

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁAD KLINICZNY.

Dr. Henryk REISS.

Kraków.

O wyprysku łojotokowym. (*Eczema seborrhoicum*).

Dokończenie.

Od przytoczonych sposobów ujęcia sprawy etjologii i patogeny wyprysku łojotokowego odbiegają znacznie wyniki studiów nad tą dziedziną, przeprowadzonych przez Brocq'a, który w tym wypadku musi uchodzić za przedstawiciela szkoły francuskiej. Sprawę przemiany tłuszczowej pomija on, tłumacząc tłustość wykwitów częstem pojawianiem się ich na miejscach tłustych skóry. Zatem tłustość wykwitów uzależnia od ich siedziby, a nie od ich właściwości. W przeprowadzonym przez siebie rozgraniczeniu obrazów chorobowych skórnych na jednostki chorobowe (*entités morbides vraies*) — o określonej etjologii jak np. wykwity wywołane przez urazy, pasorzyty i t. d.), i na t. zw. odczyny skórne (*réactions cutanées*), których pochodzenia obecnie nie znamy, a w których powstawaniu gra rolę zapewne więcej czynników, zwłaszcza idjosynkrazja, umieścił Brocq swe parakeratozy łuszczycowate w tej własnej grupie odczynów skórnych, sklasyfikowanych przez siebie według ich objawów przedmiotowych. Nietylko swych parakeratoz łuszczycowatych, ale i łuszczycy, *parapsoriasis* i wyprysku prawdziwego nie uważa Brocq za jednostki chorobowe, lecz za objawy kliniczne. Parakeratozy łuszczycowate Brocq'a (*parakératoses psoriasiformes*) wypełniają w znacznej części całość sztaft grupy wyprysku łojotokowego, w tem znaczeniu, że postacie wyprysku łojotokowego obejmują swym zakresem pojęcie parakeratoz łuszczycowatych. Być może, że większa liczba czynników chorobotwórczych jest zdolna wywołać ten objaw parakeratoz, co by wskazywało na to, że ten objaw kliniczny stanowiłby mógł objaw niejednej prawdziwej jednostki chorobowej, i to bądź pasorzytowej, bądź na tle zatrucia lub samozatrucia.

Rzeczą jest znana i przeze mnie szczególnie spostrzegana, że różne postacie zapalenia skórno-naskórkowego (*dermo-epidermitis*) na tle bakteryjno-zakaźnym, jak np. wyprzenie, steptodermja i t. d. mogą u pewnych osobników przybierać, w miarę ich trwania, postać parakeratoz łuszczycowatych. Znana jest również rzecz, że nieraz w przebiegu pewnych chorób skórnych, po pewnym czasie ich trwania, zaczynają się pojawiać zwykle nagle, obok wykwitów dla danej dermatozy charakterystycznych, nowe wykwity, odmienne. Tak np. pojawić się może w przebiegu ropnego zapalenia skóry — t. zw. „*lichen pyodermicus*” (H. T. Sahrens i El. Goehl). Podobnie możnaby do pewnego stopnia przytoczyć jako przykład łupież różowy Giberta; tak więc „*pyodermia*” oraz „*plaque primitive du pityriasis rose*” stanowiłyby według Brocq'a wykwity pierwotne, powstałe z działania bezpośredniego czynnika chorobotwórczego, — natomiast „*lichen pyodermicus*” i reszta wykwitów łupieżu różowego stanowiłyby wykwity następowe, jako odczyn ustroju wskutek wchłonięcia odnośnych jądów bakteryjnych. Brocq skłonny jest analogicznie uważać objawy przedmiotowe w postaci parakeratoz łuszczycowatych za wykwity powstałe wtórnie, wytworzone w następstwie wchłonięcia szkodliwych przetworów względnie jądów i uszkodzenia niemi tkanek ustrojowych. Jeśli jaki osobnik ma skłonność do schorzeń skórnych w postaci parakeratozy łuszczycowatej, wówczas, jakikolwiek czynnik chorobotwórczy nań zadziała (wstrząs nerwowy, jakiegokolwiek zatrucie lub samozatrucie i t. d.), — osobnik ten odpowie przez pojawienie się na skórze parakeratozy łuszczycowatej. Przypuszczenie tu przytoczone najlepiej dałoby się, zdaniem Brocq'a, zastosować do powstawania parakeratoz łuszczycowatych; bez względu jednak na to, rzeczą jest znana, że zmieniać się może wejrzenie wykwitu skórnoego w miarę (względnie z chwilą) pojawienia się wykwitów wtórnych. Odbywa się zatem na powierzchni wykwitów najpierw powstałych szczególnie zjawisko, wpadające w oko, i które nazwał Brocq złuszczycowaceniem dermatoz (*psoriasisation des dermatoses*). Wykwity pierwotne stają się więcej ciemno-czerwone, zaczynają się pokrywać łuskami i zaczynają zwolna przybierać postać łuszczycową zapalną, — co zdaje się być skutkiem nałożenia się wykwitu wtórnego na pierwotny.

Zakres zmian skórnych wyprysku łojotokowego studjowanych w tej mierze przez Bernharta pokrywa się z obrazem parakeratoz łuszczycowatych. Nazywa je on „*epidermomycosis psoriasiformis Unnae*” z wyróżnieniem odmiany rumieniowo-złuszczającej (*varietas erythemato-squamosa*) i łuszczycowatej (*psoriasiformis*); nie wprowadza do nazwy pojęcia łojotoku wobec niezależności przyczynowej wyprysku łojotokowego od gruczołów. Bernhardt znajdował w suchych łuskach wykwitów gronkowce i im to przypisuje w znacznej mierze rolę chorobotwórczą w wyprysku łojotokowym. W postaciach powikłanych stwierdzał obok gronkowców także i paciorkowce, które mogą się tam znajdować tylko przypadkowo i zachowywać energię potencjalną, albo także odgrywać rolę chorobotwórczą. Wówczas mogą one pod wpływem czynników miejscowych (fałdy skórne, ciepło, wilgoć, urazy mechaniczne i chemiczne) rozwijać energję kinetyczną. Albo też, zdaniem Bernharta mogą paciorkowce od zewnątrz zakazić wtórnie wyprysk łojotokowy, podobnie jak to zająć może w przypadkach owrzodzeń, przy drapaniu i t. d. Inna rzecz, że wykwity odpowiadające wypryskowi łojotokowemu powstać mogą pod wpływem innych wywoływaczy, jak np. grzybków chorobotwórczych i t. d. Rola wywoływacza jest podrzędna; w patogenzie odgrywa rolę przedewszystkiem podłoże, na którym sprawa się rozwija; powstawać mogą u danego osobnika jednaki klinicznie objawy pod zadziaaniem różnorodnych bodźców. To samo dotyczy osób z łuszczycą, nawet utajoną, które na bodziec zewnętrzny odpowiadają wykwitem łuszczycowym; w obu więc przypadkach, t. j. u chorych łuszczycowych jak i u skłonnych do wyprysku łojotokowego, powstanie jako odczyn — parakeratoza. Przemawia to za wspólnością obu tych spraw chorobowych. Bernhardt umieszcza łuszczycę i wyprysk łojotokowy we wspólnej grupie, jako schorzenia bardzo do siebie zbliżone, przychem oba uważa nie za jednostki chorobowe, lecz za zespoły objawów klinicznych, powstające pod wpływem rozmaitych czynników na szczególnem podłożu. Za wspólnością pochodzenia obu tych spraw przemawia szereg spostrzeżeń: 1) współistnienie ich i przechodzenie kliniczne i histologiczne jednej postaci w drugą, 2) w rodzinach łuszczycowych choruje 20% osób na wyprysk łojotokowy (Bernhardt), 3) w obu sprawach zdarza się *leucoderma*, 4) obie sprawy bez określonej etjologii, 5) w obu sprawach bodźce pobudzają do podobnych odczynów, a różnica w stopniu złuszczycowacenia stanowi cechę konstytucjonalną, 6) gruźlica, stwarzając podatność na zakażenia ropne, gra rolę w powstawaniu obu tych spraw, choć znacznie większą w powstawaniu wyprysku łojotokowego.

Sposób tworzenia się wyprysku łojotokowego przemawia, mojem zdaniem, za tłem zakaźnym. Odbywa się ono przez przeszczepienie drogą zewnętrzną przy skórze skłonnej do zakażeń bakterjami (według Bernharta ropnemi). Dziedziczność tej idjosynkrazji bakteryjnej (jako cechy konstytucjonalnej) spostrzegł Bernhardt w przypadkach wyprysku łojotokowego, podobnie jak się ma rzecz w łuszczycy.

W wyniku badań Bernharta szczepionkami gronkowcowo-paciorkowcowemi nad alergją bakteryjną wyprysku łojotokowego, przemawiałoby za jej istnieniem 60% dodatnich wyników w odczynach ogniskowych.

W całokształcie badań doświadczalnych nad istotą wyprysku łojotokowego jest jednak najmniej oświetlona, a zarazem najciekawsza — strona skłonności konstytucjonalnej ustroju do tego schorzenia i strona podłoża skórnoego, podatnego na to schorzenie. Umyślnie wymieniam tu obok skłonności konstytucjonalnej — oddzielnie podłoże, gdyż nie ulega dla mnie wątpliwości, że są to sprawy odrębne, jakkolwiek w związku z sobą i w zależności od siebie pozostające.

F. Walter podciąga skłonność do łojotokowych schorzeń skóry pod pojęcie konstytucjonalnego stanu łojotokowego skóry. Stan ten wywołuje zaburzenie w gospodarce tłuszczowej gruczołów skórnych (łojowych i potnych) i naskórka. Na powstawanie tego stanu wpływają zaburzenia w ogólnej przemianie tłuszczów i brak czynnika, regulującego dowód prawidłowego surowca tłuszczowego do gruczołów skóry i naskórka. Stan ten polega, w ujęciu F. Waltera, na wzmózonej czynności wydzielniczej gruczołów łojowych, na wydzielaniu tłuszczu drogą gruczołów potnych i na zwiększeniu ilości tłuszczu w naskórku i skórze właściwej. Na zjawisko dowozu

materiałów tłuszczowych do komórek wydzielających i przetwarzających tłuszcz, wskazuje stwierdzenie w śródbłonkach skórnych naczyń krwionośnych obecności ciał lipidowych w postaci kuleczek lub większych złogów w obrazie histologicznym wyprysku łojotokowego skóry. W swoich badaniach nad histogenezą tłuszczu rogowego u płodów spostrzegłem sam w skórze płodów z obfitą produkcją tłuszczu i łoju jako cechę konstytucjonalną — fałcuszki pozakomórkowych kuleczek tłuszczowych. Badając skórę płodów stwierdziłem różnice osobnicze w rozwoju i czynności gruczołów łojowych i rozwoju tłuszczu rogowego w związku z ilością mazi dla płodowego; uważam te cechy za konstytucjonalne; być może, że stanowią one zapowiedź skazy ustrojowej u danego osobnika, polegającej na skłonności do łojotokowych schorzeń skóry i wyprysku łojotokowego.

Pautrier i Lévy udowodnili w przypadku żółtaka (*xanthoma*) — zjawisko krażenia przetworów tłuszczowych między skórą a naskórkiem, przyjmując istnienie właściwego układu troficznego, działającego obok krażenia plazmatycznego między skórą a naskórkiem. F. Walter stwierdził w preparatach skóry z wypryskiem łojotokowym, ale zwłaszcza w preparatach skóry po sztucznym doskórkiem wprowadzeniu tłuszczu — kuleczki tłuszczu w śródbłonkach naczyń krwionośnych, w warstwie zewnętrznej naczyń, jak i przesyconie tłuszczem komórek łącznotkankowych w sąsiedztwie naczyń, dalej stwierdził również zwiększoną ilość tłuszczu w postaci nieregularnych kuleczek pod podstawą naskórka, w komórkach (zwłaszcza podstawowych) naskórka i w przestrzeniach międzykomórkowych. Istniałaby sieć komórek w skórze, jako pomost między śródbłonkiem naczyń i naskórkiem (siatka B o r r e l a); należy przypuszczać, że tędy odbywa się dowóz drogą krwi surowca do przerobienia go na tłuszcz gruczołowy jak i naskórkowy o odpowiednich składach chemicznych. Jeśli zespół lipidów we krwi zależy od pożywienia, można przypuścić, że w warunkach nieprawidłowych ogólnej gospodarki tłuszczowej dostaje się tłuszcz do komórek w postaci nieprzerobionej odpowiednio, jako surowiec nieprzygotowany. Jeśli komórka, mająca go przerobić, jest w stanie upośledzenia, może go przerobić nieodpowiednio i w postaci nieprzerobionej wydzielić, stwarzając podłoże do nieprawidłowych stanów czynnościowych skóry, a być może, że w pierwszym rzędzie i do wyprysku łojotokowego.

Stwierdzona przez Bernharta alergja skóry zajętej wypryskiem łojotokowym jako wrażliwość na bakterje ropne nie dowodzi istnienia alergji swoistej w wyprysku łojotokowym; próby podjęte w kierunku stwierdzenia swoistej alergji przez Fr. Waltera z alergenami tłuszczowymi odpowiednio sporządzonemi — wypadły ujemnie, i to zarówno w przypadkach wyprysku łojotokowego, jak i w innych sprawach, objętych pojęciem stanu łojotokowego; stąd wniosek, że o właściwej alergji ani naskórka ani skóry w znaczeniu oddziaływania swoistych alergenów na przeciwciała nie możemy mówić w przypadkach stanu łojotokowego.

Darier, który opisuje wyprysk łojotokowy jako t. zw. „*eczematides*” wśród swych „*dermatides erythémato-squameuses*” — stworzył pojęcie podłoża skórno do spraw łojotokowych i nazwał to podłoże „*kérose*”. „*Kérose*” stanowi przewlekły stan chorobowy skóry, znamienny zmianą, nieco żółtawą jej barwą, zaznaczeniem wybitniejszym uchylków włosowo-łojowych, oraz nieznacznym zgrubieniem powłok skórnych. W obrazie histologicznym uderza lekki przerost warstwy rogowej naskórka ze skłonnością do delikatnego złuszczenia się, zwiększenie zawartości w niej tłuszczu oraz nadmierne zrogowacenie ujęć uchylków włosowych. „*Kérose*” nie należy utożsamiać z łojotokiem, który stanowić może tylko jej powikłanie. „*Kérose*” stanowi podatne podłoże dla wielu schorzeń skórnych, jak wyprysku łojotokowego, łupieżu, trądzika, wyłysienia łojotokowego i t. d. „*Kérose*” jest dziedziczną cechą skórą, a wpływać mogą na jej powstawanie zaburzenia w narządach rodnych, złe odżywianie, zła fermentacja jelitowa, zaparcie, niehigieniczny tryb życia i t. d. Wedle S a b o u r a u d'a są objawy „*kérose*” wywołane bezpośrednio działaniem mikroobów; Darier jednak, nie zaprzeczając ich obecności, podkreśla brak dowodów ich chorobotwórczości.

Czy „*kérose*” jest ściśle związana ze sprawą wyprysku łojotokowego? Sprawa ta nie jest i nie będzie dopóty wyświełona, dopóki nie poznamy dokładnie istoty wyprysku łojotokowego. W istocie, wyprysk łojotokowy występuje w znacznej liczbie przypadków na podłożu kerotycznym, ale i wtedy można zdaniem mojem, mówić o „*kérose*” jako jedynie o czynniku odgrywającym rolę nietylko w etiologii, ile raczej w patogenie wyprysku łojotokowego; a to dlatego, że „*kérose*” jest prawdopodobnie takim samym wynikiem szczególnej skłonności ustroju, jak i *istotne podłoże skóry do wyprysku*.

Równoczesne zatem istnienie stanu kerotycznego obok prawdziwego podłoża skórno podatnego na zakażenie wypryskiem łojotokowym — wynika z tego, że obie te sprawy są tylko wy-

nikiem ogólnej skazy ustrojowej. Pojęcie podłoża skórno do wyprysku łojotokowego i pojęcie „*kérose*” pokrywają się więc częściowo, ale nie są identyczne; dowodem tego, że wyprysk łojotokowy występuje także i na takich miejscach, do których całościowo pojęcia „*kérose*” nie dałoby się zastosować.

Po wszystkich naszych rozważaniach i opierając się na własnych spostrzeżeniach, można zestawić analogicznie określenie wyprysku łojotokowego. Wynika z nich, że na szczególnem podłożu skórno, jako wyniku skazy ogólnoustrojowej, następuje, być może pod wpływem bezpośrednim różnych urazów zewnętrznych i wewnętrznych, — zakażenie bakterjami o szczególnych typach pasożytozowych i hodowlanych. Wiedzie to do uszkodzenia zwłaszcza naskórka, czego wyrazem jest powstanie wysięku międzykomórkowego (*spongiosis*) o pewnej zawartości ciałek białych wielojądrowych, oraz wprost, lub też pośrednio przez to uszkodzenie — do wzmoczonego wydzielania tłuszczu rogowego w łączności z parakeratozą i złuszczeniem.

Ta parakeratoza stanowi cechę istotną wyprysku łojotokowego, a z badań R a c i n o w s k i e g o wynika, że głównym bodźcem, wywołującym parakeratozę, jest właśnie naciek leukocytowy, zwłaszcza w naskórku. Być może również, że w wyniku objawów skazy ogólnej, odgrywa nieprawidłowa czynność gruczołów (zwłaszcza potnych) pewną rolę w patogenie tego schorzenia. Rezygnując z rozstrzygnięcia sprawy, czy wyprysk łojotokowy stanowi jednostkę czy objaw tylko, — przypuszczam, nie odmawiając swoistości bakterjom chorobotwórczym, że cierpienie to może pojawiać się jako objaw odczynowy pod ułatwiającym wpływem różnorodnych bodźców. Potrzebne jest do tego jednak podłoże skórne, jako wynik skłonności szczególnej ustroju, a więc jako objaw skazy, — w myśl pojęcia „skazy”, jako ściśle określonej wady przemiany materji (odbywającej się w sposób wykraczający poza granice fizjologiczne), a czyniącej osobnika skłonny do pewnej grupy schorzeń i nadającej przypadkowej chorobie swe szczególne piętno. Za schorzenia z tą skazą związane uważam zresztą nietylko wyprysk łojotokowy, lecz również łuszczycę, przyłuszczyce, oraz całą grupę parakeratycznych erythrodermij i rozlanych powierzchownych zakażeń skórno-naskórkowych na tle ropnem lub grzybkowem. W tych wszystkich schorzeniach może skaza ustrojowa być jednaka; dlatego zaś w jednym wypadku powstaje taki a nie inny obraz, podatność na zakażenie temi a nie innemi bakterjami, tu łuszczycą, a tam wyprysk łojotokowy, — to już polega na różnicach konstytucjonalnych w podłożu miejscowem, które jest wprawdzie objawem skazy ogólnej, ale jest zarazem wynikiem samodzielnej konstytucji skóry. W każdym razie objaw na skórze będzie parakeratozą, a wywoławczem bezpośrednim — przypadkowy bodziec (pasożyty i t. p.).

Jesionek czynił doświadczenia na sobie samym; drażniąc mechanicznie lub chemicznie różne miejsca swojej skóry, wywoływał wykwitły właściwie wypryskowski łojotokowemu. Potwierdza nam to, że w powstawaniu tych zmian jest rola wywoławcza całkiem podrzędna. — natomiast że zasadniczą rolę odgrywa tutaj podatność podłoża.

U osób z wybitną skazą parakeratyczną spostrzegalem bardzo często łupież skóry twarzy, o cechach mniej lub więcej zapalnych, przechodzący w wyprysk łojotokowy, — jak i często równoczesne istnienie łupieżu twarzy oraz wyprysku łojotokowego na szyi i karku, — przyczem dwie te sprawy przechodziły w siebie bez wyraźnej granicy. Postacie przejściowe między temi dwiema sprawami, jak i ich koincydencja (nie mówiąc już o klasycznej przejściowej postaci „ *pityriasis steatoides capilliti*”), przemawiałyby za uzależnieniem obu tych spraw, t. j. zarówno łupieżu jak i wyprysku łojotokowego — od owej skazy parakeratycznej.

