianami interferometrycznymi.

H. J. Landau zapytuje, jak tłumaczyć zmiany interferometryczne przy braku zmian klinicznych. Mówca obserwował na oddziale W. Neumanna w Wiedniu, gdzie u każdego chorego badano krew interferometrycznie, częstokroć zmiany interferometryczne przy braku jakichkolwiek objawów klinicznych ze strony gruczołów dokrewnych. Metoda ta posiada większe znaczenie praktyczne w sensie leczenia, niż teoretyczne w znaczeniu wyjaśnienia patogenezы wielu spraw. Opierając się na wynikach badania interferometrycznego, stosuje Kazała w swą polilizatoterapię, otrzymując częstokroć doskonałe wyniki lecznicze.

W odpowiedzi wyjaśnia Eiger, że zajął się zagadnieniem, czy i w jakim stopniu są zaatakowane w raku gruczoły wewnątrzwydzielnicze na podstawie danych interferometrii. Prelegent nie może jeszcze odpowiedzieć na zapytanie D-ra Reicha, gdyż badania są dopiero rozpoczęte. Interferometr kosztuje obecnie 5.000 złotych. Opsyny łatwo można samemu przygotowywać. Technika interferometrii jest opisana w pierwszej pracy prelegenta, dalej u Hirscha i Guillaumina. Ciała odpornościowe (aglutyniny, opsoniny i t. d.) są również zaczynami. Liczba zaczynów (katalizatorów) w ustroju jest ogromna.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Akademii Chirurgicznej w Paryżu z dnia 15 grudnia 1937 r. (Paris méd. Nr 1/1938) Charbannier i Schaubenberg pokazywali *wyjątkowy przypadek wrośnięcia woreczka żółciowego do wątroby z przedziurawionym*

uchyłkiem wewnątrzwątrobowym. Przypadek dotyczył 53-letniej kobiety, którą operowano z powodu zapalenia woreczka żółciowego. Podczas operacji po rozcięciu okolicy podwątrobowej znaleziono wśród zrostów woreczek, który z trudem udało się uwolnić z nich; z woreczka wychodził uchylek, wypełniony kamieniami, który był całkowicie wrośnięty do wątroby i tworzył uwypuklenie na wypukłej powierzchni gruczołu. Można też przypuszczać, zdaniem Guenettego, że uchylek był w rzeczywistości prawdziwym woreczkiem, podczas gdy widoczny woreczek był rozszerzonym przewodem pęcherzykowym.

Na posiedzeniu Akademii Chirurgicznej w Paryżu z dnia 15 grudnia 1937 r. (Paris méd. Nr 1/1938) Welty mówił o *wycięciu gruczołu tarczowego*. Prelegent sądzi, że w nadczynności tarczycy należy robić bardzo rozległe wycięcia tkanki tarczycowej. Pozostawione kikuty ujawniają przy badaniu drobnowidzowym objawy rozrostu. Wśród 700 przypadków prelegent spostrzegł tylko 14 nawrotów. Tę małą liczbę nawrotów tłumaczy on rozległymi wycięciami, które powinny zostawiać tylko dwa cienkie i wąskie kikuty. Prelegent występuje przeciwko całkowitemu wycięciu gruczołu tarczowego, które wywołuje cały szereg zaburzeń: otyłość, uczucie zimna, osłabienie, senność. Poza tym widywano porażenie nerwu zwrotnego, poronną tężyzkę. Rozmiary wycięcia powinny być dostosowane do każdego poszczególnego przypadku: u dzieci wycięcie tarczycy powinno być bardzo rozległe, podobnie u sercowo chorych. Prelegent zwraca jeszcze uwagę na niebezpieczeństwa, związane z wykonywaniem zabiegu u rzekomych „basedowików“, którzy są tylko sympatykotonikami. W rakach tarczycy mięśnie bywają często obrzękłe, trzon tarczycy gorzej się uwewnętrznia. Objawy, stwierdzane podczas operacji, pozwalają już podejrzewać raka, pooperacyjne badanie histologiczne usuwa resztę wątpliwości. Jednak gruczolaki płodowe, które widuje się u osobników młodych, mogą budzić wątpliwości z punktu widzenia histologicznego.

Przegląd terapeutyczny.

Ze Szpitala Miejskiego Św. Rocha w Białymstoku

(Dyrektor: Dr. med. K. Fiedorowicz)

Oddział Chirurgiczny

(Ordynator: Dr. med. Kazimierz Lewitt).

O nowych możliwościach stosowania zespołów witaminowych w praktyce codziennej.

Podał

Dr. Grzegorz KAGAN.

Przy przeglądaniu piśmiennictwa, dotyczącego kuracji witaminowych, uderza brak jakichkolwiek wskazań chirurgicznych do stosowania witamin.

Oprócz zwykłego tranu nie stosowaliśmy dotąd w oddziale żadnych specyfików witaminowych na szerszą skalę; a jednak obserwacje takie były bardzo pożądane. Maście tranowe, maście witaminowe, stosowane ostatnio, dawały wyniki niezłe, ale tylko zewnętrznie i miejscowo. Chodziło nam jednak o działanie ogólne. Możliwości było dużo: można było stosować witaminy w najrozmaitszych postaciach, oddzielnie lub razem. Wszystkie te sposoby posiadały kilka wad: po pierwsze — dawkowanie jest trudne i uzależnione wybitnie od przypadków, po drugie — cena preparatów jest zbyt wysoka, by umożliwić szerokie ich stosowanie.

Po długich namysłach doszliśmy do wniosku, że najlepiej będzie wypróbować działanie jakiegoś zespołu witaminowego, który by się nadawał równie dobrze do stosowania np. w sprawach ropnych, płucnych, skórnych, złamaniach, po operacjach lub obrażeniach zewnętrznych.

Sprawa wydawała się prosta, a jednak wystąpił cały szereg trudności. Badania lat ostatnich nad zespołami witaminowymi wykazały, że istnieje cały szereg antagonizmów, panujących *primo*: między witaminami samymi, *secundo*: szereg przeciwdziałań między wita-

minami a hormonami i mineralnymi oraz organicznymi czynnikami pożywienia.

Przeciwstawność działania ujawnia się przede wszystkim między witaminami rozpuszczalnymi w wodzie (np. A) a rozpuszczalnymi w tłuszczach (np. B). Badania Hopkina wykazały bowiem niezbieżność, że objawy hiperwitaminozy A u szczurów z powodu podawania nadmiernych ilości witaminy A, ulegają znacznemu złagodzeniu po dołączeniu do pożywienia wyciągu śladowego i drożdżowego, zawierających witaminę B. Dodatek witaminy B nie tylko podnosi tolerancję ustroju na wit. A, ale wzmacnia jej działanie lecznicze, a zarazem podnosi poziom przemiany materii.

Bardzo ważny z punktu widzenia lekarskiego jest od dawna już stwierdzony antagonizm grupy witamin rozpuszczalnych w tłuszczach a m. A i D. Badania doświadczalne, jak i kliniczne (L. Cornil) ustaliły bowiem ponad wszelką wątpliwość, że naćmierowi witaminy D towarzyszy awitaminoza A, i że, odwrotnie, duże dawki witaminy A powstrzymują nader skutecznie hiperwitaminozę D. Także praktyka wykazała, że dla uniknięcia objawów jakiegś awitaminozy lub hiperwitaminozy należy zawsze podawać wit. A i D razem w optymalnym stosunku ilościowym, odpowiadającym składowi tranu rybiego: przy podawaniu stężonych preparatów tranowych należy zachować stosunek ilościowy wit. A i D odpowiednio proporcjonalny do składu tranu rybiego.

Jeżeli chodzi o antagonizm między witaminami a hormonami, to należy wziąć pod uwagę antagonizm między wit. A i D a hormonem tarczycy (Chevalier i Baert): wit. A obniża poziom przemiany materii w przeciwstawieniu do hormonu tarczycy.