Za podciągnięciem wszystkich parakeratoz pod jedną wspólną grupę przemawia zresztą kilka powodów: 1) że parakeratoza występuje jako objaw postaci chorobowych, których większość uważa wielu autorów za zakaźne, a ściśle jednak nie potrafimy ich tła określić; 2) że parakeratozy występują u osób, u których nie może żadna właściwość ustroju (poza ukrytą chyba skazą) służyć jako wytłumaczenie, wzgl. jako czynnik wywołujący powstawanie parakeratozy; 3) że klinicznie i histologicznie bywają często różne postaci parakeratoz do siebie zbliżone, nie wzięwszy pod uwagę cech w luźnym tylko związku z nimi pozostających; 4) że przebieg wszystkich parakeratoz jest mniej lub więcej przewlekły, okazując skłonność do nawrotów; 5) że w leczeniu parakeratoz odnoszą najlepszy skutek środki miejscowe, energiczne, podobnie do siebie w składzie i w sposobie ich stosowania; 6) że przebieg licznym parakeratoz towarzyszy, jako cecha histologiczna, — ścięczenie lub brak warstwy ziarnistej w naskórku; 7) że spostrzegano przejścia między poszczególnemi postaciami parakeratoz, co sprawia trudności w rozpoznaniu różniczkowem (*streptodermia* — *lupus erythematosus acutus*; *psoriasis* — *eczema seborrhoicum*, i t. d.); 8) że może istnieć równocześnie, względnie

powtarzać się u tego samego chorego — kilka postaci parakeratoz; 9) że są osoby, u których istnieje skłonność do występowania objawów parakeratozy — pod wpływem różnorodnych bodźców chorobotwórczych, i że u tych samych osób istnieje skłonność do przekształcania się dermatoz, względnie do ich zluszcycowacenia; 10) oraz, że domniemany czynnik chorobotwórczy wywołuje parakeratozę tylko u osób niektórych, do tego skłonnych; inne osoby na ten sam czynnik, (nawet sztucznie zastosowany) oddziałują w sposób odmienny, albo nie oddziałują wcale.

Istnieje zatem pewna skaza ustrojowa, uosabiająca do pewnych stanów chorobowych skóry, których jednym z objawów jest parakeratoza. Czy możnaby ją nazwać skazą „parakeratotyyczną” — nasuwają się wątpliwości, gdyż skaza ta polegać musi na pewnym zmianionym chemizmie ustroju w związku z układem wewnątrzwydzielniczym i wegetacyjnym, a parakeratoza jest tylko jednym z jej objawów.

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Janina DYBOWSKA.

Warszawa.

Spostrzeżenia nad wpływem ćwiczeń fizycznych na miesiączkowanie.

Skutkiem intensywnego rozwoju sportu w Polsce garną się do niego coraz częściej tak dziewczęta jak i dorosłe kobiety. Przy dużym zapale i obowiązkowości niewieściej, czasem nadmiernej ambicji, może to prowadzić do przemęczenia.

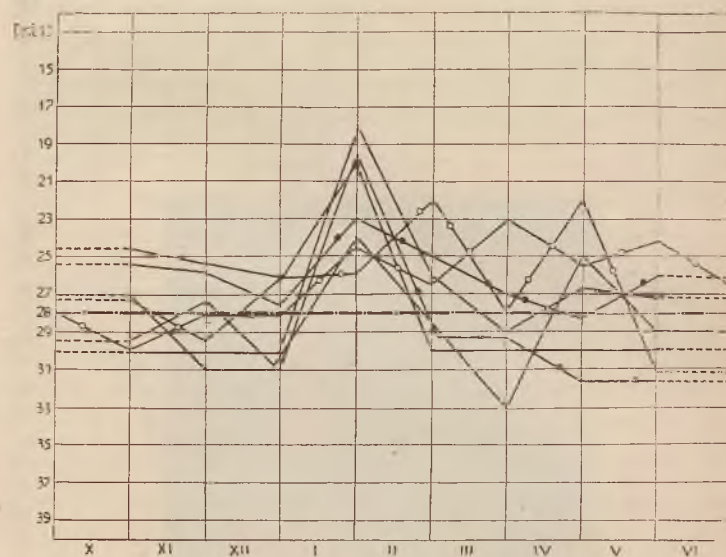
Spostrzeżenie przemęczenia skutkiem nadmiernie ciężkich lub zbyt częstych ćwiczeń fizycznych nie jest trudne w daleko posuniętych stadiach. Objawia się ono zmianami psychicznymi: występuje zniechęcenie do ćwiczeń, zanik towarzyskości, kłótniowość, w późniejszych stadiach pogorszenie się snu aż do bezsenności. Zmiany fizyczne idą w kierunku pogorszenia wyników ćwiczeń głównie przez niedokładność koordynacji, w późniejszych stadiach pojawia się ogólne zmęczenie, pogorszenie wyników w innych ćwiczeniach, w końcu spadek wagi ciała. Wszystkie te objawy są jednak świadectwem daleko posuniętego przemęczenia, nie pozwalają nam na uchwycenie pierwszych śladów nadmiernego zmęczenia. Pamiętać należy, że takie „nadmierne” zmęczenie nie musi być „nadmiernie” samo przez się, gdyż w razie odpowiednio długiego odpoczynku wypocznie organizm zupełnie. Dopiero połączenie zbyt częstych zmęczeń ze zbyt krótkimi odpoczynkami daje w wyniku przemęczenie, które można także zdefiniować jako kumulację pozostałości zmęceniowych skutkiem zbyt krótkich okresów odpoczynkowych.

O zdolnościach kobiecych do ćwiczeń fizycznych wogóle i wytrzymałości kobiet pisano już wiele, z najważniejszych autorów i autorek przytoczymy cenną pracę Westmana, prawdopodobnie najlepiej tę kwestję ujmująca, dalej omawiali ją Bach, Bergmann, Casper, Dünzer-Heffendahl, Kaboth, Kaiser, Kaspar, Kidwell, Kathro i Simpson, Kohlransch, Lohhöffel, Michaelsen, Müller, Runge, Schöppe, Sellheim, Strassmann. Streszczając w krótkości wszystkie te prace można powiedzieć, że są one jeszcze bardzo sprzeczne ze sobą, ale ogólnie odnosi się z nich wrażenie korzystnego wpływu racjonalnie prowadzonych ćwiczeń fizycznych lub racjonalnego uprawiania sportu tak dla ogólnego wyrobienia jak i dla funkcji specjalnie kobiecych, co wykazują autorzy przebiegami miesiączki, ciąży i porodów. Korzystny wpływ ten jednak nie jest tak stałym, by się w każdym wypadku objawiał; część autorów podnosi, że w całym szeregu wypadków korzystnego wpływu sportu nie udało się wykazać. Nadmierne obciążenie ćwiczeniami, np. zawodowych nauczycielek wych. fiz. wpływa o tyle niekorzystnie, że wyniki badań kobiet tych nie są lepsze niż przeciętnych niewiast. Nadmierny udział w zawodach sportowych daje duże szkodliwości, najbardziej zaś szkodzi udział w zawodach w czasie menstruacji.

U dziewcząt i kobiet dysponujemy możliwością wczesnego stwierdzenia przemęczenia przez obserwację perjdów. Obserwacje te są tem cenniejsze, że na perjd i jego objawy wpływa dużo czynników, prawdopodobnie tych samych, które wpływają na przemęczenie; mam tu na myśli stan nerwowy i psychiczny wraz z jego oddziaływaniem na gruczoły wewnętrzne wydzielania. Obserwując od wielu lat (1925) dziewczęta w wieku przed- i pomaturalnym, oraz ćwiczące w sekcjach sportowych niewieścich, miałam sposobność stwierdzić czułość reagowania perjdów na pierwsze ślady przemęczenia.

W większym zespole dziewcząt w wieku od lat 19—25, ćwiczących regularnie gimnastykę i lekką atletykę, okresowo inne ga-

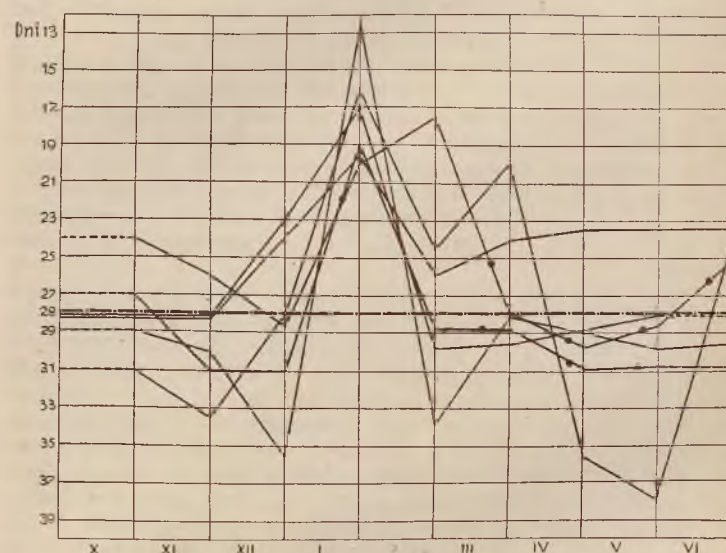
łęzie sportu, obserwovalam i notowałam dokładnie przez 1½ roku okresy między perjodami oraz zmiany w przebiegu perjdów. Dziewczęta podzieliłam na grupy wedle ich budowy i stanu zdrowia; grupa I. złożona z dziewcząt zdrowych, silnych, dobrze zbudowanych, wysokości 168—173 cm, sprawnych fizycznie i mających okresy perjdów regularne (przeciętnie co 28 dni, bez bolesności i silnych krwawień) zareagowała silnie na bardzo intensywnie poprowadzone ćwiczenia narciarskie, trwające 3 tygodnie, po 3—5 godzin dziennie, przy warunkach śnieżnych marnych, w terenie łatwym. Przedstawia nam to wykres I.



Wykres I.

Grupa silna. Dziewczęta zdrowe, silne, dobrze zbudowane, wysokie, fizycznie sprawne; okresy regularne bez zaburzeń.

W grupie tej wystąpiły znaczne zmiany w perjodach już podczas samego kursu, lub w następnym miesiącu. Najwybitniejsza zmiana: to skrócenie okresu między perjodami. U jednej przerwa wynosi tylko 18 dni, u innych 20—24, u dwóch występuje po kursie bolesność podczas miesiączki, u dwóch silne krwawienie, zmiany przebiegu perjodu utrzymują się w następnych miesiącach po kursie. W miesiącach wiosennych u paru dziewcząt z tej grupy powtarzają się skróty w okresach międzymiesiączkowych, mniejsze jednak niż po kursie narciarskim, u reszty następuje powrót do normy.



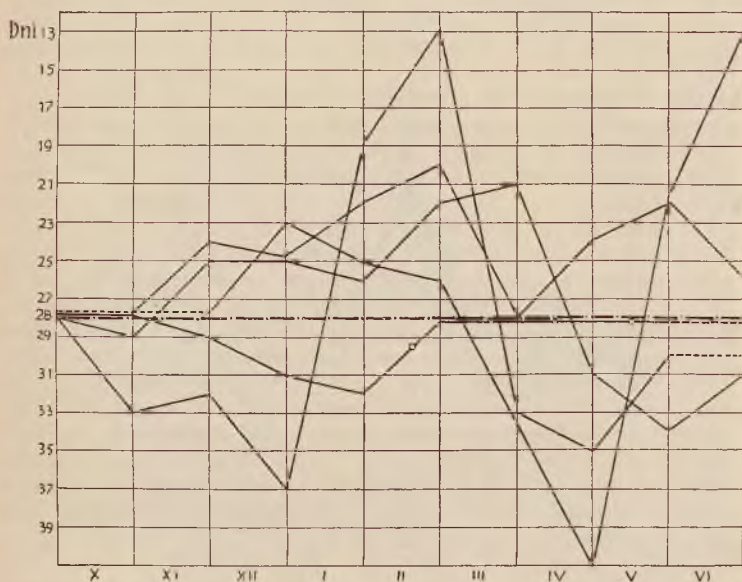
Wykres II.

Grupa średnia. Dziewczęta szczupłe, nerwowe, fizycznie sprawne, bardzo pilne i ambitne.

Z licznej grupy dziewcząt średnich przedstawiam na wykresie II. dziewczęta szczupłe, nerwowe, bardzo pilne i ambitne, sprawne fizycznie. U dziewcząt tych najsilniejsze zmiany nastąpiły w trwaniu okresów międzymiesiączkowych, przerwa skraca się nawet do 12 dni u jednej, u innych jest również znacznie krótsza (16—21 dni), zmian w trwaniu perjdów ani bolesności nie było, u dwóch

wystąpiło silniejsze krwawienie. Zmiany zaszły w trwaniu okresu międzymiesiączkowego powtarzają się u paru dziewcząt w znacznym stopniu w miesiącach wiosennych.

W grupie III-ej drobnych, małych (149—153 cm), bardzo nerwowych zaburzenia były już poważniejsze, gdyż dochodziło wśród nich nie tylko do skrócenia okresów międzymiesiączkowych (14—22 dni) ale nawet do zaburzeń wewnętrznego wydzielania powodujących duże przedłużenia tych okresów, dochodzące w jednym wypadku do 55 dni, u trzech do 34—37 dni.



Wykres III.

Grupa Słaba. Dziewczeta drobne, male, bardzo nerwowe.

28-dniowy odstęp między perjdami oznaczony jest linią poziomą ---. Długość okresów międzymiesiączkowych oznaczona jest linią ciągłą, przebiegającą poniżej lub powyżej linii 28-dniowej w miarę tego, ile dni mniej lub więcej upłynęło od poprzedniego perjodu. Linie kreskowane oznaczają, że w danym miesiącu badanie nie zostało uskutecznione. Kółka czarne pełne oznaczają silniejsze krwawienie, kółka puste — występowanie bólesności w czasie perjodu.

Na podstawie powyższych danych mogłam z całą stanowczością oświadczyć, że odnośny kurs narciarski był źle prowadzony, gdyż nęczenie jego było zbyt silne nawet dla grupy dziewcząt zdrowych i silnych. Fakt niewystąpienia zmian bardziej niekorzystnych w grupach średniej i słabej przypisuję temu, że w grupach tych skutkiem bardzo już oczywistej dysproporcji między wymaganiami kursowymi, a zapasem sił, dziewczeta zwalniały się często, rezygnując z ambicji osiągnięcia dobrych wyników na kursie. Mniemanie to potwierdza fakt, że największe zmiany zauważyłam u dziewcząt bardzo ambitnych i pracowitych. Podobne zmiany jak na przytoczonych już wykresach z okresu ćwiczeń narciarskich i po nich, spowodował sezon wiosenny ćwiczeń, głównie lekkoatletycznych wraz z pływaniem i szermierką (2—4 godziny dziennie).

Obraz tutaj jest bardzo zagmatwany, gdyż prawdopodobnie więcej czynników odegrało tu rolę. Przemęczenie ćwiczeniami fizycznymi, zbliżający się koniec roku nauki z koniecznością zdawania całego szeregu egzaminów wpłynął na stan ogólny i nerwowy. Dziewczeta na kursie nauczycielskim musiały wykonywać ćwiczenia nieodpowiednie dla nich, a stosowne dla ich późniejszych wychowawców, a więc znacznie młodszych dziewcząt ze szkoły średniej; w wyniku dało to zwłaszcza w lekkiej atletyce nadmiar ćwiczeń szybkich i zrywowych, jak starty, biegi krótkie, skoki i rzuty, przy prawie zupełnym braku ćwiczeń wytrzymałościowych. Tego rodzaju dobór wpływał naturalnie podniecająco i denerwująco.

Z powyższych przykładów widzimy jasno, że ścisła obserwacja okresów miesięczkowego i przebiegu perjdów może dać bardzo wartościowe wskazówki. W każdym indywidualnym przypadku porównanie ostatniego okresu międzymiesiączkowego z poprzednimi, przebiegu ostatniego perjodu z poprzednimi da danej kobiecie informacje co do wpływu ćwiczeń i innych warunków wpływających na jej organizm. Lekceważenie więc tych obserwacji, tak częste u dziewcząt jest zupełnie niesłuszne, zasługują one na baczną uwagę i powinny być ściśle zapisywane we własnym dobrze zrozumiałym interesie. Jeszcze ważniejszą jest obserwacja ta dla oceny prowadzenia ćwiczeń przez instruktorki; tutaj w gru-

pie całej, dobry przebieg okresów miesięczkowych i samych perjdów świadczy bezwątpienia o dobrym doborze, nasileniu i tempie ćwiczeń. Jeśli zaś lekarka w porozumieniu z instruktorką rozbiła całość na grupy silnych, średnich i słabych, to obserwacja perjdów może nawet dać zupełnie dokładną i pewną odpowiedź, czy dana instruktorka potrafiła poprowadzić ćwiczenia wzorowo, to znaczy na poziomie odpowiednim dla grupy średniej, zwalniając dziewczeta z grupy słabej od części ćwiczeń i uzyskując w ten sposób również dla nich dobre wyniki rozwojowe bez szkód dla zdrowia.

Wspomniany powyżej temat powinien stanowić ważną część pracy każdej lekarki szkolnej, oraz wszystkich lekarek, pracujących w ośrodkach i poradniach w. f. i p. w. oraz we wszystkich towarzystwach sportowych.

Omawiany powyżej temat mówi jedynie o gotowości kobiety ćwiczącej do spełnienia jej właściwych zadań; niewiele wiemy jednak o samym spełnieniu tego zadania, o przebiegu ciąży i porodu u kobiet ćwiczących. Prac kobiecych mamy tu mało; oprócz można się jedynie na większych pracach położników i ginekologów angielskich, amerykańskich i niemieckich. Sprzeczności tu dużo; ogólne wrażenie mówi znowu o dużej różnicy w wynikach w zależności od jakości ćwiczeń. Najlepsze wyniki zdają się dawać angielskie wycieczki sportowe. Łatwo rodziły Angielki z armii okupacyjnej Nadrenji; niezłe wyniki mimo przepracowania w swym dziale miały nauczycielki wych. fiz. w Anglii, częściowo w Ameryce. Najkorzystniej zdaje się wpływać przewaga gier i zabaw ruchowych i sportowych nad gimnastyką i gałkami sportu, uprawianymi zawodniczo. Takie też nastawienie zdaje się powodować korzystniejsze wyniki wych. fiz. dla Angielek i Amerykanek. Prace niemieckie dotyczące gimnastyczek z dużą dawką ćwiczeń na przyrządach, wykazywały niekorzystne wyniki; trzeba je jednak traktować z dużą rezerwą, gdyż przeważna część gimnastyczek wykazywała wybitnie mało kobiecą budowę o wąskich miednicach.

Nadużywanie ćwiczeń sportowych daje wyniki złe; najbardziej uderzają tu wysoki procent zapaleń przydatków u wioślarek (4 na 16) oraz kilkakrotne występowanie ginekologów przeciwko sprintom wraz z głębokim startem. Poza ogólnym potępieniem kolarstwa, piłki nożnej, najczęściej spotykamy się z zastrzeżeniem co do skoków, częściowo też rzutów.

Przebieg ciąży u niewiast ćwiczących rozmaicie jest oceniany; Westmann podkreśla korzyści dobrego wyrobienia kręgosłupa dla poprawienia zbytnej lordozy, co zmniejsza dolegliwości w czasie ciąży, następnie zaś wraz z dobrem wyrobieniem mięśni brzucha nastawia lepiej miednicę, ułatwiając przejście główki. Dützer-Hellendahl mówi o uprawianiu ćwiczeń w czasie ciąży; Westmann żąda zupełnej abstynencji przez pierwsze 3 miesiące.