Co się tyczy stosunku między witaminami a białkami, tłuszczami, węglowodanami i ciałami mineralnymi to i tu badania wykazały ścisłą łączność. Chodzi

tu o zachowanie pewnej równowagi między poszczególnymi czynnikami odżywczymi. A więc niezbędna dla ustroju ilość wit. D waha się w zależności od zapotrzebowania na składniki mineralne (głównie wapń), zapotrzebowanie wit. C. zależy od zapotrzebowania żelaza i t. d. Jeżeli chodzi o węglowodany, to między nimi a wit. B. istnieje bardzo ścisły związek. Stosunek ilościowy między nimi powinien zachować pewną stałą wartość, i odchylenia od tej wartości prowadzą często do zaburzeń odżywczych, np. podawanie dużych ilości węglowodanów w *polyneuritis* wzmacnia i przyspiesza proces chorobowy (L. Cornil). Opierając się na powyższym, dziwnym mogło się wydawać, że nie spotykamy się w praktyce tak często z objawami różnych stanów chorobowych, polegających na nieodpowiednim ustosunkowaniu się wzajemnym ilości witamin, czy to witamin samych, czy też witamin i innych składników odżywczych. Jeżeli tak nie jest, to tylko dlatego, że wchodzi tu w grę druga, bardzo ważna z punktu widzenia leczniczego i praktycznego sprawa, a mianowicie sprawa użytkowania witamin przez ustrój. Wiemy, że dostawa witamin do ustroju jest zjawiskiem zależnym od czynników zewnętrznych i jest nieregularna i przypadkowa, ściśle uzależniona od rodzaju pokarmów. Ustrój znosi brak witamin przez czas względnie długi, a to prawdopodobnie dzięki temu, że posiada daleko idące możliwości magazynowania witamin, np. w wątróbce, z magazynów tych następnie witaminy zostają w miarę potrzeby uruchomione i przez ustrój stopniowo użytkowane. Stąd też wypływają ważne wskazówki i możliwości dla kuracji wielowitaminowych. W każdym bowiem przypadku możemy podawać większe ilości witamin w różnych postaciach celem nie tylko otrzymania efektu leczniczego w danej chwili, ale dla dalszego zapobiegania sprawom chorobowym w przyszłości (K. Miescher).

W poszukiwaniu odpowiednich preparatów zwróciliśmy uwagę na Sana-Sol, który wydał nam się najodpowiedniejszy z następujących powodów:

- 1) Sana-sol jest preparatem tranowym, pozbawionym smaku i zapachu tranu,
- 2) zawiera: wit. A i D stężonego ekstraktu tranu, kulbaki,
wit. B ekstraktu słodowego, bogatego w diastazę,
wit. C dojrzałych pomarańczy i cytryn,
- 3) posiada wysoką wartość kaloryczną,
- 4) nie wywołuje przy dłuższym podawaniu objawów ubocznych.

Ad 1). Wśród leczonych przez nas S. S. 40 chorych ani jeden chory nie uskarżał się na zły smak preparatu mimo, że wiedzieli wszyscy, że podawano im tran. Wręcz przeciwnie, jeżeli chodzi o dzieci, to te nawet żądały częstszego podawania preparatu.

Ad 2) Skład witaminowy Sana-solu jest następujący: 1 cm. Sana-solu zawiera 500 jedn. mn. wit. A i około 120 jedn. mn. wit. D. — 2 ccm³ Sana-solu dziennie chroni świnkę morską od skorbutu; wit. B zawarta jest w Sana-solu w takiej ilości, że powoduje szybkie ustąpienie objawów beri-beri u gołębia.

Nie będziemy tu podawali dokładnie stanów chorobowych, powstałych na skutek braku lub nadmiaru witamin z punktu widzenia internistycznego, są to bowiem rzeczy, bardzo dobrze wszystkim lekarzom znane. Chodzi nam tylko o wskazania czysto chirurgiczne lub z chirurgią związek mające.

Witamina A. Wskazania kliniczne. Zmniejszenie odporności skóry i śluzówek, keratomalacja, kseroftalmia, oporne gojenie się ran wszelkiego rodzaju, wyrzuty skórne, nieżyty dróg oddechowych, kolpokeratozy, wpływ na przemianę materii, brak apetytu, pobudzenie wzrostu aż do cofania się wagi i lżejsze hipertyreoz, wrzód żołądka i dwunastnicy, czyrączność i owrzodzenia goleni.

Witamina B. Wskazania kliniczne. Beri-Beri i wszystkie postaci pellagry, zaburzenia równowagi, kurcze mięśni, porażenia kończyn.

Witamina C. Wskazania kliniczne. 1) C-awitaminoza, skorbut, hemofilia. 2) C-hipowitaminoza, preskorbut, anemia, krwawienia, skaza krwotoczna, krwawienia płucne i maciczne, krwawienia przewodu pokarmowego. 3) Zaburzenia w mineralnej przemianie materii, źle gojące się uszkodzenia skóry, uszkodzenia kości, stawy rzekome, powolne zabliznianie się ran, złamania wszelkiego rodzaju.

Witamina D. Wskazania kliniczne. Zaburzenia w wapniowo-fosforowej przemianie kości i zębów, krzywica, rozmięknienie kości, złamania samoistne, źle zrastające się złamania. Wzrost pobudliwości, wywołany spadkiem zawartości we krwi wapnia, drgawki kloniczne, ciężka samoistna i pooperacyjna, gruźlica.

Ad 3) Bardzo ważnym dla nas czynnikiem był fakt wysokiej wartości kalorycznej Sana-solu, a mianowicie 1 łyżka stołowa zawiera przeciętnie 125 kalorii, czyli przy stosowaniu Sana-solu dostarczamy ustrojowi, poza witaminami, około 400 kalorii dziennie; ilość ta stanowi stosunkowo duży procent zapotrzebowania kalorycznego chorych, szczególnie dzieci. Przyjmując pod uwagę fakt, że materiał nasz obejmował chorych po większej części słabych fizycznie i niedożywionych (a takich w praktyce codziennej jest dużo), musimy uznać to za czynnik pierwszorzędnej wagi.

Ad 4). Podawaliśmy Sana-sol przez 6 tygodni różnym chorym i przy stosunkowo dużych dawkach nie stwierdziliśmy ani jednego przypadku nietolerancji, mimo, że chorzy różnili się wiekiem i stanami chorobowymi. Nie stwierdziliśmy ponadto żadnych objawów hipervitaminozy, ani nie widzieliśmy — co szczególnie jest ważne — żadnej reakcji ze strony przewodu pokarmowego. W przypadkach czysto chirurgicznych, po operacjach brzusznych, zaczęliśmy podawać Sana-sol równocześnie z kleikami i kaszkami i ani razu nie stwierdziliśmy biegunk, nudności, wymiotów i t. d. Wręcz odwrotnie, samopoczucie chorych się polepszało, łaknienie wzrastało (wagi nie mogliśmy, niestety, kontrolować z powodu zbyt krótkiego przebywania chorych w oddziale). Stwierdziliśmy przy tym, że lepiej jest podawać Sana-sol po jedzeniu, niż przed.

Reasumując powyższe dane, widzimy, że istnieje bardzo wiele dziedzin, gdzie podawanie zespołów witaminowych może nam oddać duże usługi lecznicze. Nie twierdzimy bynajmniej, że podawanie np. Sana-solu w wyżej wymienionych stanach chorobowych powinno być najważniejsze, ale biorąc pod uwagę właściwości biologiczne tego preparatu, musimy przyjść do przekonania, że jest on potężnym *adjuvans* w bardzo licznych chorobach, z którymi w praktyce chirurgicznej mamy tak często do czynienia. Jeżeli dodamy do tego najważniejsze spostrzeżenia różnych autorów, dotyczące coraz to nowych możliwości stosowania terapeutycznego witamin, niesprawdzonych wprawdzie jeszcze na odpowiednio dużym materiale klinicznym, jak:

1) dodatni wpływ wit. A na płody i na zmniejszenie możliwości zakażenia porodowego (Green i Melanby),

2) korzystny wpływ wit. D u dzieci niedorozwiniętych umysłowo (Hübel),

3) łagodzenie objawów u chorych na kamicę nerkową i pęcherzową przez podawanie wit. A, a nawet rozpuszczanie kamieni (Higgins, Cleveland, V. V. Connor — Chicago),

4) dodatni wpływ wit. B w leczeniu schorzeń nerwowych, ośrodkowych i obwodowych, a więc w porażeniach po markozie, zatruciu alkoholem, ołowiem, arsenem, cukrzycy, Beri-Beri itd. (Heiman),

5) stosowanie wit. C w *morbis Addisoni*, stosowanie wit. D w cierpieniach alergicznych (Wilder),

6) moczopędne działanie wit. C w marskości wątroby (Spengler),

7) dodatni wpływ terapii witaminowej, głównie wit. C w leczeniu opryszczek i półpaśca (Dainow),

8) przyspieszenie procesu regeneracyjnego i zwiększenie odporności na czynniki infekcyjne skóry i tkanek u osobników, nieposiadających niedoboru witaminowego, doskonały wpływ na takie jednostki chorobowe jak wyprysk, owrzodzenia, odmrożenia itd., to fakty te przemawiają jednogłośnie za tym, że należy witaminy czyste i preparaty witaminowe stosować jak najczęściej i jak najszerszej. Można by, naturalnie, opierając się na powyższych wywodach, stwierdzić, że należy raczej po dokładnym rozpoznaniu stosować preparaty jednowitaminowe. Ale trzeba pamiętać o tym, że równocześnie z leczeniem zasadniczej sprawy chorobowej musimy dbać również o odpowiednie nastawienie całego ustroju, o doprowadzenie doń wszelkich wartości odżywczych i leczniczych, o nastawienie go nie tylko przeciwko danej jednostce chorobowej, ale przeciwko możliwym komplikacjom i o umożliwienie mu skutecznej walki z czynnikiem chorobowym. Taką rolę może odegrać tylko zespół wielo-witaminowy o dużej jednocześnie wartości odżywczej.

Wywody nasze pozwolimy sobie zilustrować następującymi przypadkami z praktyki szpitalnej i ambulatoryjnej:

Przyp. I. *Empyema pleurae sin.*

Nr karty szpit. 3542/37. S. T. lat 6. Po przebytej pneumonii krupowej przybył do szpitala dnia 5.XI. z rozpoznaniem lewostronnego ropnego zapalenia płucnej. 6.XI. dokonano torakotomii i założono dren gumowy. Dziecko leżało przez 3 tygodnie bez poprawy. Odchodziło dużo ropy, kaszel, gorączka w granicach 37,2 — 37,8. Brak apetytu. Wybitnie wyniszczone. Hb. — 70%. Dnia 29.XI. zaczęto podawać Sana-sol w ilości 3 łyżek deserowych dziennie. Waga dnia 29.XI. — 11 kg 700 g, 6.XII. — 12 kg, 13.XII. — 12,400 kg, ogólna poprawa. Zjawił się apetyt. Kaszel znikł. Dziecko bawi się. Hb. 75%, temperatura 37 — 37,2. Dnia 14.XII. wypisany do domu celem dalszego leczenia.

Przyp. II. *Empyema pleurae sin.*

Nr karty szpit. 3957/37. M. S. lat 12, uczeń. Zachorował przed 6 tygodniami przy objawach wysokiej gorączki, kaszlu, kluciu w lewym boku. — 8.XII. dostarczony do oddziału, gdzie dokonano torakotomii z założeniem drenu. Od dnia 10.XII zaczął dostawać Sana-sol w ilości 3 łyżek stołowych dziennie. Waga w dniu przybycia 31,500 kg, 13.XII — 32 kg, 20.XII — 32,400 kg, 27.XII — 32,700 kg, 2.I — 32,800 kg. Stan chorego polepszył się w bardzo szybkim tempie, tak, że dnia 4.I został wypisany jako zdrowy.

Przyp. III. *Empyema pleurae sin.*

Nr karty szpit. 3639/37. D. Cz. lat 8, chory od 6 tygodni. Przywieziony do szpitala dnia 12.XI. Dnia 13.XI dokonano torakotomii. Dziecko wybitnie wyniszczone. Nie chce jeść, nie bawi się, apatyczne, senne. Hb. — 65%, kaszle, gorączkuje. Stan taki trwał z małymi zmianami do dnia 29.XII, kiedy zaczęto podawać Sana-sol w ilości 2 łyżek stołowych dziennie. Waga w dniu 29.XII 18,300 kg, przez pierwszy tydzień stan bez zmian. 6.XII 18,200 kg, 13.XII — 18,900 kg i od tej chwili zaczęła się bardzo wyraźna poprawa. Stany podgorączkowe, apetyt wzrósł, wydzielina ropna zmniejszyła się, samopoczucie dziecka dobre. 20.XII 19 kg, 27.XII — 19,500 kg, 3.I — 20,300 kg, 10.I — 20,100 kg, 17.I — 20,200 kg. Hb 78%. Dnia 19.I wypisany w dobrym stanie do domu.

Przyp. IV. *Osteomyelitis femoris sin.*

Nr karty szpit. 3813/37. O. W. lat 17, bezrobotny. Chory podaje, że od kilku tygodni odczuwał w lewym udzie silne bóle, wysoko gorączkował. 3.XI dostarczony do oddziału. Na lewym udzie w połowie wysokości wyczuwa się duży, chęłbocący ropień. 4.XI ropień rozcięto. Złjęcie rentgenowskie wykazało wyraźną sekwestrację kości udowej. Delbet, 4-krotnie mleko, gorączka nieco spadła w granicach 37,3—38. Z rany wydzielają się duże ilości ropy. Samopoczucie wybitnie złe, źle sypia, brak apetytu. Stan ten trwał bez zmian do dnia 22.XII. Zaczęto podawać Sana-sol 3 łyżki stołowe dziennie. Waga w dniu 21.XI — 34,500 kg, 28.XI — 35 kg, 6.XII — 35,200 kg, 13.XII — 35,600 kg. Stan ogólny znacznie się polepszył. Wydzielina zmniejszyła się wybitnie. Rana zaczęła ziarninować. Samopoczucie dobre. Dnia 14.XII wypisany do domu na własne żądanie.

Przyp. V. *Appendicitis acuta.*

Nr karty szpit. 3818/37. Lat 15. B. S. uczennica. Przywieziona do szpitala dnia 28.XI. z rozpoznaniem *app. ac.* W tym samym dniu operowana. Z powodu wysięku w jamie otrzewnej założono sączki, ranę zostawiono otwartą. Rana z początku źle się goiła, po 7 dniach zaczęto podawać Sana-sol, 2 łyżki stołowe dziennie. Jednocześnie wstrzyknięto mleko. Samopoczucie chorej, jak i stan ogólny znacznie się polepszyły. Stopniowo zwiększono dawkę Sana-solu do 4 łyżek dziennie. Rana się zagoiła bardzo dobrze. Chorą wypisano dnia 17.XII. do domu.

Przyp. VI. *Oparzenie I i II stopnia, twarzy i kończyn górnych.*

Nr karty szpit. 4054. Lat 27, służąca. Chora oparzyła sobie wrzątkiem twarz, kończyny górne i część klatki piersiowej. Przybyła do szpitala dnia 17.XII. Oparzenia goiły się opornie do dnia 26.XII. Od 27.XII zaczęto podawać Sana-sol po 4 łyżki dziennie. Leczenia miejscowego nie zmieniono. Stan chorej zaczął się stopniowo poprawiać. Żywe ziarninowanie, szybka regeneracja skóry. Spadek ciepłoty, wzrost apetytu i wagi. Dnia 27.XII. — 56,500 kg, w dniu wypisania, tj. 14.I. — 58,400 kg.