Sam akt porodowy bywa najrozmaiciej oceniany. Zdaje się jednak wpływać ze wszystkich prac, że wyrabianie dużych silnych mas mięśniowych u kobiet nie wpływa korzystnie. Utrudnia otwarcie dróg porodowych, nie utrzymuje elastyczności tkanki mięśniowej, choć ułatwia współpracę mięśni tłoczni brzusznej z bólami.

Od ogółu prac tych odbiega nadzwyczajnie korzystną oceną wyniku ćwiczeń zestawienie Hildegardy Casper u członkiń klubów sportowych berlińskich, 75% porodów poniżej 15 godzin, bez rozstępów, żyłaków, pęknięć.

Uderzającym zjawiskiem jest jednak fakt, że mamy dużo lekarek panien, zajmujących się sportem; znikomą jednak jest ilość prac, pochodzących z pod pióra lekarek mężatek i matek, omawiających też ćwiczenia matek; podobne zjawisko zachodzi też wśród zwykłych uczestniczek, nielekarek.

W literaturze pamiętnikowej sportowej przykład pani N., trenującej po zamążpójściu i 2 dzieciach, a osiągnącej wyniki światowe, należy do wyjątków. Mimowoli nasuwa się przypuszczenie, że dla znacznej większości kobiet ciąży i poród kończą okres czynnego życia sportowego. Dalsze prace w tej dziedzinie zwłaszcza lekarek są bardzo wskazane.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Doc. Dr. Adam GRUCA
Dr. Helena FRANK - PITTOWA.

Lwów.

Przypadek brodawczaka żołądka.

Z Sanatorium Kasy Chorych we Lwowie.

R. T. lat 50, dozorczyń domu, przyjęta do Sanatorium 30. XII. 1931. W wywiadzie rodzinnym nic szczególnego. Chorób dzieciństwa nie pamięta. Później nie chorowała, odżywała się zawsze licho. Rodziła dwukrotnie. Pierwsze dziecko urodziło się nieżywe.

W styczniu 1931 spadła z drabiny, mimo to oddawała się nadal swoim zajęciom. Dopiero po miesiącu zaczęła odczuwać w biodrze ból, który ustąpił po nagrzewaniach. Po czterech miesiącach ból pojawił się ponownie. W grudniu 1931 skierowano chorą na Oddział chirurgiczny Sanatorium Kasy Chorych we Lwowie — gdzie rozpoznano u chorej zmięknienie kości (na tle zaburzeń w wydzielaniu wewnętrznym (?)) i niedokrwistość wtórna. W ciągu 6 tygodniowego leczenia na Oddziale chirurgicznym dolegliwości ze strony biodra ustąpiły. Dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego poza zaparciem stolca nie było żadnych. Stan ogólny jednak nie poprawił się. Z końcem lutego pojawiło się u chorej zapalenie miedniczek nerkowych, a następnie zapalenie płuc. Chorą przeniesiono na Oddział Wewnętrzny (Prym. Tomańek), skąd po stwierdzeniu przyczyny niedokrwistości i wobec stalego pogarszania się stanu chorej, mimo energicznego leczenia internistycznego (lampa kwarcowa, *condurango*, prep. żelazowe i arsenowe, prep. wapniowe), skierowano chorą zpowrotem na oddział chirurgiczny do zabiegu operacyjnego. Stan w chwili przyjęcia 21. IV. 1932. Wzrost mierny, odżywienie bardzo łyche, skóra blada, sucha — bez napięcia, widoczne błony śluzowe blade. Gałki oczne prawidłowo ruchome, wykazują wyraźnie zaznaczony oczopląs poziomy. Zrenice o brzegach nieco nierównych, leniwo oddziałują na światło. Słuch przytępiiony. Kilka zębów próchnicowych, poza tem brak uzębienia. Gruczoły szyjne niepowiększone. Tarczycza niepowiększona. Klatka piersiowa wypukłym i przysłuchem bez zmian wybitniejszych. Rentgenologicznie pasemkowate zagęszczenia dość intensywne na wysokości drugiej przestrzeni międzyżebrowej prawej i drobne zwapniałe ogniska obok prawej wnęki. Poza tem pola płucne i cieśń środkowa bez zmian. Przepony prawidłowo ustawione i ruchome. Kąty wolne. Brzuch zapadnięty, powyżej pępka nieco tkliwy na ucisk, poza tem bez zmian. Powłoki brzuszne bardzo wiotkie. Kończyny górne bez zmian. W dolnych odruchy ścięgnowe obustronnie żywe i równe. Ruchy stawu biodrowego lewego ograniczone. Udo i pośladki na ucisk bolesne. Objaw Lassegue'a dodatni. Rentgenologicznie plamkowate odwapnienia i zagęszczenia struktury kostnej stawu biodrowego lewego przy niezmiennych zarysach kości.

Badania dodatkowe: Odczyn Pirqueta ujemny. Odczyn Bierackiego 85 mm. Odczyn Wassermanna i Sachs-Georgiego ujemne. W moczu ślady białka i stale pałeczka okrężnicy. Kilkakrotnie badania treści żołądkowej wykazywały zupełny brak kwasu solnego i kwasu mlekowego. Pepsyna obecna.

Próba benzydynamowa według Adlera w kale stale dodatnia.

Badanie krwi: 18. IV. c. czerw. 2,550,000, c. białych 6,400, pałeczkowatych 1%, segmentowanych 49%, kwasochłonnych 4%, monocytów 8%, limfocytów 38%, J — 45.



Ryc. 1.

Ubytek wypełnienia nod uciskiem.

Badanie rentgenologiczne przewodu pokarmowego wykazało: pierwszy łyk treści kontrastowej, wpadający do żołądka, okrąży twór wpuklony do jego światła, leżący w połowie części zstępującej żołądka, przechodząc wąskim pasem od strony krzywizny małej. Przy słabym wypełnieniu żołądka widoczny wyraźnie w tej części, wykazującej wreszcie prawidłowe fałdy błony śluzowej, ubytek wypełnienia ostro ograniczony, okrągły, miękkie, wielkości pięcioczoł-

tówki. Ubytek ten występuje najwyraźniej pod uciskiem i leży bliżej krzywizny wielkiej (ryc. 1). Po całkowitem wypełnieniu żołądka ten ubytek nie jest widoczny, i występuje dopiero pod uciskiem (ryc. 2). Ruchy robaczkowe żołądka prawidłowe, przechodzą również w miejscu widocznego ubytku. Ściany żołądka są wszędzie podatne, kontury ich gładkie. Przy badaniu w pozycji leżącej stwierdzono stan, jak wyżej. Opróżnianie żołądka prawidłowe. Dwunastnica jest bez zmian. Jelita cienkie oraz okrężnica są prawidłowe. Rozpoznanie: *Polypus ventriculi*.

W czasie zabiegu operacyjnego wykonanego dnia 23. kwietnia 1932., w znieczuleniu miejscowym nowokainą, stwierdzono na tylnej ścianie żołądka, tuż przy odźwierniku, bliznowate zgrubienie wielkości 20 groszówki oraz w świetle żołądka guz miękkie, uszypułowany, wielkości kurzego jaja, usadowiony na przedniej ścianie trzonu żołądka w sąsiedztwie krzywizny dużej. Po nastrzykaniu obu krzywizn żołądka nowokainą, wykonano resekcję żołądka około 2 cm obwodowo od macalnego zgrubienia i około 2 cm dośrodkowo



Ryc. 2.

Żołądek przy silniejszym wypełnieniu.

od guza. Drożność przewodu pokarmowego przywrócono sposobem Rydygiera. Chorą zniósła zabieg stosunkowo bardzo dobrze. W ciągu sześciu dni po zabiegu stan bezgorączkowy. Przedmiotowo i podmiotowo stan zadawalniający. Szóściego dnia samoistne wypróżnienie. 7 dnia nagła zwyżka ciepłoty i objawy odoskrzelowego zapalenia płuc. 11 dnia chorea zmarła.

Badanie anatomopatologiczne (dr. H. Schusterówna): w sąsiedztwie odźwiernika owrzodzenie — wielkości opuszki palca o brzegach i dnie bladym i gładkim. Wokół tego owrzodzenia fałdy błony śluzowej układają się promienisto. Obwodowy (ogonowy) brzeg owrzodzenia pokryty brodawkami wielkości dużego orzecha laskowego (ryc. 3). Badanie drobnowidowe skrawka pobranego na granicy owrzodzenia i brodawczaka wykazało, zarówno w błonie śluzowej, jak i w mięśniówce, obrzęk i obfite nacieki zapalne o charakterze przewlekłym. Przy brzegu nabłonek silnie wybijały wykazuje bujanie brodawczakowate. Guz drugi wielkości jaja kurzego ma budowę wiotkiego brodawczaka z licznymi zakrzepami na szczytach brodawek — uszypułowanego na przestrzeni 2 × 2 cm. Szypuła jest zrosnięta wyłącznie z błoną śluzową (ryc. 3). Drobnowidowo wykazuje typowe utkanie brodawczaka (ryc. 4).

A zatem u 50 letniej chorej, która poza zaparciem stolca nie miała nigdy żadnych dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, stwierdzono objawy postępującego charactwa i niedokrwistości wtórnej z równoczesnymi zaburzeniami w gospodarce wapniowej, na tle przewlekłego krwawienia z brodawczaka żołądka, rozpoznanego z prawdopodobieństwem przed zabiegiem operacyjnym.

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę z kilku względów. Po pierwsze przez swoją rzadkość. Nowotwory dobrotliwe żołądka należą do nowotworów bardzo rzadkich. Tilger na 3500 autopsji stwierdził je 14-krotnie. Hünemann na 242 przypadków guzów żołądka stwierdził 231 raków — 7 mięsaków, 4 dobrotliwe guzy, a z tych 1 raz polipa. Rosenbach i Disené do r. 1923 ze-

brali z piśmiennictwa zaledwie 122 przypadków. Meulengracht oblicza na podstawie materiału sekcyjnego częstość brodawczaków na 0,1% guzów żołądka, Choszojew na 0,05, Stemler na 0,7%. Występują one zwykle w większej liczbie, rzadko pojedynczo. Usadwiają się najczęściej w części przedodźwiernikowej żołądka, częściej u mężczyzn niż u kobiet i zwykle u osobników powyżej 40 r. życia. Rozwijają się one z nabłonka pokrywowego w postaci brodawczaków twardych lub miękkich na podłożu zabu-



Ryc. 3.

zeń rozwojowych (Ribbert) względnie jako brodawczaki wtórne, na tle przewlekłego nieżytu (Konjetzny). W przypadku naszym u podstawy brodawczaka dużego nie stwierdziliśmy żadnych zmian zapalnych. Drugi brodawczak umiejscowiony był na brzegu typowego wrzodu żołądka. Wskazywałoby to na to, że przewlekły stan zapalny odegrał w ich powstaniu niewątpliwą rolę, lecz ponieważ nieżyt i wrzody spotyka się często — brodawczaki rzadko, musiały u chorej istnieć wrodzone podłoża do powstania brodawczaka.



Ryc. 4.

Rozpoznanie brodawczaka żołądka za życia jest bardzo trudne. Pop uważa je za niemożliwe, gdyż nie wywołują one żadnych charakterystycznych objawów klinicznych. Często, jak w przypadku naszym, rozwijają się bez żadnych objawów przez czas dłuższy. Bergmann spostrzegał bóle podobne do bólów przy wrzodzie trawiennym, niekiedy dolegliwości przypominające nieżyt żołądka. Rzadko stwierdzano bardziej gwałtowne objawy kliniczne, jak wymioty krwawe (Tyoviti), krwawienie śmiertelne (Niemayer, Band, Suttén), objawy przypominające przebieg wrzodu (Gulleke), ostra niedrożność odźwiernika wskutek wgłobienia się doń brodawczaka (Chiarì, Luksch). W pojedynczych przypadkach spostrzegano typowy obraz niedokrwiistości złośliwej (Harnig). Badanie treści żołądkowej wykazywało najczęściej brak kwasu solnego wzgl. obniżenie jego wartości. Brunn i Pearle na

podstawie 12 przypadków uważają trójcę objawów — achylie, świeże krwawienia i obecność dużej ilości śluzu, za ważne rozpoznawczo. Krwawienia utajone, jak w przypadku naszym, spotyka się często. Jak z powyższego wynika, brak objawów charakterystycznych przy guzach dobrodziejnych żołądka, a brodawczakach w szczególności, najczęściej uniemożliwia rozpoznanie. Według zestawienia Sielmana i Schindlera z r. 1925, rozpoznano brodawczaki za życia jedynie w 7 przypadkach na podstawie znalezienia cząstek nowotworu w zgłębniku żołądkowym, w wymiocinach wzgl. w stolcu. Największe znaczenie dla rozpoznania posiada badanie rentgenowskie. Pierwszy Schlesinger na podstawie badania rentgenologicznego postawił rozpoznanie dobrodziejnego guza żołądka, opierając się na następujących cechach: 1) ostre, gładkie konturowanie ubytków wypełnienia, 2) ostre odgraniczenie obu krzywizn, 3) prawidłowy przebieg ruchów robaczkowych. W piśmiennictwie ogłoszono następnie szereg przypadków guzów dobrodziejnych żołądka rozpoznanych przed operacją lub autopsją. Nowym postępowaniem w badaniu rentgenowskim było wprowadzenie przez H. Berga na szerszą skalę badania reliefu błony śluzowej. Moor, który przed kilku laty zestawiał 41 przypadków nowotworów żołądka operowanych w klinice Mayo, podnosi dużą wartość badania rentgenowskiego dla rozpoznania tych spraw, zwłaszcza połączonego z badaniem przez ucisk (kompresyjnym). Kallisch podkreśla szczególnie zachowanie się rysunku błony śluzowej, której fałdy biegają nieprzerwanie ponad ubytkiem wypełnienia. Badanie gastroskopowe, jak to podnosi Schindler i Gutzeit może mieć duże znaczenie dla sprecyzowania rozpoznania.

W przypadku naszym badanie rentgenowskie wykazało obecność ograniczonego i ostro odcinającego się ubytku wypełnienia w części zstępującej żołądka, natomiast nie wykazało zmiany w części przedodźwiernikowej żołądka umiejscowionej na tylnej ścianie, którą stwierdzono w czasie zabiegu. Przyczyną, dla której zmiany tej nie wykazano, było z jednej strony niekorzystne dla badania rentgenowskiego umiejscowienie jej na tylnej ścianie, z drugiej zaś strony ciężki stan chorej i niemożność dłuższego badania. Przyroda anatomiczna stwierdzonego rentgenologicznie guza na podstawie samego badania rentgenowskiego nie była łatwa do określenia. Mogliśmy z całą pewnością wykluczyć zarówno przy pierwszym badaniu jak i przy badaniach kontrolnych obecność ciała obcego wolno leżącego w świetle żołądka, w szczególności resztek pokarmowych i tak zw. trichobezoarów, gdyż twór ten nie wykazał przesuwalności względem ścian żołądka, jaką posiadają wolne ciała obce. Ostro odgraniczone, mniej lub bardziej uszypułowane guzy śródżołądkowe mogą być, albo dobrodziejnymi nowotworami żołądka (polipy gruczołowe, mięśniaki, włókniaki, naczyniaki i włókniako-nerwiaki) albo, co bywa rzadziej, pierwotny guz rakowy może tworzyć ostro ograniczony ubytek, który rośnie ekspansywnie i w tej początkowej postaci przedstawia się jako nowotwór dobrodziejny. Również przerzuty nowotworowe, w szczególności przerzuty raka lub mięsaka, mogą dawać takie ostro odcinające się ubytki wypełnienia, zwyczajnie jednak występują one w większej ilości.

W naszym przypadku należało rozstrzygnąć pomiędzy ostatnio wymienionymi możliwościami. Mała przesuwalność stwierdzonego tworu guzowatego przemawiała raczej za sprawą ściśle złączoną ze ścianą żołądka, jak to widzimy w nowotworach złośliwych. Brak jednak przerwy konturów fałdów błony śluzowej w najbliższym otoczeniu tego ubytku wypełnienia, — znaczna podatność i miękka konsystencja tego tworu, który przy obmacywaniu nie dawał żadnego wyczuwalnego oporu mimo cienkich i podatnych powłok, a dalej podatność ścian żołądka i prawidłowy przebieg ruchów robaczkowych w miejscu guza przemawiały raczej za sprawą dobrodziejną, w szczególności za tworem, który ze względu na postać określono nazwą polipowatego. Na podstawie badania rentgenologicznego nie można było rozstrzygnąć z całą pewnością, z jakiego rodzaju sprawą anatomiczną ma się do czynienia. Dało ono jednak nowe wytyczne dla rozumowania klinicznego — które opierając się na całości obrazu chorobowego, mogło dać w tym kierunku jaśniejszą odpowiedź. W myśl jednak dotychczasowego doświadczenia stwierdzenie podobnego obrazu rentgenologicznego, jak wyżej opisany, daje zawsze wskazanie do zabiegu, gdyż nawet pozorną dobrodziejność nie uprawnia rentgenologa do wykluczenia sprawy złośliwej, morfologicznie bowiem mogą się przedstawiać sprawy klinicznie różne zupełnie jednakowo. Zwłaszcza że dane statystyczne wykazują, według Fersego i Konjetznego, częste przejścia polipów w sprawy złośliwe. Döring i Wechselsmann przyjmują nawet wysoki odsetek zwyrodnień złośliwych, dochodzący nawet do 60%. Stwierdzano je nawet przy makroskopowo dobrodziejnym wyglądzie guza (Hainz, Schmiedén, Konjetzny, i inni). Kment z Kliniki Schloffera, na 14 przypadków polipów żołądka, tylko w pięciu nie stwierdził bujania złośliwego.

Rozpoznanie więc oparte tylko na badaniu rentgenologicznym określiło sprawę stwierdzoną w naszym przypadku jako „zmiażdżenie polipowata“ bez bliższego określenia anatomicznego sprawy, zaznaczono jednak z uwagi na rzeczy wyżej omówione możliwość gruczolako-raka. Stałe utrzymujące się krwawienie utajone, daleko posunięta niedokrewność wtórna, stałe postępujące charłactwo chorej, mimo leczenia internistycznego, brak kwasu solnego w treści żołądkowej, wszystko to usprawiedliwiało skierowanie chorej do zabiegu operacyjnego.

Jak z powyższego wynika, brodawczak żołądka jest schorzeniem ciężkim, które bądźto drogą postępującego charłactwa, bądźto wskutek zwyrodnienia złośliwego prowadzi do zejścia śmiertelnego. Dlatego jedynym racjonalnym leczeniem jest możliwe wczesny zabieg operacyjny. Przy zabiegu małych polipów można nie wyczuwać obmacywania, dlatego Albrecht poleca w przypadkach wątpliwych otwarcie światła żołądka. Z metod operacyjnych wobec wielogniskowego występowania brodawczaków może wchodzić w rachubę wyłącznie rozległa resekcja (Pop, Kment i j.). Rokowanie zależy od stanu ogólnego chorego. W przypadku naszym na pomyślny wynik zabiegu, wobec bardzo złego stanu chorej, widoki były *a priori* bardzo małe. Na zabieg jednak zdecydowaliśmy się, gdyż nie było innego wyjścia. Przyczyną zejścia śmiertelnego w 11 dniu po operacji było charłaczne zapalenie płuc.

Piśmiennictwo.