Przyp. VII. *Osteomyelitis cruris sin.*

Nr karty szpit. 4133/37. N. K., uczeń, lat 14. Sprawa zaczęła się przed kilku miesiącami. Na lewym podudziu, po stronie zewnętrznej, duża ropiejąca przetoka. Dnia 29.XII dokonano zabiegu wyłęczekowania kości. Waga przed zabiegiem 35 kg, na drugi dzień zaczęto podawać Sana-sol po 3 łyżki dziennie. Chory przebywał w szpitalu do dnia 14.I. Rana zaczęła ziarninować.

ninować dobrze. Dnia 14.I 36,500 kg. Stan ogólny dobry. Wypisany do domu na własne żądanie w stanie znacznej poprawy.

Dwa przypadki chorych, leczonych ambulatoryjnie.
1. Dziecko lat 4 z wyraźnymi objawami krzywicy, przybyło z powodu licznych czyraków skóry, przy czym na szyi miało czyrak wielkości jaja gołębiego. Po rozcięciu w ciągu 4 tygodni podawaliśmy Sana-sol po 2 łyżki dziennie. Po 2 tygodniach czyraki znikły. Dziecku przybyło 3 kg. Zmiany krzywiczne się cofnęły.
2. Dziecko lat 6 przybyło z zastrzałem palca dużego ręki prawej, przy badaniu rozpoznano skazę limfatyczną, wybitnie wyniszczające, nerwowe, złe sypia, brak łaknienia. Po 6-tygodniowym podawaniu Sana-solu uzyskaliśmy przybytek na wadze 2 kg, poprawę apetytu i zupełne ustąpienie objawów gruczołowych.

Naturalnie, materiał nasz jest zbyt szczupły, by móc zeń wyciągnąć wnioski natury ogólnej. Jednak bezwzględnie we wszystkich przypadkach widzieliśmy mniej lub więcej dobroczynny wpływ Sana-solu na przebieg spraw chorobowych. Chcielibyśmy tu więc zwrócić uwagę lekarzy na nowe możliwości stosowania

tego leku w najrozmaitszych przypadkach, gdzie dotychczas stosowanie specyfików nie odniosło pożądanego skutku lub dało wyniki mierne.

Powtarzamy, Sana-sol nie jest żadnym cudownym środkiem o działaniu wybiórczym, ale jest ważnym środkiem pomocniczym, którego lekceważyć i o którym zapominać lekarzowi-praktykowi nie wolno.

Dalsze badania i obserwacje w toku.

PIŚMIENICTWO.

1. Boller: Zeitschrift für Klinische Medizin. 1936, t. 130, zesz. 2. — 2. Baetzner: Zentralblatt für Chirurgie. 1937, Nr 6. — 3. Randin: Biologia Lekarska. 1932. — 4. Holt i Hovland: Choroby dzieci. — 5. Therapie der Gegenwart. 2.XI.1936. — 6. Lelesz: O działaniu witamin. 1926. — 7. Buryń-Birula: Polska Gazeta Lekarska. 1936, Nr 22. — 8. Maliwa: Wiener med. Woch. 1937, Nr 39. — 9. Heiman: Klinische Wochenschr. 1937, Nr 31. — 10. Fridrichsen i Edmund: Am. Journ. Dis. Childr. T. 53, Nr 5, 1937. — 11. Miescher: Schweiz. med. Woch. 1937, Nr 44. — 12. Cornil: Journal des Praticiens. 1916, Nr 44. — 13. Euler i Mahnberg: Stockholm, Centralblatt für physiol. Chemie. 1935, t. 232.

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Z Oddziału Biochemii Państwowej Szkoły Higieny.

(Dyrektor: Doc. Dr. G. Szulc).

Reforma żywienia w Polsce a zagadnienie wsi *).

Podał

Aleksander SZCZYGIEL (Warszawa).

(Ciąg dalszy — patrz nr 15).

Potrzeba reform w dziedzinie produkcji środków spożywczych.

Z powyżej przytoczonych danych widzieliśmy, że pod względem ilościowym nasza produkcja środków spożywczych niewiele przekracza aktualne zapotrzebowanie rynku krajowego. Ale i ta rozpiętość jest tylko

*) Na podstawie odczytu wygłoszonego w październiku 1937 r. na Zebraniu Wydziału Higieny Żywienia Polskiego Towarzystwa Higienicznego.

pozorna. Z chwilą, gdy zwiększy się zamożność mas, a z nią i siła nabywcza konsumentów na takie produkty, jak mięso, nabiał, świeże jarzyny i owoce, wtedy spadnie produkcja zbóż, a równocześnie z tym zmniejszy się również i ogólna kaloryczna wartość artykułów spożywczych. Jednakże w obecnym stanie rzeczy, niedobór produktów spożywczych na razie przynajmniej nam nie grozi.

Gorzej przedstawia się sprawa, jeśli chodzi o aprowizację naszego kraju pod względem jakościowym. Odczuwa się tu wyraźny brak niektórych produktów spożywczych niezbędnych do prawidłowego żywienia.

Dla przykładu przytoczę parę liczb. Według Komisji Fizjologów Sekcji Higieny Ligi Narodów dzienne zapotrzebowanie na różne produkty spożywcze dla ludzi w różnym wieku przedstawia się, jak następuje:

Nazwy produktów:	1-2 lat	2-3 lat	3-5 lat	5-7 lat	12-14 lat	Kobiety ciężarne i karmiące	Dorosły wg. norm Konferencji w Santiago Chile
Produkty zapobiegawcze czyli ochronne							
Mleko	750	1000	1000	1000	1000	1000	250
1 jaje lub 30 g. mięsa lub wątroby	48	48	48	48	48	48	—
mięso, ryby lub wątroba	—	—	—	30	90	120	125
ser	—	—	—	—	—	30	—
jarzyny liściaste	30-60	30-60	60-100	100	250	100	200
kartofle lub okopowizna	30	50	100	150	300	250	200
jarzyn twarde	—	—	—	—	—	10	100 (strączkowe)
tran	3	3	3	3	3	3,5	—
surowe jarzyny i owoce	w ilościach, zależnie od zawartości witaminy C. Dawka wynosi około 100 g dziennie (dop. autora)						
Produkty energetyczne							
tłuszcze	7	10	15	20	stosownie do potrzeb	stosownie do potrzeb	30-40
produkty zbożowe i słodowe	50	50	75	100	500	500	500

Rzut oka na powyższą tablicę przekonywa nas, że normy, zawarte w niej, nie są wcale zbyt wygórowane. Koszt jadłospisu, ułożonego według nich, nie jest duży. Trzeba tu nadmienić, że nie należy tych schematów uważać za nienaruszalne. Zasadniczo chodzi tylko o to, żebyienne racje pokarmowe zawierały odpowiednią ilość produktów zapobiegawczych, czyli ochronnych, a więc mleka, sera, jaj, mięsa, jarzyn i owoców. Niektóre z tych produktów można zastąpić innymi, np. mięso — serem lub mlekiem (100 g mięsa zawiera mniej więcej tyleż białka, co 100 g sera białego lub 650 cc mleka).

Na podstawie norm, podanych wyżej, lub nieco zmodyfikowanych, można obliczyć, ile i jakich produktów spożywczych potrzeba do wyżywienia ludności danego kraju. Niestety nie jest to sprawa łatwa, gdyż brak jest wielu niezbędnych do tego celu danych statystycznych, np. o produkcji jarzyn i owoców, sera i t. d.