Albrecht: Röntgenpraxis. 1929. H. 6. — Beutel: Rtgpraxis. 1929. H. 16. — Meyer-Borstel: Rtgpraxis. 1931. Str. 36. W. Natorp: Rtgpraxis. 1931. Str. 456. — v. Bergmann G.: Handbuch d. inn. Medizin. Bergmann-Stehtin. T. III. — H. H. Berg: Rtguntersuchungen am Innenrelief des Verdauungskanales. 1930. — P. Eichler: Rtgpraxis. 1930. Str. 306. — H. Gebhardt: Rtgpraxis. 1930. Str. 913. — Gutzeit: Dtsch. Arch. klin. Med. 153. 1926. — Larsén: Acta radiologica. T. VII. 1926. — F. Schmitz: Rtgpraxis. 1930. Str. 1118. — Sielmann R. — Schindler H.: Fortschr. Röntgenstr. 33. H. 2. 197. 1929. — G. Kohlmann: Handb. d. Röntgendiagnostik u. Therapie. 1928. — Schinz-Baensch-Friedl: Lehrbuch d. Röntgendiagnostik. 1931. — Assman: Klin. Röntgendiagnostik d. inneren Erkrankungen. — W. Harig: Fortschr. Röntgenstr. Bd. 45. H. 5. 521. 1932. — Pop i Onaca: Zentralblatt f. Chir. 1931. str. 2440. — Kaliciński i Matuszek: Polski Przegląd Radiologiczny. 1932. t. VII.

Dr. Stanisław ŁAGUNA, adiunkt Zakładu.

Poznań.

Badanie grupowe krwi w przypadku ciąży bliźniaczej.

Z Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu w Poznaniu.

Dyrektor: Prof. Dr. Stefan Horoszkiewicz.

W przypadkach procesów alimentacyjnych stosuje się coraz częściej jako środek dowodowy badanie grupowe krwi, przyczem badanie takie, zgodnie z przyjętym ogólnie doświadczeniem, obejmuje przeważnie troje osób, a mianowicie domniemanego ojca, dziecko i matkę dziecka. Zdarzają się jednak takie przypadki, w których badanie krwi obejmować musi z konieczności bądźto dwoje osób wzgl. więcej osób niż troje. Badanie krwi tylko dwojga osób zachodzi wówczas, gdy np. domniemany ojciec mieszka daleko i badanie musiałoby pociągnąć za sobą znaczne koszty. W tym przypadku bada się marazie tylko krew matki i dziecka; nierzadko będzie można odstąpić od dalszego badania, skoro okaże się, że matka i dziecko należą do jednej i tej samej grupy (A lub B) oraz gdy dziecko należy do grupy A lub B a matka do grupy AB. Badanie krwi więcej niż trojga osób potrzebne jest wówczas, gdy wchodzi w grę większa ilość domniemanych ojców, bądź też większa ilość potomstwa (dwojaczki, trojaczki i t. p.).

Wielu przypomniało sobie niewątpliwie notatkę w prasie (Ilustrowany Kurjer Codzienny) p. t. „Bliźnięta od rozmaitych ojców“. Notatka ta prawdziwa co do wydarzenia przedstawiała jednak błędnie wyniki badań i wnioski z nich wysnute. Dzięki uprzejmości Prof. Wolffa ze Sztokholmu, który listownie przesłał mi bardzo dokładny opis tego przypadku, za co składam mu na tem miejscu serdeczne podziękowanie, mam możliwość sprstować te błędne informacje prasy. Równocześnie omówię przypadek podobny, który w roku 1930 oceniałem dla tutejszego Sądu.

Przypadek opisany przez Prof. Wolffa dotyczył małżeństwa, które już od dłuższego czasu żyło w separacji. Gdy więc w dłuższy czas po rozjeździe się małżonków urodziły się bliźnięta, mąż zaprzeczył, by pochodziły z jego związku z matką bliźniąt. Przeprowadzone badanie grupowe krwi wykazało, że małżonkowie oraz jedno z bliźniąt (chłopiec) należą do grupy O, natomiast

drugie z bliźniąt (dziewczynka) posiada właściwość grupy A. Opierając się na takim wyniku badania grupowego krwi autor (Prof. Wolff) bynajmniej nie twierdził, jak to podaje prasa, że oba bliźnięta musiały mieć rozmaitych ojców, lecz stwierdził tylko to, że ojcostwo musi być wykluczone w stosunku do dziewczynki, ale niemożna go wykluczyć w stosunku do chłopca. Prof. Wolff w swoim przypadku nie zajmował się również zagadnieniem zapłodnienia dodatkowego (*superfoecundatio*) i jakkolwiek drugi znawca (Prof. Broman z Lundu) nie wykluczał takiej możliwości, niemniej uważa za najprawdopodobniejsze, że w tym przypadku ojcem tych obu bliźniąt jest inny osobnik, który należał do grupy A.

Przypadek, który oceniałem w roku 1930 dla poznańskiego Sądu dotyczący skargi alimentacyjnej wniesionej przez matkę dwojga małoletnich powodów (bliźniąt). Jakkolwiek bliźnięta urodziły się już w roku 1925, sprawa o alimenty wniesiona została do Sądu dopiero w roku 1928. W uzasadnieniu swego powództwa twierdzi matka powodów, że pozwany obcował z nią cielesnie dwa razy, a mianowicie w maju i w wrześniu 1924 roku, a więc w ustalonym przez Sąd okresie poczęcia (od 30. VII. 1924 do 28. XI. 1924). Wprawdzie pozwany nie przeczy, że obcował cielesnie z powódką na wiosnę 1924 roku, a najpóźniej w kwietniu tegoż roku, podaje jednak, że w okresie poczęcia obcowali z powódką i inni mężczyźni. Matka powodów przyznaje, że obcowała cielesnie z nieznanym jej bliżej osobnikiem w końcu listopada 1924, wówczas jednak znajdowała się już od miesiąca w ciąży. Jeden ze świadków zeznał, że matka powodów opowiadając mu o swej ciąży wymieniała jako domniemanego ojca pozwanego, równocześnie jednak zaznaczyła, że miała także stosunki cielesne z innym mężczyzną, który chciał ją odesłać do akuszerki, by ta stwierdziła, czy jest w ciąży. Wymieniony powyżej świadek zeznał dalej, że i on miał stosunek z matką powodów, lecz było to w początkach grudnia 1924. Inny znów świadek zeznał, że usiłował mieć stosunek z matką powodów w dniu 21 maja 1924, lecz do stosunku nie doszło, gdyż był pijany. Matka powodów natomiast zeznaje, że miała stosunek z tym mężczyzną, lecz działo się to rzekomo w listopadzie 1924 roku, a więc wówczas, gdy była już w ciąży.

Ponieważ przeprowadzone postępowanie dowodowe nasuwało wiele wątpliwości, przeto Sąd na wniosek pozwanego zarządził środek dowodowy w postaci grupowego badania krwi.

Badanie to przeprowadzono w maju 1930 roku w Zakładzie Medycyny Sądowej U. P., przyczem pobrano wówczas krew od wszystkich czterech osób w grę wchodzących. Badanie to przeprowadzono metodą próbkową Schiffa. Właściwości krwinek oznaczono przy pomocy surowic wzorcowych izoaglutynacyjnych różnego pochodzenia („Haemotest“, „Sanguitest“ oraz surowic Zakładu Medycyny Sądowej U. P.) w ten sposób, że do 4 kropli 2% zawiesiny krwinek osób badanych dodano po dwie krople odpowiednich surowic wzorcowych grupy A wzgl. B. Badanie surowic tych osób przeprowadzono w sposób podobny z tą różnicą, że do krwinek o znanych właściwościach A wzgl. B dodano surowice osób badanych. Ponieważ wyniki otrzymane przy użyciu różnych surowic izoaglutynacyjnych oraz wyniki kontrolne, polegające na wzajemnym oddziaływaniu surowic poszczególnych osób na krwinki tych samych osób, były równoznaczne, przeto nie nastęrczały żadnych wątpliwości odnośnie do prawidłowego oznaczenia właściwości grupowych krwi. Przeprowadzone w tym przypadku badanie właściwości serologicznych krwi tych osób wykazało, że podczas gdy krew matki bliźniąt, domniemanego ojca, oraz jednego z bliźniąt (chłopca) posiadały właściwość grupy A, to krew drugiego z bliźniąt (dziewczynki) posiadała właściwość grupy AB.

Jeżeli obecnie porównamy wynik badania grupowego krwi ze spostrzeżeniami dotyczącymi rodzajów potomstwa, jakie występują w myśl teorii Mendla przy różnych kombinacjach rodziców, to nietrudno zauważyć, że wynik tego badania nie jest całkowicie zgodny, skoro ze związku osobników grupy A \times A potomstwo musi należeć do grupy O lub do grupy A. Jakkolwiek wynik odnośnie do jednego z bliźniąt (chłopca) odpowiadałby oczekiwaniu, gdyż dziecko to posiada grupę krwi A, to przeciwnie wynik dotyczący drugiego z bliźniąt (dziewczynki), której krew przynależy do grupy AB, nie odpowiada oczekiwaniu, gdyż posiada ono obok właściwości krwi A również właściwość B, której przecież brak u obojga rodziców, a która to cecha B, według zasad dziedziczenia winno być odziedziczony od jednego z rodziców. Skoro więc jedno z bliźniąt posiada właściwość krwi, której nie znajdujemy u domniemanego ojca, przeto pozwanego możnaby wykluczyć tylko w stosunku do jednego z bliźniąt (dziewczynki) ale nie w stosunku do drugiego z bliźniąt (chłopca).

Ponieważ wynik taki nasuwać mógł przypuszczenie pochodzenia tych dzieci od rozmaitych (dwóch) ojców, przeto należało rozstrzygnąć, czy znane są wogóle przypadki zapłodnienia kobiety

w krótkim czasie następujących po sobie stosunkach przez dwóch osobników i czy tak zwane zapłodnienie dodatkowe (*superfoecundatio*) jest zasadniczo możliwe, przyczem pod słowem *superfoecundatio* rozumiany zapłodnienie kilku jaj pochodzących z jednego okresu owulacyjnego przez różne plemniki, które pochodzą z różnych stosunków, a więc plemniki należące do różnych osób. Podczas gdy Godlewski uważa, że każde oddzielne jaje może być zapłodnione przez plemniki pochodzące od różnych osób, którzy z matką dziecka mieli stosunki w krótkim po sobie okresie czasu, to natomiast Bumm uważa, że niema powodu wątpić w istnienie tego zjawiska u ludzi, skoro występuje ono w świecie zwierzęcym, równocześnie jednak zaznacza, że brak dotychczas wśród rodzaju ludzkiego stanowczego potwierdzenia istnienia tego zjawiska. Nürnbergger za dowód przemawiający za istnieniem zapłodnienia dodatkowego uważa wydanie na świat przez murzynkę dwóch potomków, z których jeden był biały, a drugi czarny. Dowód ten nie jest przekonujący, skoro wiadomo, że potomstwo odziedziczyć może właściwości jednego lub też drugiego rodzica. Według zapatrywania Schultze'go można byłoby tylko wówczas mówić o istnieniu zapłodnienia dodatkowego, gdyby matka urodziła bliźnięta, któreby należały do odmiennych ras, np. biała matka urodzi bliźnięta, z których jedno należy do rasy etjopskiej, drugie mongolskiej. Czy jednak takie zapatrywanie Schultze'go jest słuszne, trudno ocenić, a możliwość sprawdzenia podobnego zjawiska ze względu na nadmierną rzadkość wydaje się być więcej niż wątpliwym. Daleko więc łatwiej dałoby się według zdania Ausbergera istnienie zjawiska zapłodnienia dodatkowego w przypadkach ciąży bliźniaczej uzasadnić wówczas, o ile użyje się do tego celu badań grupowych krwi. I tak według Ausbergera mogą istnieć z punktu widzenia teoretycznego pewne specjalne kombinacje, które z dużym prawdopodobieństwem przemawiać mogłyby, w razie ich stwierdzenia, za istnieniem tego zjawiska, przyczem podaje on, że jeżeli przyjmie się za słuszne założenie teorii von Dungen-Hirsfelda, to istnieć może tylko jedna podobna kombinacja, natomiast przy przyjęciu za słuszną teorię Bernsteina wzrośnie ilość możliwości przemawiających za istnieniem tego zjawiska do siedmiu. Według Ausbergera kombinacje te przedstawiają się następująco:

Lp.	Bliźniak I	Bliźniak II	Matka	Ojciec I	Ojciec II
1.	A (AR)	B (BR)	O (RR)	A (AA lub AR)	B (BB lub BR)
2.	A (AR)	O (RR)	O (RR)	AB	O (RR)
3.	B (BR)	O (RR)	O (RR)	AB	O (RR)
4.	A (AR)	O (RR)	O (RR)	AB	B (BR)
5.	B (BR)	O (RR)	O (RR)	AB	A (AR)
6.	O (RR)	AB	A (AR)	O (RR)	AB
7.	O (RR)	AB	B (BR)	O (RR)	AB

Z tablicy tej jasno wynika, że każde z bliźniąt może pochodzić od jednego ojca, natomiast żaden z ojców przy poszczególnych kombinacjach nie może być równocześnie ojcem obojga bliźniąt, a co dostatecznie uzasadnia przypuszczenie Ausbergera, dążące do rozstrzygnięcia tej kwestji na drodze badań grupowych krwi.

Ponieważ, jak to wynika z wyżej powiedzianego, rozstrzygnięcie kwestji zapłodnienia dodatkowego narazie jednak na drodze podanej przez Ausbergera, a będącej obecnie przedmiotem naszych dalszych badań, ani też w inny sposób nie jest możliwe, a równocześnie zagadnienie to stanowi li tylko problem teoretyczny, przeto narazie nie pozostaje nic innego, jak przyjąć zgodnie z twierdzeniem Godlewskiego, Bumma, że nie da się wykluczyć istnienia zjawiska zapłodnienia dodatkowego u rodzaju ludzkiego. Zjawisko to nie posiada zresztą z punktu widzenia prawnego żadnego znaczenia.

Gdyby bowiem przyjąć to zjawisko u ludzi za niewątpliwie istniejące, to wówczas drugie z bliźniąt musiałyby pochodzić od innego osobnika. Tego rodzaju stwierdzenie podpadałoby wówczas pod brzmienie części końcowej ustępu pierwszego § 1717 n. u. c.¹⁾

Jeżeliby natomiast odrzucić istnienie tego zjawiska u ludzi, to wówczas oboje bliźniąt musiałyby pochodzić nie od pozwanego, lecz od osobnika należącego do grupy B lub AB. Stwierdzenie takie, poparte wynikiem badania grupowego krwi, podpada wówczas pod brzmienie ustępu drugiego § 1717 n. u. c.²⁾. To ostatnie przypuszczenie wydaje się prawdopodobiejszem, skoro dotychczasowe

¹⁾ § 1717 n. u. c. Za ojca dziecka nieślubnego w myśl §§ 1708—1716 uważa się tego, kto z matką w ciągu okresu poczęcia cieleśnie obcował, chyba, że w ciągu tego czasu także kto inny obcował.

²⁾ Obcowania nie bierze się jednak pod uwagę, jeżeli podług okoliczności jest oczywiście niemożliwym, aby matka poczęła dziecko z tego obcowania.

spospostrzeżenia codzienne nie dostarczyły ani jednego przypadku przemawiającego bez żadnych wątpliwości za istnieniem zjawiska zapłodnienia dodatkowego.

Z punktu widzenia więc niemieckiej ustawy cywilnej tak w jednym, jak i w drugim przypadku skarga małoletnich powodów ulega oddaleniu, co zresztą i w tym przypadku nastąpiło.

Piśmiennictwo:

- 1) E. Godlewski: Embryologia. R. 1924. — 2) Bumm: Lehrbuch der Geburtshilfe. — 3) Schultze: cyt. przez Bumma. — 4) Nürnbergger: Münch. Med. Woch. R. 1912. Str. 1892. — 5) Merkel: Münch. Med. Woch. R. 1931. Str. 522. — 6) Ausberger: Klin. Woch. R. 1927. Nr. 42. Str. 1992—1994

Dr. med. Czesław MAZUR.

Łódź.

Przypadek zapalenia mózgu po szczepieniu ospy z utrzymującym się niedowładem połowicznym.

Ze Szpitala Anny - Marii w Łodzi.

Dyrektor: Dr. T. Mogilnicki, z oddziału Dr. H. Frenklowej.

Niejasna i przez różnych autorów różnie interpretowana etjologia i patogenezą *encephalitis postvaccinalis* zaczyna budzić wśród pediatrów coraz większe zainteresowanie. Dowodem tego zwiększająca się liczba publikacji, omawiających to schorzenie, zarówno na podstawie obserwacji klinicznych jak i badań doświadczalnych.

W piśmiennictwie polskiem ogłoszono dotąd 7 przypadków zapalenia mózgu po szczepieniu ospy. (Mikułowski — 2 przyp., Bogdanowicz — 2 przyp., Lewenfishowa — 1 przyp.). Łacka poświęciła zagadnieniu zapalenia mózgu po szczepieniu ospy swą monografię.

Zarówno autorzy polscy jak i obcy domagają się ogłaszania w piśmiennictwie każdego spostrzeganego przypadku, gdyż tylko nagromadzenie dużego materiału pozwolić może na wyświetlenie etjologii i patogenezę tego cierpienia. Mimo rozbieżnych poglądów na etjologię, prawie wszyscy autorzy zgadzają się, że *encephalitis postvaccinalis* stanowi odrębną jednostkę chorobową, o objawach zmiennych i różnych, wywołaną przez szczepienie ospy. Levaditi sądzi, że chodzi tu o specjalne uczulenie na jad krowiankowy ośrodkowego układu nerwowego z racji swego pochodzenia z listka ektodermalnego. Brokman, Bussel i Mayzner uważają, że zmiany chorobowe zależą od właściwości całego ustroju, od zdolności wytwarzania przez tkanki i soki ustroju z zarazka ospy — czynnika toksycznego.

Keller twierdzi, że na szczycie reakcji poszczepiennej zmniejsza się odporność przeciw jadowi krowianki. Mogą wtedy przekroczyć barierę krwionośną i inne jady, uchylające się od wykrycia laboratoryjnego, lecz zdradzające swą obecność zmianami zapalnymi. Zachodzić tu może zjawisko t. zw. paralogji, to znaczy ustrój znajduje się w pogotowiu nieswoistym do nieswoistych odczynów zapalnych, a wtedy różne jady w ustroju wywołać mogą zapalenie mózgu.

Co do przebiegu klinicznego większość autorów zaznacza pomysłne zejście (zupelne wyzdrowienie) w przypadkach, które nie skończyły się śmiertelnie w ostrym okresie. Mimo to jednak *encephalitis postvaccinalis* pozostawia nieraz i trwałe uszkodzenia. Wspomnę chociażby przypadki opisane jeszcze w 1905 roku przez Comby'ego.

1) 4 mies. dziewczynka, u której zostało porażenie jednostronne i psychiczny niedorozwój,

2) 28 mies. dziecko, u którego pozostało trwałe skurczowe porażenie połowicze.

W 1932 r. spostrzegł Eckstein ze współpracownikami 4-letnią dziewczynkę, u której w następstwie przebytego zapalenia mózgu po szczepieniu ospy w 7 mies. życia wystąpiła *dystrophia* z jednoczesnym niedorozwojem umysłowym.

Typowy przypadek *encephalitis postvaccinalis* mieliśmy sposobność spostrzegać w roku 1932 w szpitalu Anny-Marii dla dzieci w Łodzi.

13 miesięczna Sabina B. (Nr. księgi głównej 48196) przyjęta do szpitala Anny-Marii dla dzieci 24. maja 1932 z następującą anamnezą:

Przed kilku miesiącami przechodziła odrę bez powikłań. 19. maja zaszczepiono dziecku ospę po raz pierwszy w życiu (w wieku 13 mies.).

23 maja (czwartego dnia po zaszczepieniu ospy) dziecko zgorączkowało, wystąpiły częste drgawki, trwające około 10 minut.

24 maja utrzymywała się wysoka ciepłota sięgająca 40°. O godz. 17 powtórzyły się drgawki, które trwały do północy.

Drgawki podobno były obustronne. Wymiotów w przeciągu tych dwóch dni nie było.