Przybliżone obliczenia, oparte na wspomnianej tablicy Ligi Narodów, wskazują, że spożycie mleka w Polsce powinno wynosić około 6.935 milionów litrów rocznie, spożycie mięsa około 1.017 milionów kg (przebieg 80 g na głowę ludności, czyli 29,2 kg rocznie), a spożycie owoców co najmniej 12.410 milionów kg. (licząc po 100 g dziennie).

Tymczasem okazuje się, że całkowita produkcja mleka wynosi 8.978 milionów litrów, z czego około 21% idzie na wychów młodzieży w gospodarstwie, a 10% jest przerabiane na masło. Gdyby pozostała część mleka była spożywana pod tą, czy inną postacią, wtedy spożycie jego wynosiłoby 6.195 milionów litrów, a więc mniej, niż wypada z obliczeń według schematów racjonalnych jadłospisów. W rzeczywistości spożycie to jest o wiele mniejsze, gdyż na wsi dużo mleka przerabia się na masło, na sprzedaż, a maślanek używa się do żywienia trzody chlewnej.

Według zestawienia, podanego w artykule, ogłoszonym przez Sekcję Higieny Ligi Narodów (16) roczna konsumpcja mleka i wszystkich przetworów mlecznych wynosiła w latach 1930—34:

w Nowej Zelandii	575 kg.
w Szwecji	509 „
w Danii	446 „
we Francji	315 „
w Niemczech	362 „
w Polsce	226 „

Z rozważań tych wynika, że w Polsce nie powinno być mowy o nadprodukcji mleka, a raczej o potrzebie jej zwiększenia i o wzmożeniu spożycia mleka ze względu na to, że żywienie ludności wiejskiej i robotniczej jest ubogie w białko pochodzenia zwierzęcego.

Jeśli chodzi o spożycie mięsa, to wynosi ono, według danych urzędowych z 1936 r., około 20,2 kg, a więc jest o 30% za niskie, nawet gdyby przyjąć jako normę 80 g dziennie na głowę ludności. W rzeczywistości sprawa przedstawia się o wiele gorzej, gdyż ludność wiejska spożywa zaledwie parę gramów mięsa dziennie, podczas gdy w miastach spożycie tego produktu wynosi około 200 i więcej gramów. Dla porównania podam, że obecnie spożycie mięsa wynosi w Niemczech 51,6 kg na głowę ludności rocznie; we Francji 47,6; w Belgii i Holandii 34,3; w Austrii 29,2, a w Polsce, jak już wyżej wspominałem, tylko 20,2 kg (14). Innymi słowy, produkcja mięsa mogłaby znaleźć co najmniej dwukrotnie

większy zbyt na rynku krajowym, gdyby spożycie jego osiągnęło właściwy poziom.

Podobnie sprawa przedstawia się, jeśli chodzi o owoce. Według danych urzędowych, produkcja krajowych owoców jest tak niska, że na jednego mieszkańca wypada rocznie zaledwie około 13 kg tych produktów, czyli mniej więcej 35 g dziennie. Jest to trzykrotnie za mało, licząc, że spożycie świeżych owoców powinno wynosić co najmniej 100 g dziennie. Trzeba przy tym wziąć pod uwagę fakt, że duża część owoców występuje tylko sezonowo, i że część ich ulega zepsuciu lub jest przerobiona na marmelady albo soki owocowe. Poza tym w okresie letnim spożycie owoców jest znacznie wyższe niż 100 g, a w zimie b. małe. A zatem nasza produkcja owoców pokrywa zaledwie ułamek optymalnego zapotrzebowania, szczególnie w miesiącach zimowych.

Niskie jest również spożycie tłuszczów w Polsce; w 1928 r. wynosiło ono 7,3 kg rocznie na głowę ludności, podczas gdy w Niemczech — 29,6, w Szwecji i Norwegii 40 kg. Mimo tak niskiego całkowitego spożycia tłuszczu przez naszą ludność dowóz tych produktów w 1935 r. kosztował nas około 20 milionów złotych.

Wszystkie powyżej przytoczone dane wskazują na to, że produkcja środków spożywczych w Polsce nie jest przystosowana do właściwych zapotrzebowań rynku wewnętrznego. Nie wynika to tylko z tego, że poziom życia jest niski, i że nie można liczyć na zbyt. Przeciwnie, sam fakt wwozu owoców świadczy o tym, że zapotrzebowanie rynku krajowego na te, czy inne produkty przewyższa poziom produkcji.

Wydawałoby się, że jedynym wyjściem z tego stanu rzeczy jest rozpoczęcie intensywnej propagandy wzmożenia produkcji tych artykułów spożywczych, których spożycie w Polsce jest niskie. I tak rzeczywiście nastawiona jest większość społeczeństwa, zainteresowana sprawą żywienia i zagadnieniem wsi. Tymczasem bliższe wejrzenie w te sprawy wykazuje, że sama propaganda nie rozwiąże naszych trudności aprowizacyjnych.

Jedną z zasadniczych przyczyn tego jest mała siła nabywcza konsumentów. Większość ludności nie jest w stanie zwiększyć prawie wcale wydatków na wyżywienie, które już i tak pochłania około 60—80 i więcej procent całego dochodu. Dlatego też nie ma entuzjazmu wśród rolników do dostosowywania się do nowych zapotrzebowań rynku krajowego, gdyż popyt jest za słaby, tym bardziej, że większość konsumentów stanowią właśnie sami rolnicy.

Drugą ważną przyczyną braku dostosowywania się produkcji do zapotrzebowania jest otrzymane po zaborach dziedzictwo analfabetyzmu wśród ludności wiejskiej i jej silne zubożenie w czasie ostatniego długotrwałego kryzysu. Jest to bardzo poważny hamulec postępu w dziedzinie produkcji rolnej.

Wreszcie trzecią i najistotniejszą przyczyną trudności w tym zakresie jest stosunkowo wielka liczba niezadowolonych do samodzielnego egzystencji gospodarstw rolnych.

Poniżej załączone tablice przedstawiają rozmieszczenie gospodarstw karłowatych na terenie wszystkich województw. Dane te są wzięte z poszczególnych zeszytów „Wiadomości Statystycznych” i są oparte na podstawie spisu z 1931 r.

(Uwaga: przez zespół rolniczy należy rozumieć te gospodarstwa, dla których głównym dochodem jest użytkowanie ziemi. Z takiego ujęcia wynikają pewne różnice między całkowitą liczbą gospodarstw a liczbą zespołów rolniczych).