Po ustąpieniu drgawek stwierdzono wiotkie porażenie kończyny górnej i dolnej prawej, utratę mowy (przed chorobą dziecko wymawiało najprostsze słowa) oraz niespokojne ruchy w kończyźnie górnej lewej.

Rozpoznanie pozaszpitalne brzmiało: *hemiplegia dextra, status convulsivus* (po szczepieniu ospy).

Przy badaniu stwierdzono stan ogólny bardzo ciężki. Dziecko nieprzytomne, senne, leży na grzbiecie, twarz i wzrok zwrócone w stronę lewą. Karmione łyżeczką lub smoczkiem pije chętnie.

Budowa prawidłowa, odżywianie dobre, ciepłota 38,6°. Na ramieniu lewym dwa dość rozległe wykwyty poszczepienne w okresie ropienia. Dokoła wykwitów skóra zaczerwieniona, nieco obrzęknięta, twarda, napięta. Gruczoły chłonne niewidoczne, niemacalne.

Kośćci: czaszka dość duża, guzy czaszkowe zaznaczone, zgrubienie różańcowate żeber oraz nasad kości długich.

Śluzówka jamy ustnej i gardzieli blade-różowa, migdałki niepowiększone, język wilgotny.

Uzębienie: 4 siekacze górne i 4 dolne.

W zakresie narządów układu krążenia i oddychania odchyłań od normy nie stwierdza się.

Brzuch nieco wzdęty, wysklepiony równomiernie, śledziona i wątroba niemacalne.

Układ nerwowy: brak sztywności karku i objawów oponowych. Zez zbieżny oka prawego. Żrenice okrągłe, równe, na światło reagują leniwo. W pozycji leżącej uderza ułożenie dziecka: twarz i wzrok zwrócone w lewo, rączka i nóżka prawa wyprostowane, bezwładne.

Odruchy skórne na brzuchu po stronie prawej zniesione. Lewy fałd nosowo-policzkowy wyraźniej zaznaczony niż prawy.

Odruchy spojówkowe zachowane. Odruchy kolanowe i ze ścięgna Achillesa obustronnie osłabione. Babiński po stronie prawej słabo dodatni.

Zniesienie ruchów prawych kończyn, osłabienie napięcia mięśniowego po stronie prawej.

W zakresie narz. słuchu zmian chorobowych nie stwierdza się.

Mocz i stolec oddaje prawidłowo.

Płyn mózgowo-rdzeniowy przezroczysty, ciśnienie prawidłowe. Odczyny globulinowe ujemne. Białko 0,17%, cukier 0,1%, pleocytoza, 5,5 ciałek białych w 1 mm³. Bakterjoskopowo — pojedyncze limfocyty. Drobnoustrojów nie stwierdzono, posiew jałowy.

Odczyn Wassermann'a we krwi ujemny, w płynie mózgowo-rdzeniowym w dawce 0,25 ujemny.

Odczyn tuberkulinowy (Mantoux 1/10.000) ujemny. (Wykonany dwukrotnie).

Badanie morfologiczne krwi: ilość hemoglobiny 82%, ilość czerwonych ciałek 4,510.000, ilość białych ciałek 8.900. Indeks 0,9.

Hemogram Schillinga: Zasadochł. 1%, kwasochł. 4%, myeloc. 0%, młodych 0%, pałeczk. 8%, segment. 24%, limfoc. 61%, monoc. 2%. Ciałka czerwone — norma.

Badanie moczu pobranego kateterem: ślady białka, barwki krwi obecne, urobilina i urobilinogen zwiększone, nabłonki płaskie po kilka w polu widzenia, ciałka czerwone 10—30 w polu widzenia, ciałka ropne 1—3 w polu widzenia.

W pięć dni później (14-go dnia po zaszczepieniu ospy) powtórzone nakłucie łądźwiowe. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego: ilość cukru zmniejszyła się do 0,096%, pleocytoza zwiększyła się do 11 c. b. w 1 mm³. Poza tem bez zmian.

Rozpoznanie sprawę zapalną ośrodkowego układu nerwowego, dotyczącą systemu ruchowego piramidowego. Proces ten wystąpił w następstwie szczepienia ospy. Dla potwierdzenia tego rozpoznania wtarto do skaryfikowanej rogówki królika płyn mózgowo-rdzeniowy dziecka, pobrany 14-go dnia po szczepieniu ospy. Przeszczepienie to dało wynik ujemny¹⁾.

Przebieg choroby. 26. V. Dziecko odzyskało przytomność, rozgląda się, zdziwione zmianą otoczenia, płacze, krzyczy, bawi się. Zwraca głowę i wzrok w różne strony. Ciepłota ranna opadła do 37°. Wieczorem zagorączkowało do 39,5°, utrata przytomności, senność.

27. V. Dziecko ponownie odzyskało przytomność, jednak apatyczne, nie reaguje na bodźce słuchowe i wzrokowe. Ciepłota poranna 38,6°, wieczorem 38,2°.

28. V. Dziecko senne, leży bezwładnie, twarz i wzrok zwrócone w stronę lewą. Nie reaguje na dotyk. Czucie głębokie zachowane (płacze przy głębszym ucisku). Nie reaguje na bodźce wzrokowe i słuchowe. Ciepłota ranna i wieczorna 37,8°.

29. V. Dziecko robi wrażenie przytomnego (rozplakało się na rękach matki). Trochę się rozgląda. Senne. Ciepłota 37,3—37,5°.

30. V. Dziecko przytomne, mniej senne, rozgląda się, przelewa się przez ręce, wiotkie. Niedowład prawostronny utrzymuje się, większego stopnia w rączce niż w nóżce. Łaknienie lepsze. Zaczyna przybywać na wadze; ciepłota podgorączkowa.

31. V. Stan ogólny polepszył się. Dziecko rozgląda się, posadzone — utrzymuje się w pozycji siedzącej. Postawione na nogi, przy próbach chodzenia z podparciem — zostawia za sobą nóżkę prawą. Zaordynowano: ciepła kąpiel, masaż, galwanizacja rączki i nóżki prawej.

1. VI. Dalsza poprawa stanu ogólnego. Objawy porażenia prawostronnego bez zmian. Dziecko siada, podane przedmioty chwytają tylko rączką lewą.

2. VI. Przy płaczu szpary powiekowe nierówne, prawa szersza od lewej. Palce dłoni prawej zgięte spastycznie w stronę dłońową. Kończyna górna prawa przywiedzona do tułowia.

6. VI. Dziecko może unosić prawe ramię ku górze.

8. VI. Przy galwanizacji porusza rączką i nóżką prawa.

9. VI. Dziecko zaczyna wymawiać najprostsze sylaby. Rączka prawa nie zwisa bezwładnie, utrzymywana w przywiedzeniu i zgięciu w stawie łokciowym.

10. VI. Dziecko wesołe, gaworzy, porusza rączką prawą, ale się nią nie posługuje. Niewygodną pozycję nóżki prawej zmienia na wygodniejszą.

W dalszym przebiegu choroby wystąpiły powikłania: błonica nosa i zapalenie ucha środkowego prawego.

25. VII. Dziecko zabrano ze szpitala z utrzymującym się niedowładem spastycznym prawostronnym i ropotokiem z ucha prawego.

5. IX. Wystąpiły u dziecka ataki napadowego kaszlu kokluszowego.

13. IX. Przyjęte powtórnie do szpitala Anny-Marji w stanie ogólnym niezłym, ciepłota 37,2°, z utrzymującym się niedowładem prawostronnym. Odruch rzepekowy i ze ścięgna Achillesa po stronie prawej wzmoczone. Około 7 ataków dość ciężkiego kaszlu napadowego z zanoszeniem się na dobę. Mantoux 1/10.000 ujemny.

15. IX. Badanie krwi: leukocytoza 35.000. Hemogram Schilling'a: zasadochł. 0%, kwasochł. 5%, myeloc. 0%, młod. 0%, pałeczk. 3%, segm. 9%, limfoc. 80%, monoc. 3%. Mocz: białko 0,033 ‰, nabł. płaskie liczne w polu widzenia, walczki szkliste i drobnoustrojowe pojedyncze w polu widzenia, całe pole widzenia usiane ciałkami ropnymi.

Rozpoczęto leczenie szczepionką kokluszową P. Z. H.

Zastrzyknięto 1 miliard szczep. — reakcja słaba.

17. IX. Zastrzyknięto 2 miliardy szczep. koklusz. Dziecko zagorączkowało do 38°.

22. IX. Po zastrzyknięciu 3 miliardów szczepionki kokluszowej wystąpiła b. silna reakcja ogólna. Dziecko zagorączkowało do 39°, nieprzytomne.

25. IX. Gwałtowne pogorszenie stanu ogólnego dziecka. Zagorączkowało do 38,8°. Wieczorem i w nocy w ciągu kilku godzin powtarzały się drgawki. Objawów oponowych ani zmian w zakresie narządów wewnętrznych nie stwierdzono.

Wykonano nakłucie łądźwiowe. Płyn mózgowo-rdzeniowy przezroczysty. Odczyn Pandy sł. dodatni. Nonne-Apelt ujemny. Białko 0,56%, cukier 0,068%, pleocytoza, 22 ciałek białych w 1 mm³. Bakterjoskopowo drobnoustrojów nie stwierdzono. Posiew jałowy.

26. IX. Dalsze pogorszenie stanu ogólnego. Ciepłota podniosła się do 39,6°. Stłumienie wypuku, oddech oskrzelowy ponad płatem dolnym lewego płuca.

W stanie agonalnym dziecko zostało zabrane do domu.

27. IX. Zejście śmiertelne.

Badania pośmiertne nie udało się wykonać.

Opisany powyżej przypadek typowego zapalenia mózgu po szczepieniu ospy miał przebieg bardzo ciężki z pozostawieniem trwałych uszkodzeń. Gdy dziecko powtórnie przybyło do szpitala (w 4 miesiące później), niedowład nie uległ żadnej poprawie. Ujemny wynik przeszczepienia płynu mózgowo-rdzeniowego na rogówkę królika nie jest miarodajny, gdyż wykonany był zbyt późno, zresztą dodatni wynik otrzymywali autorzy wyjątkowo. Wiek naszej pacjentki jest również typowy dla powikłań poszczepiennych. Omawiany powyżej przypadek nasuwa jeszcze pewne uwagi co do zwiększonej wrażliwości na szczepionki w ogóle.

Gdy dziecko przybyło powtórnie do szpitala z krztuścem, leczono było szczepionką kokluszową, po której wystąpiły ciężkie zaburzenia ze strony układu nerwowego, objawy — jakich nie spotrzegliśmy w żadnym z bardzo wielu przypadków leczonych szczepionką kokluszową. Opisany przypadek zdawałby się zatem potwierdzać teorię paralogii Kellera. Brak sekcji i badań histopatolog. uniemożliwia nam wysnuwanie dalej idących wniosków, uważamy jednak, że sam przebieg kliniczny o objawach ciężkich i uszkodzeniu trwałym zasługuje na opisanie.

¹⁾ Ze względów technicznych niestety — nie można było tego wykonać wcześniej.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Lesław WEGRZYŃSKI.

Lwów.

Walka z gruźlicą w Holandji.

Holandja — to dziwny kraj olbrzymich równin, poprzerzynanych licznymi mniejszymi i większymi kanałami, z których pompami poruszaniem wiatrakami, przepompowują wodę z kanałów niżej położonych do kanałów wyżej położonych. Kraj, gdzie rzeki płyną korytami wyżej położonymi, niż otaczające ziemie. Kraj olbrzymich pastwisk, torfowisk, a pod miastami zmieniony na ogrody i pola z łanami kwiatów. Całe morgi pokryte szklarniami hodują najwspanialsze winogrona o olbrzymich gronach. Pastwiska pełne prześlicznych krów holenderskich, których nikt nie pasie wobec otaczających każde pole kanałów, gdzie krowy doją mężczyźni, gdzie domy nawet bogaczy często są słomą kryte. Kraj ludzi pracowitych, chodzących w drewnianych sabotach, którzy ciągle walczyć muszą z zalewającą ich wodą. Kraj domów, — pudłeczek, czystych i schludnych, brukowanych gościnieców, aut i rowerów. Kraj o klimacie łagodnym, gdzie okna są pojedyncze, a w domach przeważnie pieców niema. Kraj biedny z natury, który kulturą, pracą i morzem, a przez nie kolonjami, dziś potężny w bogactwa przez handel i 50 milionów niewolników w Indjach holenderskich. Kraj starej kultury i sztuki, muzeów, gmachów i skarbów z kolonij, gdzie raz na tydzień odlatuje aeroplan do Indyj holenderskich, a raz na miesiąc odchodzi z Rotterdamu olbrzymi okręt pasażerski do tej kolonii. Wreszcie kraj, w którym dokonano niedawno gigantycznego wysiłku osuszenia morza i powiększenia obszaru o 1/5 powierzchni.

Powierzchnia Holandji (bez wód) ma 32.615 km², na której rozszani jest 1078 gmin, a z miast tylko sześć powyżej 100.000. Najgęściej zaludniona Holandia południowa posiada 648,4 mieszkańca na km². Gęstość ludności wynosi dziś 8.061.808 mieszkańców, gdy tymczasem w roku 1830 było ledwie 2.613.487. Przeciętne zaludnienie w tym okresie wzrosło z 80,2 mieszkańców na km² na 247 osób. Pierwszego stycznia 1931 r. liczył kraj 4.575 lekarzy t. j. 1 na 1762 mieszkańców. Szpitali 279 z 25.003 łózkami t. j. 1 łóżko na 322 ludzi.

Bardzo ciekawe są cyfry urodzin i śmierci, a to w okresie 1840—1849 było na 1000 — 33,54 urodzin, a śmierci 26,56, w okresie 1931 na 1000 — 22,28 urodzin, a śmierci 9,70, a więc widoczne starzenie się społeczeństwa.

Już w roku 1865 wydano prawo o publicznej służbie zdrowia. Prawo to zmienione w r. 1919 jest dziś podstawą całego ustroju służby sanitarnej publicznej.

I tak: na czele służby stoi dyrektor generalny podległy ministrowi, koordynujący prace poszczególnych inspektorów. Charakterystyczną cechą ustroju jest to, że inspektorzy zawiadują poszczególnymi działami higieny służby sanitarnej publicznej, obejmując swoją działalnością kraj cały. Każdy zaś z tych inspektorów ma swoich funkcjonariuszy w poszczególnych prowincjach, a nie jak u nas jeden urzędnik np. lekarz powiatowy, zawiadujący w danej części kraju t. j. w starostwie całokształtem spraw sanitarnych.

Jednym z działów z osobnym inspektorem i jego subalternami-lekarzami jest dział higieny dziecka, walki z gruźlicą i wenerją. Jeden inspektor i czterech podinspektorów obejmuje swoją działalnością kraj cały.

Drugą cechą nader charakterystyczną to pozostawienie w pewnych działach, do których w szczególności należy gruźlica, jak najszerzego pola działania inicjatywie prywatnej. Rzecz inspektora rządowego tego działu jest kontrolowanie i wskazywanie dróg i sposobów pracy towarzystwom prywatnym, subwencjonowanym przez rząd, a przez periodyczne raporty zawiadamianie głównego inspektora o projektach i poczynaniach tych organizacji prywatnych oraz o sposobie użytkowania funduszy pochodzących z subwencji rządowych.

W Holandji niema obowiązku ustawowego zgłaszania i izolowania gruźlicy nawet niebezpiecznej dla otoczenia. Mimo długich i wyczerpujących debat na ten temat w ciałach ustawodawczych od r. 1918 do r. 1922 i to tak w specjalnej Komisji rządowej jak i Centralnej Radzie Higieny, projekt zgłaszania gruźlicy niebezpiecznej dla otoczenia odrzucono. Zauważyć jednak należy, że nawet i bez tego ustawowego obowiązku prawie wszystkie przypadki gruźlicy dzięki energicznej działalności poradni przeciwgruźliczych pokrywających swoją pracą kraj cały, są już dzisiaj zarejestrowane.

Przypatrzmy się bliżej cyfrom statystycznym. Śmiertelność na gruźlicę w Holandji spada bardzo gwałtownie. Z 19,37 na 10.000 mieszkańców w r. 1901 na 7,33 w r. 1931. Ciekawym jest gwałtowny wzrost śmiertelności w r. 1918 i to powyżej 20 na 10.000 mieszkańców, który przypisać należy ubytkowi spożycia tuszczu i mięsa masowo wówczas wywożonych do Niemiec.

Jest jeszcze drugi uderzający fakt, który wyczytać można z cyfr statystycznych, to zjawisko szybszego spadku śmiertelności z powodu gruźlicy u mężczyzn niż u kobiet. Dotyczy to zwłaszcza chorych na gruźlicę narządu oddechowego. Fakt pozostaje faktem, że kobiety umierają obecnie w Holandji częściej niż mężczyźni i w stosunku 100 : 115 kobiet.

Trzeci objaw, który, zresztą mam wrażenie i u nas daje się spostrzegać, to szybszy spadek śmiertelności w miastach, niż wsiach, przyczem znowu statystyka holenderska wykazuje, iż odsetek ten przypada głównie na niekorzyść kobiet i to im mniejsze osiedla, tem ten stosunek jest niekorzystniejszy: np. w latach 1921—1925 w miastach powyżej 50.000 mieszkańców na 100 mężczyzn umierało 108,7 kobiet, a powyżej 50.000 mieszkańców na 100 mężczyzn umierało 131,3 kobiet, to w r. 1926—1930 w pierwszej kategorii na 100 mężczyzn umierało 103,3 kobiet, a w drugiej kategorii na 100 mężczyzn umierało 128 kobiet.

Tem ciekawszy jest ten objaw, że, jeżeli chodzi o śmiertelność ogólną, to tak w większych jak i mniejszych osiedlach raczej cyfry idą na korzyść płci pięknej.

Punktem zwrotnym w akcji przeciwgruźliczej jest r. 1906/7, w którym na zaproszenie Centralnego Komitetu Przeważającego, założonego jeszcze w r. 1903 pod protektoratem Królowej Matki, odbywa się w Hadze Konferencja Unji Międzynarodowej, mającej swą ówczesną siedzibę w Berlinie. Pierwocin akcji przeciwgruźliczej należy szukać jednak wcześniej. W r. 1890 Dr. M. J. A. Wijnhoff stawia wniosek na posiedzeniu Twa Lekarskiego utworzenia sanatoriów ludowych w Holandji. Opinią jednak ogólną sprzeciwiła się temu, uważając klimat Holandji za zbyt wilgotny i zmienny.

W r. 1897 Towarzystwo niesienia Pomocy płucno-chorym otwiera w Davos-platz sanatorium na 30 łózek. Idea leczenia chorych w własnym klimacie nie ginie. W r. 1898 lekarz p. Hoekstra Leczy chorych powietrzem w Heilo, a w r. 1900 dr. Haantjes w Putten tworzy instytucję, gdzie stosuje terapię pracy. W roku zaś 1901 powstaje pierwsze większe sanatorium z daru Królowej Matki t. zw. *Oranje - Nassau's - Oord* w zamku Renkum.

Jeszcze w r. 1897 grupa lekarzy z dr. J. J. Homoet'em na czele, tworzy Towarzystwo Sanatoriów ludowych, które w r. 1903 otwiera sanatorium w Hellendorp. Towarzystwo to na skutek uchwały Kongresu Przeważającego w Londynie w r. 1901 tworzenia zrzeszeń przeciwgruźliczych w poszczególnych krajach i utworzenia biura Centralnego Międzynarodowego, zwraca się z inicjatywą do Ministra Spraw Wewnętrznych powołania do życia Centralnego Związku Przeważającego. Minister dał odpowiedź nader charakterystyczną: Nie Rząd ma tworzyć taką instytucję, a tylko inicjatywa prywatna. W ten sposób 27 września 1903 r. powstaje już poprzednio wspomniany *Nederlandsch Centraal Comité tot bestrijding der Tuberculose*. Wówczas utworzono pismo: *Tuberculose*.