Powierzchnia użytków rolnych

Województwo:	O g ó ł e m		mniej niż 2 ha		2 — 5 ha		5 — 10 ha		10 — 15 ha		15 — 50 ha		50 ha i więcej		niewiadome	
	zespóły rolnicze	ludność w zespół.	zespóły rolnicze	ludność w zespół.	zespóły rolnicze	ludność w zespół.	zespóły rolnicze	ludność w zespół.	zespóły rolnicze	ludność w zespół.	zespóły rolnicze	ludność w zespół.	zespóły rolnicze	ludność w zespół.	zespóły rolnicze	ludność w zespół.
Polska	3.198.686	15.706.552	747.690	3.000.595	1.137.029	5.535.303	729.249	3.946.143	191.074	1.105.567	118.308	694.510	14.689	57.421	260.587	1.367.013
Woj. centralne	1.173.511	5.794.293	175.269	682.476	427.239	2.025.801	359.542	1.916.348	90.160	519.652	43.909	260.284	4.826	17.164	72.566	372.568
m. st. Warszawa																
Warszawskie	211.873	1.057.527	21.422	85.606	58.873	271.570	73.448	381.773	25.937	146.658	16.361	95.648	1.973	7.153	13.799	69.119
Łódzkie ¹⁾	183.610	911.557	30.651	121.579	69.919	335.469	57.165	308.546	13.151	76.516	5.045	29.315	750	2.487	6.929	37.645
Kieleckie	276.303	1.378.248	56.481	219.645	122.503	608.023	68.989	387.476	8.091	49.365	1.965	11.431	580	1.776	17.694	100.532
Lubelskie	307.058	1.457.346	50.855	192.579	119.759	550.438	89.604	469.357	17.210	97.912	5.586	32.290	747	2.540	23.297	112.230
Białostockie	194.667	989.615	15.860	63.067	56.185	260.301	70.336	369.196	25.711	149.201	14.952	91.600	776	3.208	10.847	53.042
Woj. wschodnie	808.498	4.057.346	97.953	407.951	303.863	1.461.147	230.511	1.246.198	57.996	334.575	37.506	221.924	3.465	14.634	77.204	370.917
Wileńskie ²⁾	172.637	840.605	14.252	58.646	53.191	247.825	50.296	260.597	14.773	82.489	12.246	70.897	1.389	6.482	26.490	113.669
Nowogródzkie	162.425	809.865	17.570	72.407	62.990	300.873	49.210	263.782	12.138	69.292	7.873	45.387	906	3.487	11.738	54.637
Poleskie	168.975	851.678	22.008	96.179	58.216	278.360	47.592	251.271	14.792	85.045	10.730	65.656	633	2.840	15.004	72.327
Wołyńskie	304.461	1.555.198	44.123	180.719	129.466	634.089	83.413	470.548	16.293	97.749	6.657	39.984	537	1.825	23.972	130.284
Woj. zachodnie	170.744	900.284	19.188	67.592	33.675	153.646	43.958	237.284	30.904	179.286	33.016	190.525	4.686	20.023	5.317	51.928
Poznańskie ³⁾	91.975	483.434	8.555	30.538	15.697	71.385	23.994	128.040	18.622	106.505	20.127	115.233	2.566	10.604	2.414	21.129
Pomorskie	57.723	309.589	5.909	21.776	10.352	48.238	14.670	80.716	10.974	65.243	12.087	70.997	2.031	9.113	1.700	13.506
Śląskie	21.046	107.261	4.724	15.278	7.626	34.023	5.294	28.528	1.308	7.538	802	4.295	89	306	1.203	17.233
Woj. południowe	1.045.933	4.954.629	455.280	1.842.576	372.312	1.894.709	95.238	546.313	12.014	72.054	3.877	21.777	1.712	5.600	105.500	571.600
Krakowskie ³⁾	240.707	1.160.263	92.529	365.902	99.968	509.522	27.673	159.584	3.644	21.932	1.041	6.060	363	1.136	15.489	96.117
Lwowskie ⁴⁾	367.612	1.825.251	151.026	648.588	139.149	750.271	34.137	209.112	3.770	24.234	1.104	6.535	618	2.152	37.808	211.359
Stanisławowski	210.243	921.286	121.956	482.598	52.557	254.875	11.314	60.314	1.670	9.221	820	4.215	318	1.044	21.608	109.019
Tarnopolskie	227.371	1.020.839	89.769	345.488	80.638	380.041	22.114	117.303	2.930	16.667	912	4.967	413	1.268	30.595	155.105

1 ha = 1.786 morgi
1 morga = 0.560 ha

¹⁾ bez m. Łodzi
²⁾ bez m. Poznania
³⁾ bez m. Krakowa
⁴⁾ bez m. Lwowa
⁵⁾ z m. Wilnem

Województwa	Ogółem				Powierzchnia użytków rolnych																			
					mniej niż 2 ha			2—5 ha			5—10 ha			10—15 ha			15—50 ha			50 ha i więcej			niewiadoma	
	zespoły rolnicze	ludność w zespołach	osoby w zespołach	zespoły rolnicze	ludność w zespołach	osoby w zespołach	zespoły rolnicze	ludność w zespołach	osoby w zespołach	zespoły rolnicze	ludność w zespołach	osoby w zespołach	zespoły rolnicze	ludność w zespołach	osoby w zespołach	zespoły rolnicze	ludność w zespołach	osoby w zespołach	zespoły rolnicze	ludność w zespołach	osoby w zespołach	zespoły rolnicze	ludność w zespołach	osoby w zespołach
Polska . .	100	100	4,9	23,4	19,1	4,0	35,5	35,2	4,9	22,8	25,1	5,4	6,0	7,0	5,8	3,7	4,4	5,9	0,5	0,4	3,9	8,1	8,7	5,2
Woj. centralne .	100	100	4,9	14,9	11,8	3,9	36,4	35,0	4,7	30,6	33,1	5,3	7,7	9,0	5,8	3,7	4,5	5,9	0,4	0,3	3,6	6,2	6,4	5,1
„ wschodnie .	100	100	5,0	12,1	10,1	4,2	37,6	36,0	4,8	28,5	30,7	5,4	7,2	8,2	5,8	4,6	5,5	5,9	0,4	0,4	4,2	9,5	9,1	4,8
„ zachodnie .	100	100	5,3	11,2	7,5	3,5	19,7	17,1	4,6	25,7	26,4	5,4	18,1	19,9	5,8	19,3	21,2	5,8	2,7	2,2	4,3	3,1	5,8	9,7
„ południowe .	100	100	4,7	43,5	37,2	4,0	35,6	38,2	5,1	9,1	11,0	5,7	1,1	1,5	6,0	0,4	0,4	5,6	0,2	0,1	3,3	10,1	11,5	5,4
Polska . .	100	100		100	100		100	100		100	100		100	100		100	100		100	100		100	100	
Woj. centralne .	36,7	36,9		23,4	22,7		37,6	36,6		49,3	48,6		47,2	47,0		37,1	37,5		32,9	29,9		27,8	27,3	
„ wschodnie .	25,3	25,8		13,1	13,6		26,7	26,4		31,6	31,6		30,4	30,3		31,7	32,0		23,6	25,5		29,6	27,1	
„ zachodnie .	5,3	5,7		2,6	2,3		3,0	2,8		6,0	6,0		16,2	16,2		27,9	27,4		31,9	34,9		2,0	3,8	
„ południowe .	32,7	31,5		60,9	61,4		32,7	34,2		13,1	13,8		6,3	6,5		3,3	3,1		11,7	9,8		40,5	41,8	

Przy opracowywaniu tych tablic korzystałem z uprzejmej pomocy p. Urbanowskiego z Oddziału Statystyki i Epidemiologii. Składam w tym miejscu szczerze podziękowanie Kierownikowi Oddziału D-rowni M. Kacprzakowi oraz p. Urbanowskiemu.

Z przytoczonych liczb wynika, że w całej Polsce 747.690 zespołów rolniczych czyli 3.000.595 osób utrzymuje się z gospodarstw do 2 ha, a 1.137.089 zespołów, czyli 5.535.303 osób — z gospodarstw od 2—5 ha.

Z drugiej tablicy widzimy, że aż 23,4% wszystkich zespołów rolniczych w Polsce ma gospodarstwa do 2 ha, a 35,5% zespołów gospodarstwa od 2—5 ha. Stanowi to razem 58,9% wszystkich zespołów. Innymi słowy, przeszło połowa ludności wiejskiej ma za mało ziemi, żeby móc żyć na odpowiedniej stopie życiowej i wprowadzać inwestycje potrzebne do zmiany sposobu wykorzystywania ziemi. Najgorzej ta sprawa przedstawia się w województwach południowych. Oczywiście, wszystkie te karłowate gospodarstwa nie mogą być brane pod uwagę, jako ośrodki postępowej wytwórczości rolnej.

W społeczeństwie dyskutowane są następujące sposoby rozwiązania zagadnienia wsi:

1. Ograniczenie przyrostu naturalnego. 2. Podniesienie kultury rolnej. 3. Parcelacja większych własności ziemskich. 4. Uprzemysłowienie kraju. 5. Częściowa emigracja ludności.

Nie tu jest miejsce do rozstrząsania poruszonych zagadnień. Wspomnę tylko, że różne odłamy polityczne są zwolennikami różnych kierunków polityki społecznej i gospodarczej, mających na celu rozwikłanie problemu wsi.

Wydaje się rzeczą słuszną sądzić, że najlepsze wyniki można będzie osiągnąć tylko przez energiczne zastosowanie wszystkich możliwych sposobów. Żadna poszczególna, sama jedna droga nie doprowadzi do celu. Pod tym względem nie ma żadnych wątpliwości.

Najbardziej zawzięta dyskusja toczy się wokół zagadnienia parcelacji większych własności rolnych. Pomijając argumenty *pro* i *contra*, przytoczę tu tylko jeden fakt, który mówi sam za siebie, a mianowicie gdyby wszystką ziemię użytkowaną rolniczą podzielić na 10-cio hektarowe gospodarstwa, wtedy można by nią obdzielić tylko 66,15% obecnie istniejących zespołów rolniczych. Reszta musiałaby szukać zatrudnienia w innych zawodach. Gdyby zaś stworzyć gospodarstwa, składające się z 10 ha ziemi ornej, wtedy ziemi wystarczyłoby zaledwie dla 47,97% zespołów rolniczych.

Na razie ustala się empirycznie, że minimum obszaru ziemi dla samodzielnego gospodarstwa wynosi od 4—6 ha gruntów ornych III klasy, zależnie od okręgu ekonomicznego. Są to liczby podane przez K. Czerniewskiego. Według innych obszar samodzielnego gospodarstwa powinien być nawet większy, a mianowicie wg. F. Bujaka 5—10 ha, W. Grabskiego 5—15 ha, W. Staniewicza 6—7 ha ziemi III klasy, i wg. J. Poniatowskiego 6 ha. Gdyby nawet przyjąć wielkość tego obszaru za 5 ha ziemi ornej, wtedy wystarczyłoby jej dla 95, 94% istniejących zespołów rolniczych. Dane te nie wymagają chyba żadnych komentarzy.

Ale to jeszcze nie wszystko. Dla całości obrazu należy omówić również sprawę pośrednictwa, które odgrywa olbrzymią rolę w kształtowaniu się cen, a więc od pewnego stopnia decyduje o sile nabywczej konsumenta.

(C. d. n.).

Wiadomości bieżące.

— Walne Zebranie Polskiego Związku Przeciwgruźliczego. W dniu 10 b. m. odbyło się w Warszawie Zwyczajne Walne Zebranie P. Z. P. przy licznych udziałach przedstawicieli Towarzystw Przeciwgruźliczych z całego kraju. Do Prezydium Zebrania zaproszono dr Cz. Kujańskiego, Prezesa Wojew. Tow. Przeciwgruźliczego w Tarnopolu, jako przewodniczącego, i dr St. Karasińskiego, jako Sekretarza. Walne Zebranie przyjęło do wiadomości sprawozdanie Prezesa P. Z. P., Dyr. Dep. J. Adamskiego, oraz udzieliło Zarządowi absolutorium za r. 1936/37. Przedmiotem obrad był stan działalności przeciwgruźliczej na terenie Państwa. Walne Zebranie dało wyraz przekonaniu, że konieczne jest najrychlejsze wprowadzenie ustawy o zwalczaniu gruźlicy, gdyż odrzucanie uchwalenia ustawy jest szkodliwe dla całości walki z gruźlicą. Walne Zebranie powzięło uchwałę, polecającą Zarządowi Związku czynienie wszelkich starań i wysiłków, aby w ustawie o zwalczaniu gruźlicy, będącej obecnie w Sejmie, przeprowadzono konieczne uzupełnienia w myśl dążeń, wysuwanych przez szereg lat przez Walne Zebranie Związku oraz wypowiedzianych ostatnio przez przedstawicieli świata lekarskiego. Walne Zebranie wypowiedziało się dalej za wzmoczeniem akcji propagandowej i uświadamiającej w społeczeństwie, dalej za ruszeniem z miejsca sprawy tworzenia domów izolacyjnych dla nieuleczalnie chorych oraz za należytym uposażeniem poradni przeciwgruźliczych. Walne Zebranie stwierdziło z zadowoleniem stan pomyślnej współpracy na terenie walki z gruźlicą Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Ubezpieczalni Społecznych. Po uchwaleniu budżetu P. Z. P. na rok 1938/39 dokonano wyborów uzupełniających do Zarządu P. Z. P.

— Na posiedzeniu Sekcji Eugenicznej Państwowej Rady Zdrowia wniesiony został przez Polskie Towarzystwo Eugeniczne projekt Instytutu Eugenicznego na wzór istniejących za granicą. Instytut ten będzie się składał początkowo z 5-ciu wydziałów następujących: 1 — genetyki i cytogenetyki, 2 — sekcji konstytucji fizycznych i badania ras antropologicznych, 3 — sekcji badania cech dziedziczności normalnej i patologicznej u człowieka (badanie bliźniąt, gruczołów dokrewnych, typy krwi, teratologia), 4 — sekcji badań eugenicznych rodowodowych, 5 — sekcji prawno-społecznej, rozpadającej się na 4 podsekcje: a) zagadnień populacyjnych, b) ustawodawczą, c) walki z czynnikami zwyrodniającymi, d). wychowania seksualnego. Wprowadzenie w życie Instytutu projektuje się stopniowo. Początkowo siedzibą Instytutu byłaby siedziba Polskiego Towarzystwa Eugenicznego, które by udzieliło miejsca zarówno dla dyrektora i jego kancelarii, jak i dla sekcji badań nad bliźniętami i sekcji prawo społecznej. Sekcja Eugeniczna Naczelnej Rady Zdrowia uchwaliła wniosek prof. Hirszfelda w brzmieniu następującym: „Uznaje się zasadniczo potrzebę powołania do życia Instytutu Eugenicznego. 2. Wyraża się życzenie, aby zwiększyć subwencje dla Towarzystwa Eugenicznego. 3. Zwiększyć fundusze na wydawnictwa i prace eugeniczne. 4. Sfinansować pracownię badań nad bliźniętami. 5. Zwrócić się do Ministerstwa Oświaty o wprowadzenie wykładów z zakresu konstytucji dziedzicznej i eugeniki oraz rozszerzyć zakres wykładów eugenicznych w wyższych zakładach naukowych jako obowiązujące. Na zakończenie zakomunikowano o skończonym 5-ym kursie dla instruktorów i instruktorek eugenicznych (uczestniczyło 199 osób) oraz kursu o poradnictwie przedślubnym dla lekarzy, w którym uczestniczyło 85 słuchaczy.

— Jak corocznie, Towarzystwo Lekarskie Wybrzeża Śródziemnomorskiego wspólnie ze Stowarzyszeniem do Badania promieniowań słonecznych, ziemnych i kosmicznych oraz Instytut Kosmobiologii organizują z okazji Zielonych Świąt podróż po

Rivierze francuskiej, która rozpocznie się d. 2 czerwca r. b. w Nizy, a zakończy się d. 7 tegoż miesiąca. Po ukończeniu tej podróży jej uczestnicy będą mogli odbyć wycieczkę na Korsykę od d. 7.VI do d. 11.VI lub do Włoch od d. 7.VI do d. 10.VI wieczorem. Szczegółowych informacji udziela: Office Climatique de la Société Médicale, 24 rue Verdi à Nice.