W tym samym roku tworzy się szereg Towarzystw prowincjonalnych, a w budżecie państwowym po raz pierwszy widnieje suma 10.000 guldenów na cele walki z gruźlicą. Obecnie w każdej prowincji jest Tow. Przeważające albo jako takie, albo jako sekcja Twa higieny publicznej. Wszystkie sa bezwzględnie instytucjami prywatnymi kontrolowane i wspomagane przez Rząd. W poszczególnych zaś miejscowościach utworzono Towarzystwa lokalne. Wszystkie jednak muszą należeć do Twa danej prowincji, a to dopiero należy do Centrali. O subwencjonowaniu niezrzeszonych towarzystw niema mowy.

Do Związku Centralnego oprócz Towarzystw prowincjonalnych należą zrzeszenia stanowe, jak np. kolejarzy, szlifierzy diamentów, reprezentacje sanatoriów, oraz około 3.344 członków osobistych. Wszyscy ci członkowie dostarczają we wkładkach rocznie 15.000 fl. Biura Związku mieszczą się w Hadze. Początkowo Związek rozdzielał otrzymane subwencje rządowe, potem jednak rząd stworzył osobny inspektorat i zaczął subwencjonować wprost zrzeszenia prowincyj tak, że obecnie Centrala zajmuje się: propagandą kształcenia poradniarek, pracami naukowymi, zbiórką zw. Kwiatkiem Emmy (Imię Królowej Matki), reprezentacją kraju w Unji Międzynarodowej, a wkońcu administracją Kasy leczenia chorych. Wykłady, wydawnictwa, afisze, filmy, muzea — to szerokie pole pracy Centrali.

Sprawę pielęgniarek nieco inaczej załatwiono, niż u nas. Kształci się ich dwie kategorie, jedne do służby poradniarskiej, drugie do służby pielęgniarskiej. W ostatnich 20 latach udzielono 2.000 dyplomów, 48 członków liczy Komisja naukowa, ogłaszająca swoje prace w raportach periodycznych. Zbiórka kwiatka daje 150.000 fl. rocznie.

Zadanie Zrzeszenia prowincjonalnego jest bardzo rozległe. Przedewszystkiem do obowiązków należy kontrola i pomoc towarzystwom miejscowym, dalej administracja kasą leczenia chorych,

prowadzenie Przychodni rejonowych i organizacja kursów profesjonalnych dla pielęgniarzek.

Każda prowincja dzieli się na kilka dystryktów, na czele każdego takiego dystryktu stoi lekarz specjalista fizjolog, który cały czas poświęca wyłącznie tej służbie. Lekarz ten mianowany jest i honorowany przez Towarzystwo prowincjonalne, a zatwierdzany przez Ministra. On prowadzi jedną lub kilka poradni, organizuje pracę i akcje przeciwgruźliczą, kieruje pracami miejscowych Towarzystw. Jemu przydzielona jest poradniarka dystryktu, mająca nadzór nad pielęgniarzkami miejscowymi.

Państwo subwencjonuje zrzeczenia prowincjonalne na cele przychodni, na cele t. zw. kasy dla chorych i na inne cele.

Ponadto, tak zrzeczenia prowincjonalne, jak i miejscowe, otrzymują od różnych instytucji subsydia, i to dość znaczne. Wykluczone od subwencji rządowych są Towarzystwa o charakterze narodowym, religijnym, czy politycznym.

Jak już wspomnieliśmy, istnieją Towarzystwa miejscowe (pierwsze w Rotterdamie, założone w r. 1903). Dziś takich Towarzystw jest około 800. Każde Towarzystwo ma jedną lub więcej poradniarek — w większych miejscowościach są osobno poradniarki, osobno zaś pielęgniarcki (pielęgnujące chorych po domach). Poradniarka miejscowa ma za zadanie: otaczanie stałą opieką rodziny w kierunku profilaktycznym i higienicznym, pielęgnowanie chorych wskazanych jej przez lekarza, staranie się o pomoc nawet materialną dla pacjenta. Administruje magazynem podręcznym sanitarnym, przeprowadza odkażanie tak mieszkania jak i rzeczy zmarłego wzgl. chorego. Niektóre Towarzystwa miejscowe mają „Buurthuis” ośrodki zdrowia w naszym znaczeniu. Jeżeli w jakiejś miejscowości jest kilka Towarzystw o charakterze przeciwgruźliczym, muszą one stworzyć Komisję współpracy i ta komisja otrzymuje subwencje.

Oprócz wyżej wymienionych, nazwijmy je oficjalnych Towarzystw, jest szereg Towarzystw o charakterze politycznym, czy też stanowym, względnie religijnym, więc: kolejowe, robotników w szlifierniach diamentów, podoficerów, katolickie i t. d., i t. d. Jedno wymieniam: to Towarzystwo Opieki nad gruźliczymi w Amsterdamie, którego celem jest opieka posanatoryjna.

Ośrodkiem akcji jest poradnia. Komisja w r. 1918 określa w ten sposób zadania tej instytucji: Poradnia ma być ośrodkiem, który ześrodkowuje wszystko, co dotyczy gruźlicy w danej miejscowości, gdzie zbiegają się wszelkie nici i gdzie można zwracać się po wszystko, czego chory gruźliczy potrzebuje.

Poradnia ma wykrywać chorego na gruźlicę i śledzić cały przebieg jego schorzenia, ma nawet przez czas dłuższy nadzorować otoczenie, ma mu dostarczyć leczenia i to zastosować go już w pierwszych oznakach choroby, ma pouczyć o sposobach i okolicznościach, w jakich jest chory najmniej niebezpiecznym dla otoczenia, ma w interesie tak samego chorego jak i otoczenia poprawić położenie socjalne, które mogłoby w przeciwnym razie przeszkadzać w leczeniu i uniemożliwiać zapobieganie i w ten sposób zmniejszać oporność przeciw gruźlicy.

Poza tem przychodnia ma misję szerszą wyszukania i usuwania źródeł zakażenia, a więc: 1) Wyszukanie chorych. 2) Rozpoznanie. 3) Zapobieganie. 4) Pomoc socjalna. 5) Leczenie. 6) Pomoc sanatoryjna. 7) Statystyka.

W zasadzie ustrój walki z gruźlicą rozwinął się w tych wyżej wymienionych zarysach, zmieniło się jednak obecnie tyle, że poradnie miejscowe nie są prowadzone przez miejscowe Koła Walki z gruźlicą, lecz przez dystrykty i że punkt piąty został zasadniczo zmieniony. Poradnie nie leczą obecnie chorych, tylko rozpoznają i odsyłają do lekarzy prywatnych. Rodziny do kontroli są też wzywane za zgodą i wiedzą lekarza leczącego, ha, co więcej wszelkie skierowania do szpitala czy sanatorium odbywają się tylko konsyliarnie z lekarzem leczącym. W ten sposób zyskano zaufanie lekarzy i ich pomoc, nie szkodząc nic praktyce prywatnej.

Jak już zaznaczyłem, odjęto przychodnie organizacjom miejscowym, ze słusznego powodu konieczności oparcia takiej przychodni o jakąś lepiej urządzoną przychodnię prowincjonalną, czy dystrykt, i ze względu na fachowe kierownictwo lekarza owego dystryktu, fizjologa. Dystryktów wszystkich jest w całej Holandji 28. Praca dokonana przez poradnie jest olbrzymią. W r. 1931 zbadano po raz pierwszy 39718 ludzi. Ilość gruźliczych zapisanych 47.289. Rodzin było odwiedzonych 45.260 przez pielęgniarkę 674.503 razy. Przychodnie wysłały 2005 ludzi do szpitali, 4299 do sanatoriów. 544 do osiedli gruźliczych, 2481 leczono w domach, 1776 dzieci wysłano do prewentyjumu, 365 do szkoły na wolnym powietrzu, a 189 do rodzin na wsi, 100 szpitali ma sale czy oddziały gruźlicze. Sanatoria uznane przez Rząd posiadają 3561 łóżek i miały w r. 1931 — 1,143.183 dni leczenia.

Ponadto w Holandji zapoczątkowano i szeroko obecnie używa się leczenia w domu albo w pawiloniku lub powiedzmy budce urządzonej przy mieszkaniu chorego. Budkę taką dostarcza, względnie

ją wypożycza rodzinie Zrzeszenie. Klimat Holandji umożliwia korzystanie z takiej budki przez cały rok i izolowanie w ten sposób chorego od rodziny.

Duży wysiłek wkładają Holendrzy w ochronę dzieci. Istnieje ścisła współpraca między pedjatrją dystryktu, inspektorem lekarskim a fizjologiem danego dystryktu. 47 kolonij sanitarnych dla uczniów z 3407 łózkami oraz 3 dla dzieci w wieku przedszkolnym, w których w r. 1931 leczono 10800 dzieci przez 49234 dni, w kolonjach szkolnych sanit. zaś 29.838 dzieci z 1,803.796 dniami leczenia. W r. 1931 — 2,959 dzieci umieszczono po wsiach z 125.387 dniami pobytu. Wszystko to jest subwencjonowane przez państwo, prowincje i komuny.

Osobnem dziełem, o którym wspomnieć należy, to szkoły na wolnym powietrzu — jest ich w Holandji 10. Te szkoły zasadniczo podzielone na 2 oddziały: jeden z nauczycielami prowadzącymi nauczanie — drugi leczniczy pod opieką periodyczną lekarską, prowadzony przez dyplomowaną pielęgniarkę. Dzieci prawie dzień cały przebywają na wolnym powietrzu i pozostają w tych instytucjach od 8¹/₂ do 5¹/₂ popołudniu. Naturalnie, że dzieci są też w szkole żywione. Wyniki są doskonałe, tak pod względem zdrowia jak i postępów w nauce, a co ciekawsze iż chociaż w tych szkołach materiał jest watły, to ilość opuszczonych dni nauki jest mniejsza niż w szkołach zwykłych.

Jak Holandia, czterokrotnie mniejsza co do ludności od Polski, wspiera walkę z gruźlicą niech posłużą cyfry. Państwo subwencjonuje kwotą 1,300.000 fl. t. j. około 5,000.000 zł, ponadto dają zasiłki komuny i prowincje, osoby prywatne i t. d. Wiele dają, to przytoczę cyfrę sum wydanych przez Amsterdam. Miasto o 766,270 mieszkańców daje na ten cel więcej niż cały fundusz państwowy — a więc w stosunku do Lwowa, który jest tylko 2¹/₂ razy mniejszem miastem a daje około 50.000 zł — 20 razy więcej.

BIBLIOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopiśmie. Piśmiennictwo polskie.

Bull. Internat. de l'Acad. Pol. des Sciences et des Lettres, Nr. 9—10. 1932. J. Felix: Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Kreislaufwirkung der Skelettmuskelextrakte: Lacarnol und Myostriatol. — W. Markert: Le rôle du rein dans l'acidose expérimentale. (I). Le rôle du rein dans l'acidose expérimentale chez les gens sains. — W. Markert: Le rôle du rein dans l'acidose expérimentale. (II). Le rôle du rein dans l'acidose expérimentale chez les brightiques. — W. Markert: Le rôle du rein dans l'acidose expérimentale. (III). Le lieu où est formé l'ammoniaque.

Bull. Internat. de l'Acad. Pol. des Sciences et des Lettres, Nr. 1. 1933. — J. Z. Weibbaum: Recherches cytologiques sur le sarcome de Rous et les macrophages normaux. — A. Besredka und L. Gross: Untersuchungen über ein vermeintliches sarkom-erzeugendes Virus bei der Maus.

Pol. Arch. Medycyny Wewnętrznej, Nr. 1. 1933. Z. Demitrowski: Przyczynek do badań nad wzajemnym stosunkiem objawów klinicznych i przemiany spoczynkowej w chorobie Basedowa. — H. Długosz: Wpływ wody morszyńskiej na czynność wydzielniczą wątroby i trzustki. — W. Elmer: O mikrometodzie oznaczania jodu dla celów klinicznych. — A. Galewski: Wpływ tarczycy i łożyska na obraz morfologiczny krwi. — J. Glass i D. Adlersberg: Badania doświadczalne nad wpływem obniżenia ciśnienia atmosferycznego na rozmieszczenie chloru i wody we krwi. — J. W. Grott, Fr. Kowalski i S. Windyga: Z cyklu badań nad regulacją cukru we krwi. Część I. Rola czynników „centralnych” i „obwodowych” w regulacji cukru we krwi u zdrowych i u chorych na cukrzycę. — E. Kołoszyński: Z badań nad płytkami krwi. — A. Ławrynowicz i E. Wilczkowski: Spostrzeżenia nad odpornością w zimnicy sztucznie szczepionej. — N. Manson: Wykres całkowitej ilości kaloryj. — M. Semerau-Siemianowski: O hipotonji konstytucjonalnej.

Lekarz Kolejowy, Nr. 1. 1933. H. Targoński: Pracownia Psychotechniczna D. O. K. P. w Warszawie. — E. Boczkowski: Przypadek nowotworu mózgu pod postacią glioma cysticum sarcomatodes. — F. Obarski: W sprawie ostrego otrucia nadmanganianem potasu.

Medycyna Doświadczalna i Społeczna, Nr. 1—2. 1933. A. Ławrynowicz i Z. T. Gryglewicz: Zachowanie się podstawowych cech pałeczki okrężnicowej (pochoźdzącej od człowieka) podczas pobytu w wodzie. — S. Sierakowski i B. Zabłocki: Z badań nad odczynami serologicznymi w kile. — J. Gold-

berżanka i Z. Górecki: O postaciach aglutynacji w przebiegu duru brzuszego. — F. Przesmycki i J. Morzycki: Badania nad biochemią ciał antygenowych. — D. Assenhajm: O purynach w centralnym układzie nerwowym wołu. — Anna Tustanowska: Występowanie larw brzoźdogłowca szerokiego (*Dibothriocephalus latus*) w szczupakach z rynku warszawskiego i z jeziora Wigry. — A. Feinsteinówna: Metodyka określania miana bakterij denitryfikujących w wodzie. — J. Konorski i S. Miller: Podstawa fizjologicznej teorii ruchów nabytych. — J. Morzycki: Toksyna i antytoksyna błonicza w świetle prac Madsena i jego szkoły.

Lekarz Polski, Nr. 4. 1933. J. Szymański: Żółtowie schorzenia oczu. — T. Hilariovicz: Znaczenie ustawowego pojęcia praktyki lekarskiej. — B. Wejnberg: Kilka uwag o spędzeniu płodu. — H. Niedzielski: Społeczno-lecznicza działalność Kas Chorych w Polsce. — J. Hozer: O oddzielenie lecznictwa od administracji w instytucjach ubezpieczeń społecznych. — Fr. Jarniński: Państwowa pomoc lekarska dla funkcjonariuszów państwowych. — M. Szczudłowski: Lotnictwo sanitarne i jego dzisiejsze zastosowanie w kraju.

Polska Stomatologia, Nr. 4. 1933. K. Szepelski: Próba zastąpienia arsenu w terapii zapaleń miążgi. — A. Cieszyński: Stomatitis ulcerosa.

Zdrowie, Nr. 5—6. 1933. M. Harusewicz: Opis 17 okręgu „Grochowa” m. st. Warszawy pod względem sanitarnym. — G. Szulc: Żywnienie chorych w szpitalach. — A. Wierciński: Ośrodki Zdrowia na Wileńszczyźnie. — Z. Paszkiewiczówna: Walka z durem plamistym na terenie woj. wileńskiego. — St. Stypułkowski: System walki z alkoholizmem na terenie 1-go Miejskiego Ośrodka Zdrowia. — St. Stypułkowski: Kilka uwag o kosztach utrzymania i wydajności pracy w Ośrodkach Zdrowia.

Nowiny Lekarskie, Nr. 7. 1933. G. Zaremba: Leczenie zdrowe w chirurgii z uwzględnieniem zdrojowisk w Polsce. — K. Michalik: Wyniki lecznicze personelu lotniczego wojskowego w Krynicy 1932 r. — Bąjoński: Gorączka połogowa. — S. Giebocki: O wpływie nowarsenobenzolu na nadkwasotę i wrzód żołądka.

Wiadomości Farmaceutyczne, Nr. 15. 1933. K. Hrynakowski i F. Adamanis: Układy dwuskładnikowe, ich analiza termiczna w zastosowaniu do rozwiązywania zagadnień farmacji chemicznej.

OCENY.

Les Crises dans les Maladies cycliques. (Przełomy w chorobach okresowych). CHARLES ACHARD. Masson et Cie. 20 fr. Str. 107.

Zebrane bardzo zwięzłe doświadczenia autora i jego współpracowników dotyczą zjawisk spostrzeganych przy tak zwanych przełomach, t. j. chwilach, w których w chorobach zachodzą wyraźne zmiany ku gorszemu albo ku lepszemu. Zmiany takie dotyczą rozmaitych czynności i składu krwi, i autor omawia je pokolei. Pierwszy rozdział poświęcony jest zmianom w składnikach krwi morfotycznych, a zatem w ilości ciałek czerwonych i białych, zarówno ich ilość jak jakość jest przytem brana pod uwagę. Pewne antagonizmy pomiędzy zachowaniem się limfocytów i leukocytów przedstawiono graficznie i liczbowo. Zmniejszanie się płytek w czasie gorączki, a powiększanie się ich liczby po przełomie omawia autor jako zakończenie pierwszej części. Druga zdaje sprawę z zachowania się białek krwi, globulin i albumin, dalej cukru, ciał tłuszczowych, cholesterynu i soli, przyczem autor wzajemny ich stosunek i stosunek do nienasyconych kwasów tłuszczowych bardzo szczegółowo uwzględnia. Trzecia część poświęcona jest wydzieleniu moczu i składnikom moczu, a więc nie tylko ilości wydzielonej wody i soli, ale szczególnie wydzieleniu węglanów, jako wyraz spalania części organicznych, i zakwaszeniu lub zalkalizowaniu moczu po przełomie. Zachowanie się azotu pozabiałkowego i jego stosunek do wydzielonego mocznika znajduje tu bardzo dokładną ocenę. Ostatni rozdział, może najbardziej oryginalny, dotyczy zmian dynamiki ustroju, których autor doszukuje się w zachowaniu się białych ciałek, rozpatrując zarówno ich wytrzymałość, jak i zdolność chłonięcia, którą wyodrębnia jako niewzrastającą od zbliżonej do niej zdolności opsoninowych. W zakończeniu zwraca autor uwagę na pewne cechy wspólne w wszystkich sprawach przełomowych, na prognostyczne znaczenie cech niektórych i na doniosłość tych procesów przełomowych dla patologii ogólnej. Książka pisana jest dostępnie i daje obraz tego, co dotychczas w dziedzinie chemii gorączki i zmian w jej przebiegu zbadano.

W. Moraczewski (Lwów).

Malotłuszczowa dieta w cukrzycy. Przekład J. Glassa. O. PORGES i D. ADLERSBERG. (Medycyna współczesna dla lekarzy praktyków. Tom IV. Warszawa 1933. Nakł. W. A. W. „Delta”. 1. tom. Str. 50. Cena 7,50 zł.