— XI Kongres międzynarodowy historii i medycyny odbędzie się 1 — 12 września 1938 r. w Jugosławii. Kongres ten rozpocznie się w Zagrzebiu, gdzie będzie trwał do 4 września, po czym w Belgradzie do 9 września, następnie w Sarajewie do 11 września i zakończy się w Dubrowniku 12 września. Główne tematy poświęcone zostaną zagadnieniom folklorystycznym. Wpisowe wynosi 250 dinarów (ok. 30 zł) od osoby. Osoby towarzyszące wpłacają 200 dinarów. Koszty pobytu w Jugosławii od 1 — 12 września wyniosą 3.500 dinarów (ok. 420 zł *). W sumie tej mieszczą się koszty: przejazdu koleją Zagrzeb — Belgrad — Sarajewo — Dubrownik, koszty pobytu i przeżywienia oraz koszty usługi i transportu rzeczy do hoteli i z powrotem. Językiem obrad ma być: angielski, hiszpański, francuski, łaciński, niemiecki i włoski. Zapisy na Kongres przyjmowane są wraz z wpisowym do 1 maja r. b. Zapisy przyjmuje Sekretarz Generalny Kongresu Dr Vladimir B a z a l a, Zagreb, Vlaska 95 (Jugosławia), który też udziela bliższych informacji. Prezesem Komit. Org. Kongresu jest prof. dr Lujo T h a l l e r (Zagrzeb). Z polskich historyków medycyny zgłosili dotychczas referaty: prof. dr W. S z u m o w s k i (Kraków): O potrzebie obowiązkowego nauczania historii medycyny (miejsce wygłoszenia — Zagrzeb); prof. dr L. Z e m b r z u s k i (Warszawa): Medycyna w poezji ludowej w Polsce (miejsce wygłoszenia — Belgrad); prof. dr W. S z u m o w s k i (Kraków): Archiwa kliniki lekarskiej Krakowskiej sprzed stu lat (miejsce wygłoszenia — Belgrad).

— XIV Zjazd Towarzystwa, poświęconego chorobom narządów trawienia i przemiany materii odbędzie się w czasie od d. 22 do d. 24 września r. b. w Sztutgarcie w związku ze Zjazdem przyrodników. Tematami Zjazdu będą: Lipoidozy, Choroba gliukogenowa, Współczesne leczenie insulinowe, Zapalenie trzustki i Samozatrucie żółdkowo-kiszkowe.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

26.IV. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Jerzy Rutkowski. Pokaz kolorowego filmu: przetaczanie krwi. 2. Stefania Chodkowska. Spostrzeżenia nad zmianami z uczulenia w ostrym żółtym zaniku wątroby u dzieci. 3. Józef Wacław Grott. Zmiany troficzne skóry jako objaw przewlekłego zapalenia trzustki. 4. Ignacy Pines. Badania doświadczalne nad masywnym zatorom powietrznym płuc.

26.IV. Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

1) M. Płoński: Pokazy anatomopatologiczne. 2) St. Higier: W sprawie leczenia nerwic płciowych. 3) H. Datyner: Wrażenia z klinik i szpitali we Włoszech (z przezroczami).

27.IV. Polskie Tow. Psychiatryczne.

1) G. Bychowski, J. Wajsberg i Wł. Kamiński — Cholesteryna w stanach depresyjnych. 2) B. Kamiński — „Drzewo genealogiczne“ w psychiatrii.

*) 100 din. = ± 12 zł.

Résumé des articles originaux.

FLAKS, HIMMEL, ŻŁOTNIK. Poliglobulie obtenue par des extraits antéhypophysaires comme preuve de l'existence d'une hormone hémopoïétique.

Les auteurs décrivent leurs expériences faites sur les rats normaux et hypophysoprives. En soumettant les animaux au régime de la nourriture combinée avec le lobe antérieur frais, ou bien avec la poudre acétonique sèche ainsi qu'avec quelques fractions obtenues de cette poudre, les auteurs ont constaté chez les animaux une poliglobulie atteignant 11.000.000. Une action parentérale de ces extraits n'a pas été observée. En se basant sur les faits constatés ainsi que sur les expériences faites antérieurement les auteurs concluent, qu'il existe dans l'hypophyse une hormone hémopoïétique (erythropoïétique) qui agit sur la moelle osseuse.

Henri LEWENFISZ. Traitement des états asphyxiques au moyen d'excitants trachéo-bronchiques.

Dans des cas d'asphyxie, où la méthode ordinaire (trachéotomie, respiration artificielle) est insuffisante pour réactiver la respiration naturelle, l'auteur introduit le bronchoscope par l'ouverture trachéotomique, en irritant directement la muqueuse au moyen d'une sonde au niveau de la bifurcation de la trachée. Quelques irritations de la muqueuse, exécutées à intervalles très courts, suffisent pour que la respiration réapparaisse. Il faut en déduire, que l'efficacité de la respiration artificielle tient non pas tant à l'introduction de l'air dans les vésicules pulmonaires,

mais en grande partie à un réflexe provoqué par l'irritation, grâce à la masse d'air introduite, des terminaisons du nerf pneumogastrique au niveau de la trachée et des bronches. Cette thèse fut soutenue par une série d'expériences sur des animaux.

George KAGAN. Nouvelles possibilités d'application de complexes de vitamines dans la pratique courante.

L'auteur attire l'attention du praticien sur l'application insuffisante de produits à vitamines dans la pratique chirurgicale courante, surtout de produits à base de vitamines multiples, ayant en même temps une grande valeur nutritive et calorique. Il s'agit de „Sana-Sol“, produit contenant la vitamine A et D de l'huile de foie de morue, la vitamine D de l'extrait de malte et la vitamine C des oranges et des citrons. Ce produit fut appliqué par l'auteur à l'Hôpital Municipal de Chirurgie à Białystok dans les cas les plus divers (140 malades), par exemple: empyème, appendicite, brûlures, ostéomyélite, rachitisme, furonculose etc. et partout le résultat fut le plus satisfaisant. L'état général des malades s'améliorait visiblement, les plaies guérissaient rapidement, le poids des malades augmentait, l'appétit s'améliorait, la formule sanguine tendait à la normale etc. En conclusion l'auteur est persuadé qu'étant donné l'augmentation de l'application de produits à base de vitamines multiples dans la pratique courante nous gagnons dans le „Sana-Sol“ un moyen puissant, applicable dans plusieurs états pathologiques, réagissant insuffisamment au traitement habituel.

TREŚĆ: A. W. KAPŁAN, W. FRYSZMAN, J. KRAMARZ i L. HELLER. O zespołach wątrobowo-nerkowych (hepatonephritis). — J. FLAKS, J. HIMMEL i A. ŻŁOTNIK. Wywoływanie poliglobulii za pomocą wyciągów z przedniego płata przysadki, jako dowód istnienia hormonu kwiatwórczego. (Dok.) — H. LEWENFISZ. O leczeniu stanów asfitycznych za pomocą bodźców tracheo-oskrzelowych. — M. PŁOŃSKI. O współczesnych badaniach nad nowotworami złośliwymi (Str. pogl. C. d.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — G. KAGAN. O nowych możliwościach stosowania zespołów witaminowych w praktyce codziennej. — A. SZCZYGIEL. Reforma żywienia w Polsce a zagadnienie wsi. (C. d.). — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: A. W. KAPŁAN, W. FRYSZMAN, J. KRAMARZ et L. HELLER. Sur les syndromes hépato-rénaux. — J. FLAKS, J. HIMMEL et A. ŻŁOTNIK. Poliglobulie obtenue par des extraits antéhypophysaires comme preuve de l'existence d'une hormone hémopoïétique. (fin.) — H. LEWENFISZ. Traitement des états asphyxiques au moyen d'excitants trachéo-bronchiques. — M. PŁOŃSKI. Sur les recherches modernes concernant les néoplasmes malins. (Rev. gén. suite). — G. KAGAN. Nouvelles possibilités d'application de complexes des vitamines dans la pratique courante. — A. SZCZYGIEL. La réforme d'alimentation en Pologne et le problème de la campagne.

Cennik ogłoszeń Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego:

Okładka 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.—

WARUNKI PRENUMERATY Kwartalnie: w Warszawie 12 zł., na prowincji 14 zł., za granicą 16 zł.

Prenumeratę prosimy wpłacać w przedpłacie na konto P. K. O. 86-96 (nie czekając na przybycie inkasenta).