W skład tomu IV. Medycyny współczesnej dla lekarzy praktyków wchodzi dwie prace o wspólnym temacie i to: a) praca D. Adlersberga: podstawy i uzasadnienie małowłuszczowej diety w leczeniu cukrzycy; i b) praca O. Porgesa i D. Adlersberga: Praktyczne wskazówki oraz przepisy dla przeprowadzenia małowłuszczowego odżywiania chorych na cukrzycę. Obaj autorowie zajmując się wpływem rozmaitego odżywiania na przebieg i leczenie cukrzycy starają się od paru lat udowodnić, że jednym z ważnych czynników dietetyczno-leczniczych w cukrzycy jest ograniczenie zawartości tłuszczów w pożywieniu chorych. Występują oni tutaj przeciwko dotychczasowemu sposobowi żywienia cukrzycowych, w którym nie tylko nie ogranicza się ilości tłuszczów, ale nawet przekarmia się ich tłuszczami. Zasada ograniczenia tłuszczów zgadza się przytem z dążnością do unikania przekarmiania cukrzycowych w ogólności. Zasada ta opiera się wreszcie przede wszystkim na spostrzeżeniach z okresu ostatniej wojny, które wykazały znaczną poprawę cukrzycowych w państwach centralnych w czasie największych trudności żywnościowych. Mimo że chorzy z cukrzycą z konieczności żywili się przeważnie węglowodanami, bo tych mieli jeszcze najobficiej, to stan ich był stosunkowo dobry i to, zdaniem autorów, głównie dzięki małej ilości tłuszczów w ich pokarmach, których przedewszystkiem brakło ze względów wojennych. Autorowie starają się przytem na licznych przykładach własnych chorych wykazać, że ograniczenie tłuszczów w pożywieniu cukrzycowych przy tej samej ilości węglowodanów i białek działa już doraźnie korzystnie na poziom cukru we krwi i w moczu, a przedewszystkiem poprawia wyraźnie tolerancję węglowodanową tych chorych, co się uwidacznia między innymi w znacznie mniejszym zapotrzebowaniu ich na insulinę przy diecie małowłuszczowej. W szczególności Adlersberg przytacza liczne przykłady własne korzystnego przebiegu rozmaitych typów cukrzycowych przy odpowiednim żywieniu połączonym w ograniczeniem tłuszczów. Wspólnie z Porgesem podaje dalej praktyczne wskazówki żywienia i przyrządzania pokarmów według swoich wskazań. Dodają oni, że dieta małowłuszczowa a dość obficie węglowodanowa znalazła już uznanie u autorów amerykańskich, a stopniowo zostaje wprowadzona do leczenia cukrzycowych przez lekarzy niemieckich i austriackich.

M. Franke (Lwów).

Du pneumothorax à la phrénicectomie. (Od odmy piersiowej do wycięcia nerwu przeponowego). JEAN MORIN. Masson et Cie. Paris 1933. 20. fr. fr.

Autor przedstawia wyniki uzyskane w gruźlicy płuc odną piersiową w 321 przypadkach i wycięciem nerwu przeponowego w 174 przypadkach na materiale sanatoryjnym w Leysin. Dzięki zastosowaniu odmy piersiowej uzyskano ogólną poprawę w 54%, pogorszenie w 10%, a zniknięcie prątków w płwocinie w 45%. Wyсіęki najczęściej surowicze, jedynie w 9 przypadkach ropne, komplikowały w 35% przebieg leczenia. Poza tem w 11 przypadkach wystąpiło przedarcie płuca i połączenie między jamą opłucnową a oskrzelem. W 55 przypadkach zmiany w płucu przeciwległym wykazały progresję.

Na 174 przypadków, w których zastosowano wycięcie n. przeponowego, poprawa wystąpiła w 58%, a pogorszenie w 10%, a natomiast zniknięcie prątków w płwocinie jedynie w 30%. Jako komplikacje zaobserwowano tylko 9 razy zaostrenie sprawy płucnej w przeciwległym płucu i 3 razy wysięk opłucnowy, z tego dwa razy po przeciwnej stronie. W jednym przypadku operator usunął nerw powrotny zamiast nerwu przeponowego. Kilka przypadków dokładnie opisanych wraz z radiografiami jest godnych szczególnej uwagi, zwłaszcza przypadek VIII, obustronnej gruźlicy wrzodziejacej, w którym obustronna odna piersiowa była bezskuteczna, a dopiero wycięcie nerwu przeponowego po obu stronach doprowadziło do wygojenia jam i zniknięcia prątków. W trzech przypadkach w pewien czas po usunięciu nerwu przeponowego, przepona po tej stronie powróciła do stanu czynnościowego przed operacją.

Autor przeciwstawia się, opierając się na swoim doświadczeniu, zapatrywaniom, że wycięcie nerwu przeponowego należy jedynie wtedy stosować, gdy założenie odmy piersiowej jest niemożliwe. Wczesne zastosowanie tej metody może dać jeszcze lepsze wyniki lecznicze, a unika się przytem komplikacji, których przy odmie piersiowej przecież nie należy lekceważyć. Autor dochodzi do wniosku, że uzasadnione jest stosowanie wycięcia nerwu przeponowego, jako samodzielnej metody leczniczej, nie tylko przygotowawczej przed torakoplastyką. W wielu przypadkach wartość jej może się okazać większą, jak odmy piersiowej.

Jakkolwiek autor zajmuje stanowisko może zbyt optymistyczne w odniesieniu do tej metody i nie we wszystkim zgodne z zapatrywaniami większości fizjologów, to jednak warto jego książeczkę przeczytać, choćby z powodu ciekawych spostrzeżeń z dziedziny leczenia chirurgicznego gruźlicy płuc, które świadczą o możliwościach stosowania różnych metod, wzajemnie się uzupełniających.

St. Hornung (Lwów).

Chirurgische Tuberculose. (Gruźlica chirurgiczna). M. FLESCH-THEBESIUS. Theodor Steinkopff. Dresden. 1932. Str. 194. Cena 15 R. M.

Omawiana książka jest jednym z tomików biblioteki dla lekarza praktyka. Ujęcie bardzo szerokiego tematu odpowiada wymienionemu celowi tak, że autor wyszedł zwycięsko z bardzo dużych trudności opisując wypróbowane stare sposoby leczenia i badania i nie zapominając o najnowszych. Połowa książki poświęcona jest części ogólnej, nieraz najważniejszej dla praktyka. Na uwagę zasługują kilka ustępów. Omówienie stosunku urazu do gruźlicy kości i stawów przyjęte będzie z uznaniem w praktyce, gdzie często zachodzi potrzeba orzeczenia lekarskiego w tych sprawach. W dziale badań pomocniczych wykonalnych dla praktyka znalazło się opadanie krwinek, odczyn urochromogenowy moczu, nie mówiąc o innych praktykowanym oddawna. W leczeniu omówił A. między innymi obszernie stosowanie energii świetlnej wprowadzając pewne teoretyczne zasady do bardzo szeroko ale też często bezkrytycznie stosowanych metod. Leczenie dietetyczne, w ostatnich latach znów aktualne, ma też swój rozdział. Część tę kończy autor opisem najważniejszych zakładów leczniczych i szkicuje różnice w sposobie stosowania metod terapeutycznych w zakładach i domach prywatnych.

W części szczegółowej omówione są wszystkie ważniejsze umiejscowienia gruźlicy w kościach i stawach. W każdym dziale zwraca autor uwagę na stosunek leczenia zachowawczego i chirurgicznego. Jak w wielu innych sprawach wykazuje przytem wielkie umiarkowanie; stanowisko bardzo słusne wobec praktyka, który z pewnością spotka się w piśmiennictwie z krańcowymi a wręcz sprzecznymi zaleceniami. Autor opiera się zasadniczo na leczeniu zachowawczem; uważa je prawie za wyłączne dla dzieci. U dorosłych operuje ogniska kostne pojedyncze. Wycięcie stawów kolanowego, łokciowego, barkowego doradza w wypadkach, gdzie leczenie zachowawcze zawodzi. Inne stawy otwiera tylko wyjątkowo. Zabiegi usztywniające przy gruźlicy kręgosłupa przyjmuje dość niezdecydowanie, przyznając dla części wypadków dobry i rychły wynik według doświadczenia własnego i obcego. Usztywnianie biodra uważa za mniej pomocne.

Omawiając leczenie domowe nie skąpi wskazówek praktycznych, które może czytelnik uzupełnić według wykazu piśmiennictwa w pracach odpowiednich.

Wydanie bardzo staranne. Rysunki i rentgenogramy wykonane bardzo wyraźnie. Dobór ich choć niezbyt obfity jest szczęśliwy; zwłaszcza kilka seryj, w których poszczególne obrazy wykazują wybitne różnice w miarę rozwoju sprawy chorobowej, orjentują dobrze czytelnika w omawianym przypadku.

K. Czyżewski (Lwów).

Études cliniques de Syphiligraphie. (Studja kliniczne z zakresu syfilidografji). Z przedmową Dra A. Sézary'ego. ERNEST SCHULMANN. Wydawnictwo Massona, Paryż 1932. IV-to Str. 290.

Książka Schulmanna obfituje w tyle interesujących rozdziałów, że miał wypowiedzieć krytykę o tej książce, podpisany najchętniej zaznajomiłby czytelnika z jej najdokładniejszą treścią. Niestety nie tu miejsce na to. Uderza w książce pisanej niewątpliwie przez pierwszorzędnego specjalistę, szeroki horyzont i znajomość nie tylko obranego tematu. Podejście do tematu nader sympatyczne — przyjaźniwie dla poddanego — ze względu na zgoła „internistyczne” nastawienie autora. I tak zupełnie niespodzianie czytamy tytuł rozdziału pierwszego, obejmującego całych 16 stron: „Wywiady u chorych na kile i korzyści, wynikające dla lekarza ze znajomości przebiegu chronologicznego schorzenia celem postawienia rozpoznania i rokowania”. Jeżeli w podręcznikach niemiedycznych, przeznaczonych do nauczania, czytamy niejednokrotnie, że wywiady są dla dermatologa przeważnie zbyteczne, gdyż lekarz widzi skórę i na podstawie jej obrazów sam może sobie uzmysłowić przebieg, czas trwania choroby i t. p., zrozumiemy, jak zapatrywania Schulmanna na tę kwestię odbiegają od ogólnej niestety panującego szablonu. W rozdziale, traktującym: *O możliwości zakażenia kila przez osobnika znajdującego się w okresie inkubacji jako też o zakażeniu kila bez wywołania wrzodu pierwotnego u osobnika zakażonego*, omawia autor sprawę posocznicy kilowej, sprawę wrzodu mikroskopijnego, rolę pleśniaków wzgl. nasienia w zakażeniu i t. p. W dalszym ciągu napotyka się rozdział: *O obrazach klinicznych kily bez owróżnienia pierwotnego* (kila

ukryta, kila gruczołowa, kila powstała wskutek zapłodnienia przez osobnika chorego, zakażenie drogą krwi i t. p.). Wystarczy zresztą wymienić tytuły niektórych rozdziałów następnych, a czytelnik zrozumie, że nie będzie przesada, jeśli powiem, że książkę czyta ten, kto kila się interesuje, jednym tchem. I tak czytamy rozdziały: *Kila systemu nerwowego bez obecności zmian w płynie mózgowo-rdzeniowym*, (w której autor m. i. zwraca uwagę na ważność prowokacji odczynów płynu mózgowo-rdzeniowego analogicznie do prowokacji odczynu Wassermanna w surowicy krwi), dalej: *Świadek a kila, Charłactwo na tle kily, Kila żołądka, Gorączka w przebiegu kily, Bezplodność u kilowych, Znaczenie kily wyłącznie serologicznej*, (t. zn. wykazującej tylko dodatni odczyn Wassermanna w surowicy), *Kryterjum nieczenia kily*. Kończy książkę rozdział: *O obrzęku śluzkowym (myxoedema) na tle kily*. Jak widzimy — ujął autor w swej książce najbardziej aktualne problemy w dzisiejszej nauce o kile.

Sposób przedstawienia tych wszystkich dla zajmującego się leczeniem i badaniem kily tak bardzo interesujących rozdziałów jest prosty i działa nader sympatycznie swoją obiektywnością, uwzględnieniem zapatrywań nie zgadzających się z zapatrywaniami autora, nienarzucaniem czytelnikowi swego zdania. Styl — jasny, dostępny także dla tych, dla których język francuski kryje jeszcze pewne tajemnice. Książka dla swych walorów winna się znaleźć w bibliotece każdego syfilidologa (mimo kryzysu! kosztuje tylko 40 franków francuskich), nawet takiego, który musi w czasie czytania niejednokrotnie posługiwać się słownikiem.

Dr. A. Nadel (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Ziarnica złośliwa a gruźlica. CH. LAUBRY i G. MARCHAL. Pres. Méd. Nr. 74. 1932.

Autorowie omawiają podobieństwo zmian klinicznych, anatomicznych i histologicznych ziarnicy i niektórych typów gruźlicy i podnoszą, że tak różne postacie prątka Kocha znane obecnie jak postacie przesączalne, ziarnistości Mucha, postacie inwolucyjne i inne mogą być przyczyną powstawania zmian gruźliczych, różnych od typu klasycznego. Przy takim zakażeniu, dajacem klinicznie obraz ziarnicy, niema zmian w poszczególnych narządach, ale dotyczą one całego systemu śródblonkowo-siateczkowego. Dalszą cechą charakterystyczną dla takich zmian, to jest ich polimorfizm komórkowy, to jest ich wygląd nowotworowy. Dlatego też autorowie uważają ziarnicę za nietypową gruźlicę systemu siateczkowo-śródblonkowego o charakterze nowotworowym.

Skowroński (Lwów).

Przewlekłe białaczki bez powiększenia śledziony i gruczołów limfatycznych. H. HIRSCHFELD. Med. Klin. Nr. 34. 1932.

Istnieją rzadkie przypadki białaczki przewlekłej tak szpikowej, jak i limfatycznej bez powiększenia śledziony i gruczołów limfatycznych. W postaciach szpikowych zwykle w takich razach następuje nieznaczne powiększenie śledziony. Schorzenia te, ze względu na nietypowe skargi chorych bez badania krwi nie mogą być rozpoznane. Dlatego też badanie krwi poleca autor zawsze wykonywać tak, jak badania moczu. Następnie przytacza przypadki takich białaczek widywanych przez siebie i opisanych w piśmiennictwie.

Godłowski (Kraków).

Obrazy rentgenowskie żołądka w niedokrwistości złośliwej. W. HARING. Med. Klin. Nr. 32. 1932.

Na 35 przypadków niedokrwistości złośliwej autor zdjęciami reliefowymi stwierdza wybitną żywość ruchów żołądka, brak treści naczo, oraz duże groniasto-torbielowate twory na błonie śluzowej żołądka, które zalicza do polipów. Rozbiór histologiczny tych tworów wykazał budowę gruczolaka. Autor przyjmuje zapatrywanie, że błona śluzowa żołądka zawiera w swej wydzielinie drażnik (hormon) pobudzający układ krwiotwórczy do wytwarzania nadbarwnych ciałek czerwonych, który jest hamowany przez wydzielinę żołądka. Tam więc, gdzie przychodzi do zaniku gr. żołądka, może nastąpić wytwarzanie nadbarwnych ciałek czerwonych tak, jak nadmiar wydzieliny tarczycy prowadzi do choroby Basedowa.

Godłowski (Kraków).

Nietolerancja trawienna; zaburzenia trawienne o typie anafalaktycznym. R. A. GUTMANN. Pres. Méd. Nr. 89. 1932.

Autor opisuje objawy występujące w zakresie narządu trawienia na tle przewrażliwości na ciała wprowadzane jakakolwiek drogą. W klasycznym obrazie anafilaksji objawy ze strony narządu pokarmowego jak wymioty, biegunki, bóle — zajmują

poważne miejsce. Czynnikiem wywołującym są najczęściej pewne substancje pokarmowe, ale obserwowano występowanie objawów wyłącznie trawiennych także po wprowadzeniu drogą pozajelitową nawet ciał chemicznych. Zaburzenia górnych odcinków przewodu pokarmowego objawiają się pieczeniem przełyku, skurczem i bólami gardła, niemożnością połykania, przyczem błona śluzowa gardła jest zaczerwieniona i obrzęknięta. Przy zaburzeniach żołądkowych występują wymioty, pieczenia, oraz bóle występujące zazwyczaj w godzinę po jedzeniu. Takie objawy pojawiają się okresowo np. w lecie, w okresie dojrzewania różnych jagód i znikające po kilku tygodniach mogą być czasem błędnie tłumaczone za objaw choroby wrzodowej. Na tle przewrażliwości na pewne pokarmy bardzo często występują zaburzenia wątroby i woreczka żółciowego (kolki wątrobowe, bóle, obrzęk wątroby, nudności, stan podżółtaczkowy). W zakresie jelit zaburzenia anafilaktyczne mogą występować pod postacią biegunk, nawet z przebiegiem gorączkowym, mogą dawać napady gwałtownych bólów i imitować objawy chorobowe ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego lub niedrożności jelitowej i dawać powód do niepotrzebnej interwencji chirurgicznej. Znane są też krwotoki jelitowe na tle anafilaktycznym, a nawet uporczywe biegunki naprzemian z zaparciem i ogólnym wychudzeniem jak przy raku prostaty.

W występowaniu takiej przewrażliwości główną rolę odgrywa czynnik wywołujący, który powinien być rozpoznany i usunięty. Substancje pokarmowe, dostające się drogą doustną, są powodem anafilaksji dlatego, że nie zostają należycie rozbite na prostsze składniki przez soki trawienne lub zatrzymane przez wątrobę i wskutek tego mogą się dostać w stanie mało zmienionym do krwi. Dlatego często można usunąć takie zaburzenia przez należyte żucie pokarmów, przez podawanie kwasu solnego lub preparatów trzustki. Zlokalizowanie objawów chorobowych w narządzie trawienia należy tłumaczyć wrażliwością odpowiednich narządów, często u takich ludzi dany narząd jest już chorobowo zmieniony i przez to jest mniej odporny. Równie ważne znaczenie posiada też teren specjalny t. zn. organizm przewrażliwiony. Przeważnie są to osobnicy o niezrównoważonym układzie nerwowym wegetatywnym i dlatego właśnie u nich występują równe wstrząsy pod wpływem błahych przyczyn.

Skowroński (Lwów).

Niedostatek celulozy w pożywieniu. N. FIESSINGER. Pres. Méd. Nr. 60. 1932.

Autor podnosi, jak ważne znaczenie posiada celuloza nie tylko w pożywieniu zwierzęcem, ale i dla ludzi. Opisuje schorzenie, wywołane nieodpowiednim pożywieniem, występujące u ludzi przewrażliwionych, z nieznacznie zaburzeniami przewodu pokarmowego, którzy z obawy przed podrażnieniem żołądka wstrzymują się od przyjmowania pokarmów objętościowych, co w dalszym ciągu prowadzi do utraty apetytu, a w następstwie do wychudzenia, ogólnego osłabienia i ciężkiego charłactwa. Taki stan można przełamać przez podawanie pokarmów obfitujących w celulozę, przyczem dieta taka musi być bardzo stopniowo i ogólnie zastosowana.

Skowroński (Lwów).

Sila wzrostu nowotworów a zawartość witaminy A. E. VOGT. Med. Klin. Nr. 39, 1932.

Witamina wzrostowa A u człowieka znajduje się w wątrobie i tkance tłuszczowej, a również udało się wykazać ją w tkance nowotworów ludzkich, tak dobrotliwych jak i złośliwych. W mięśniakach albo nie wykazano zupełnie jej obecności albo tylko w śladach. W 2 przypadkach mięsaków, jakkolwiek stwierdzono niewątpliwie obecność tej witaminy, to jednak w ilościach niewielkich. W przypadkach raków również stwierdzano obecność witaminy A, zaś w jednym przypadku klinicznie szybko postępującym we wroście wykazano największą jej ilość. Ostatecznie autor stwierdza, że nowotwór pochodzenia nabłonkowego im szybciej rośnie, tem zawiera więcej witaminy wzrostowej.

Godłowski (Kraków).

Farmakologja palenia tytoniu. H. SCHOSSMANN. Med. Klin. Nr. 35, 1932.

W przetworach tytoniowych poza nikotyną, jadem nerwowym, znajdują się zasady pirydynowe. Nikotyna po największej części dostaje się do ustroju przez przewód pokarmowy, jako rozpuszczona w ślinie. Wrażliwość na nikotynę jest wybitnie osobnicza. Dalej poza nikotyną w tytoniu znajdują się w niewielkich ilościach CO, amonjak, w śladach bezwodnik siarkowy i kwas pruski. Często spotykane u palaczy nieżyty górnych dróg oddechowych są spowodowane działaniem zasad pirydynowych na błony śluzowe. Ostre zatrucie nikotyną występuje u ludzi zwykle przy pierwszym paleniu tytoniu, a cechuje się nudnościami, wymiotami, biegunką, przyspieszeniem tętna, podniesieniem ciśnienia krwi, które następowo przy dużej dawce może się obniżyć, prowadząc aż do za-

padu. Przy nadmiernem paleniu i to nieustannem przychodzi do zatrucia nikotyną przewlekłego, jak przyspieszenie tętna, niemiarowość jego, utrata łaknienia, zawroty, niechęć do pracy, szybkie męczenie się, które to objawy po zaprzestaniu palenia szybko ustępują. Ścisły związek palenia tytoniu z naciśnięciem i miąższą tętnic nie daje się udowodnić. Natomiast ostatnio często podnoszą się głosy, przyjmujące nikotynę jako przyczynę t. zw. *angina pectoris vasomotoria*. Praktycznie uważa autor u ludzi niezbyt wrażliwych na tytoń 4 cygara lub 12 papierosów wypalanych dziennie, za ilość nieszkodliwą zupełnie dla zdrowia.

Godłowski (Kraków).

Badania nad działaniem nikotyny na jajniki myszki białej. GERD. UNBEHAUN. (Giessen). Arch. f. Gyn. T. 147, z. 2, 1931.

Autor stwierdził poprzednio szkodliwy wpływ nikotyny na narząd rodny kobiety u robotnic tytoniowych. Dane kliniczne (zaburzenia cyklu menstruacyjnego) zostały w 3 przypadkach potwierdzone badaniem drobnowidowem jajników.

To dało autorowi impuls do przedsięwzięcia odpowiednich doświadczeń na myszkach białych. Przez codzienne badania rozmazów w ciągu 5 tyg. stwierdził indywidualne wahania cyklu u poszczególnych zwierząt i zestawił je w serie po 6 i 20 sztuk. Wstrzykiwał co drugi dzień 0,05 cm³ roztworu 1:1000 *Nicotinum purissimum*. Premijające drgawki i duszność ustępowały po kilku minutach. Z pierwszej serii dwie myszy zginęły po 4-ej i 5-ej iniekcji. U dwu zwierząt zaznaczył się wpływ nikotyny na cykl rujowy w ten sposób, że u jednego z nich popęd płciowy (*oestrus*) został wstrzymany na 22 dni, poczem po dwudniowym trwaniu znówu 10-o dniowa pouza i powolny powrót do normalnego cyklu. U drugiego zwierzęcia kontrola codzienna nie wykazała popędu płciowego (*oestrus*) przez 2½ mies. Badania drugiej serii zwierząt potwierdziły powyższe wyniki. Badania powyższe uzupełnił autor kontrolą histologiczną jajników w ten sposób, że niektórym zwierzętom po ustaniu ich cyklu wycinał jeden jajnik przed iniekcjami, aby móc porównać wpływ nikotyny na utkanie drobnowidowe pozostającego jajnika. Samo usunięcie jednego jajnika wpływa na pozostały w sensie jego przerostu i zwiększenia się ilości pęcherzyków, nie wpływa zaś zupełnie na cykl rozmazów z pochwy. Wpływ nikotyny na jajnik jest wybitnie degeneratywny, a zaznacza się wzmoczeniem procesów kurczenia się pęcherzyków, destrukcją komórek granulocy i przerostem tkanki łącznej w podścielisku.

T. Wiczyński (Lwów).

W sprawie perystaltycznego działania hipertonicznych roztworów soli kuchennej. P. CH. FABRE. Pres. Méd. Nr. 70, 1932.

Autorowie przeprowadzali doświadczenia na psach uśpionych przy pomocy chloralozy, u których zapisywali ruchy petli jelitowej. Wstrzykując dożylnie 10—30% roztwór soli kuchennej, przekonali się, że środek ten wywołuje charakterystyczne skurcze jelit głównie cienkich, — chociaż jelita grube też się kurczą, ale nie tak energicznie. Przy sztucznie wywołanej niedrożności jelita kurczą się zasadniczo tak samo, są jednak pewne różnice w rytmie, natomiast w późniejszym okresie niedrożności działanie perystaltyczne soli kuchennej staje się niestale i nie przebiega typowo. Przy równoczesnym drażnieniu nerwu sympatycznego i wstrzykiwaniu soli kuchennej można stwierdzić, że sól zmniejsza lub usuwa działanie tego układu nerwowego. Sól kuchenna działa na sam aparat automatyczny jelit, działanie jej nie występuje po zaciśnięciu tętnicy doprowadzającej krew do petli jelitowej. Na podstawie tych doświadczeń autor wyciąga następujące wnioski odnośnie do leczniczego stosowania soli kuchennej: Hipertoniczny roztwór soli jest wskazany w niedrożności porażennej i hipotonicznej. Działanie perystaltyczne może być w takich wypadkach wzmoczone przez stosowanie roztworów bardziej stężonych i przez szybkie wstrzykiwanie. Leczenie takim roztworem jest bezużyteczne w niedrożnościach, przebiegających z zaburzeniami naczyniowymi, jak np. przy zatorze, skręcie jelit, a może być nawet niebezpieczne w niedrożnościach mechanicznych.

Skowroński (Lwów).

W sprawie powstawania zapalenia żołądka. P. WICHELS. Klin. Wschr. Nr. 43, 1932.

Jeżeli analizuje się dolegliwości, pochodzące z jamy brzusznej, to uderzającym jest towarzyszenie niemal zawsze dolegliwości żołądkowych. W schorzeniach dróg żółciowych na 120 przypadków autorowie zauważyli niemal w połowie bezkwas żołądkowy, a w 7% nadkwaśność. Również w schorzeniach wątroby, o charakterze zapalnym a także w schorzeniach w zakresie rejonu żyły wrotnej (czerwonka, zapalenie wyrostka robaczkowego i in.) pojawiały się dolegliwości żołądkowe. Tu należały także stany ciężkiego zaparcia stolca, a także uszkodzenia wątroby nikotynowe, alkoholowe i t. Autorowie przeprowadzili szereg doświadczeń na zwierzętach z uszkodzeniem wątroby po podwiązaniu przewodów żół-

ciowych, po ich zakażeniu i również otrzymywali zaburzenia żołądkowe, a anatomicznie zmiany zapalne żołądka — marskość żołądka (*gastrocirrhosis*). Z tego wynika, że w stany zapalne żołądka wciągnięta jest wątroba, że więc w leczeniu zapalenia żołądka musi być uwzględnione także leczenie wątroby.

W. Nowicki (Lwów).

Nowy sposób poznania wielkości serca. A. M. HUDAK, (Beograd). Liječnički Vjesnik, 1932, Nr. 9, p. 473.

Autor daje przegląd sposobów badania serca w ortodiagramie; wszystkie uważa za niezadowalające i dlatego proponuje nowy sposób. Uważa za możliwe oznaczyć objętość cylindra urojonego (na ekranie), w którymby się dokładnie mieściło serce. Środek średnicy cylindra znajduje się na dolnej granicy serca, t. j. tam, gdzie ona przechodzi przez punkt najniższy cienia; wysokość owego urojonego cylindra odpowiada pionowej odległości od miejsca zetknięcia się tętnicy płucnej z uszkiem lewym do dolnej granicy. Jest ona równa 3,14. Znając te dwa elementy jesteśmy w stanie łatwo obliczyć objętość serca wedle wzoru: $v \times r \times h$.

R. L. (Lwów).

Względna wielkość serca kobiet, uprawiających sport. J. KRAL i B. POLLAND (Praga). Ztschr. f. Klin. Med. Bd. 121.

Serce zawodniczek jest stosunkowo mniej przerosłe niż zawodników. Według rodzajów sportów najmniejsze stosunkowo serce mają zawodniczki, uprawiające: rzut kulą, dyskiem, — potem idą: skok wzwyż, rzut oszczepem, trójbój, biegi krótkie, 800 m, dalekie, stosunkowo duże serce miały zawodniczki, ćwiczące grę „hazeny”. W żadnym wypadku sport nie spowodował wybitnego, patologicznego powiększenia serca, nie da się jednak zaprzeczyć, że zależnie od wysiłku w różnych rodzajach sportów występuje powiększenie względnej wielkości serca (objętość serca: wagi ciała).

H. Długosz (Lwów).

L'insuffisance cardiaque dans l'hyperpiësie. L'asystolie hypertensive. (Niedomoga serca przy nadciśnieniu). M. R. CASTEX. Revue Sud. - Americ. 1931, Z. 2.

4 czynniki składają się na wytłumaczenie tętniczego nadciśnienia przy niedomodze serca; nagromadzenie CO₂ we krwi, zwiększone opory obwodowe, wzmożona ilość adrenaliny we krwi, wzrost napięcia ośrodka naczyniowo-ruchowego. Autor odróżnia 2 typy: a mianowicie nadciśnienie stałe, które w okresie niedomogi serca podnosi ciśnienie krwi, a to zarówno skurczowe, jak i rozkurczowe oraz schorzenie serca z ciśnieniem prawidłowym, które wzrasta w chwili dekompensacji. Ten typ drugi oznaczony bywa, jako zastój hipertoniczny lub asystolja.

Ungar (Lwów).

Działanie kwasu adenozyńofosforowego w elektrokardjogramie. WALTER HARTMANN (Berlin-Charlottenburg). Ztschr. f. Klin. Med. Bd. 121.

Dożylnie wstrzykiwanie 2—30 mg kw. adenozyńofosforowego u zdrowych i sercowo chorych powoduje tylko — z elektrokardjogramu sądząc — przelotne działanie: natychmiastowa tachykardia przez kilka sekund do 1½ min., potem nieznaczna bradykardia przez 2—10 min., przelotne zmniejszenie i spłaszczenie wychyleń, szczególnie T. Zmiany te wywołane są dostosowaniem się serca do przesunięcia krwi. W niedomodze serca występowało po wstrzyk. kw. adenozyńofosforowego przedłużenie przewodnictwa aż do ciężkich zaburzeń rytmu. Te wyniki nie usprawiedliwiają leczniczego zastosowania kw. adenozyńofosforowego u sercowo chorych, a zastosowane dawki nie wzmacniają mięśnia sercowego.

H. Długosz (Lwów).

Elektrokardjogram ze skróconym odcinkiem przedsionkowo-komorowym i dodatnim wychyleniem. P. MAX HOLZMANN i D. SCHERF (Zurych-Wiedeń). Ztschr. f. Klin. Med. Bd. 121, 1932.

Opis 2 przyp. z dodatnim wychyleniem P we wszystkich 3 odprowadz., skróconem PR (0,1 sekund, lub mniej), rozszerzonym kompleksem QRS, z napadowym częstoskurczem pochodzenia nadkomorowego. Dotychczasowe tłumaczenia niesłuszne. Niema tu działania n. błędnego ani rytmu AV, raczej rytm zatokowy. Skrócenie PR i nietypowe QRS może być wywołane przez nieprawidłowe połączenie przedsionka i komory, omijające węzeł AV. Na 17 dotąd opisanych przyp. w 15 był częstoskurcz pochodzenia przedsionkowego, co wskazuje na bliżej dotąd nieznaną związek między wymienionymi zmianami Ekg a częstoskurczem przedsionka. W drugiej części opis krzywych z dodatnim P, skróconem PR i normalnem QRS. Tutaj bodźce wychodzą z węzła AV lub z niskich wzgl. odpryśniętych części węzła zatokowego.

H. Długosz (Lwów).

Przyczynki do studjum nad typami zastoinowemi. IV. Doniesienie. Badania doświadczalne nad wpływaniem soku tkankowego do krwiobiegu w wadach serca. H. ELIAS i J. GOLDSTEIN. Ztschr. f. Klin. Med. B. 121, 1932.

W skompensowanym czystym zwężeniu ujścia żył. lewego przechodzenie do krwi wstrzykniętego podskórnie barwika (met. Donath'a i Tanne'a) występuje szybciej niż normalnie, często już po ½ min., zawsze po 1 min., a nasycenie krwi barwikiem w pierwszych 5 minutach jest 10 razy większe niż normalnie. Jeżeli równocześnie jest niedomykalność zastawki dwudzielnej, przechodzenie jest pod względem czasu, jako też ilości obniżone, a jeżeli przeważa niedomykalność zastawki dwudzielnej, zbliżone do normy.

W dekompensacji wad zastawki dwudzielnej obniża się zdolność przechodzenia soku tkankowego do krwi, przy zwężeniu ujścia żylnego lewego jest jednak powyżej normy, przy niedomykalności dwudzielnej poniżej normy. W skompensowanej wadzie zastawki aorty (na kilę i pozapał.) stosunki zbliżone do normy. Zdekompensowane wady zastawki aorty (obserw. tylko na tle kily) wykazują znaczne upośledzenie przechodzenia barwika z tkanki podskórnej do krwi tak pod względem czasu jak ilości (w połowie przyp. po 5 min. brak barwika we krwi, ilość barwika w 5 min. równa się 1/5 normal.).

Badania przechodzenia soku tkankowego do krwi w kombinowanych wadach zastawkowych nie pozwalają na wyciąganie żadnych wniosków.

Stwierdzone w ten sposób zmiany w przechodzeniu soku tkankowego do krwiobiegu w poszczególnych wadach zastawkowych należą jako charakterystyczny objaw do typu zastoiny w poszczególnych wadach zastawkowych.

H. Długosz (Lwów).

Pozanerkowe działanie mocznika. G. WEBER. Med. Klin. Nr. 36, 1932.

Mocznik działa moczoepędnie w schorzeniach nerkowych przebiegających z zatrzymaniem wody i soli, czyli w nerczycach. Autor wykazał, że po podaniu mocznika następuje hydremja i hiperchloremja, co w następstwie powoduje wzmożenie moczenia. Przyczyna tego działania mocznika leży w wzmożeniu ciśnienia krwi, w następstwie czego woda, a z nią chlor wywedrowuje z tkanek do krwi i tu powoduje powstanie krwistości chlorowej. Poza tem mocznik, który szybko przenika, dostawszy się do tkanek, ma na nie działać swoiście.

Godłowski (Kraków).

Próby obciążenia mocznikiem względnie kreatynina w chirurgicznych schorzeniach nerek. KOJI YAGO. The Tohoku Jour. of exper. med. 20, 14, 1932.

Na dużym materiale (116 osób zdrowych oraz chorych) przeprowadza autor próbę obciążania mocznikiem względnie kreatyniną. Zadaniem pracy jest stwierdzenie, który z dwóch używanych związków nadaje się lepiej do prób czynnościowych w schorzeniach chirurgicznych nerek. Autor podaje dożylnie albo 10 cm³ 50% roztworu mocznika albo 0,25 g kreatyniny w 5 cm³ fizjologicznego roztworu soli kuchennej; oznacza zawartość mocznika względnie kreatyniny w moczu, pobranym przed zastrzykiem oraz w okresach półgodzicznych po zastrzyku w przeciągu dwóch godzin. W przypadkach schorzenia jednej nerki (najczęściej z powodu gruźlicy) krzywa wydalania, wyrażona zarówno w bezwzględnej ilości, jak i w stężeniu podanego ciała w 100 cm³ moczu, przebiega podobnie jak u ludzi zdrowych. W schorzeniach obustronnych krzywa ulega spłaszczeniu, a punkt jej szczytowej jest znacznie późniejszy niż u ludzi zdrowych. Krzywa kreatyninowa jest, zdaniem autora, naogół bardziej typowa niż mocznikowa.

Referent nie może nie wyrazić zdziwienia, że nie oznaczano równocześnie zawartości mocznika względnie kreatyniny w krwi; metody badania tych ciał są proste i łatwe (dla oznaczenia mocznika metodą Klisiewskiego wystarcza 0,1 cm³ krwi), a wnioski, wyciągane z porównania zawartości tych ciał w krwi i moczu, są znacznie wyraźniejsze niż oparte na wyłącznym oznaczeniu danego ciała w moczu.

W. Mozolowski (Lwów).

Zmiana ilości płytek w ostrem zapaleniu kłębuszkowym nerek i jej znaczenie dla patogenezy. FRITZ DOENECKE (Frankfurt n./M.). Ztschr. f. Klin. Med. B. 121, 1932.

We wczesnym okresie ostrego rozlanego zapalenia kłębuszkowego nerek występuje zmniejszenie ilości płytek krwi, które nie jest zależne od rozcieńczenia lub zagęszczenia krwi, (sądząc z ilości ciałek czerw.). W okresie poprawy często po spadku ciśnienia krwi występuje znaczne zwiększenie ilości płytek krwi. Zmniejszenie ilości płytek występuje prawie we wszystkich chorobach zakaźnych i wstrząsie anafilaktycznym. Wniosek (hipoteza): zapalenie nerek jest pochodzenia anafilaktycznego. H. Długosz (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Protokół posiedzenia w dniu 25 maja 1932 r.

Pokazy chorych.

1. Kol. Pik przedstawił *przypadek zapalenia wielonerwowego*.
 W dyskusji: Kol. Frenkiel zwrócił uwagę na zawód chorego, jest on tragarzem, u których często zdarzają się zapalenia wielonerwowe z powodu nadużycia alkoholu i zawodowego przeciążenia mięśni i nerwów. Kol. Smoleński zapytał, czy u chorego nie było zaburzeń troficznych. Kol. Klopenberg zapytał, czy były zmiany przy badaniu prądem elektrycznym, bolesność punktów nerwowych i objawy rdzeniowe. Kol. Pik odpowiedział, że demonstrowany przypadek należy do lekkich; zaników i zmian troficznych nie zauważył. Badanie elektryczne zmian nie wykazało. Punkty nerwowe były lekko bolesne.

2. Kol. Dynkiewicz i Frenkiel wygłosili referat p. t.: „*Herpes zoster*”. (Praca ukaże się w druku).

W dyskusji: Kol. Reicher zapytał, czy w przypadku *herpes zoster* śluzówki ust były wykwitły na skórze. Kol. Helman podnosząc z uznaniem referat prelegenta, obejmujący całokształt zagadnienia półpaśca i bogaty materiał kazuistyczny, zapytał, czy prelegent nie obserwował też przypadków *herpes zoster* na śluzówkach. Przypadki te nie są tak rzadkie, jakby się to zdawać mogło na zasadzie skąpych danych kazuistycznych. Podczas epidemii grypy w r. 1920 można było zaobserwować sporo przypadków półpaśca migdałków i gardzieli, rozpoznawanych, jako *angina lacunaris*, lub ograniczona podśluzowa imbibicja włóknikowa, jakoby dla grypy charakterystyczna. W rzeczywistości były to przypadki *angina herpetica* i *herpes zoster pharyngis*.

Kol. Helman opisuje szczegółowo przypadek półpaśca nosogardzieli, obserwowany przed miesiącem u kolegi — laryngologa. Sprawy chorobowej towarzyszyły intensywne bóle całej połowy twarzy, zwłaszcza w okolicy oka, ogólne osłabienie, zupełny brak apetytu obok zupełnej dysfagii, ciepłota podwyższona do 39°. Najsilniejsze narkotyki nie były w stanie uspokoić tych dotkliwych bólów.

Badanie wykazało wykwit herpetyczny w górnej części gardzieli, za języczkiem, na rozpułchnionej żarłoczowej śluzówce pecherzyk z obwódką czerwoną, prawa połowa nosogardzieli wypełniona masą włóknikową, powstała wskutek zlania się kilku pecherzyków, które zazwyczaj na śluzówce szybko otwierają się, zlewają i dają w rezultacie masy włóknikowe, przypominające swym wyglądem błonice. Badanie nalołów wykazało obecność paciorkowca hemolitycznego. Po tygodniu sprawa zakończyła się zupełnym *restitutio ad integrum*. Najprawdopodobniej sprawa chorobowa powstała na tle trofoneurotycznym, lub też na skutek zaburzeń gastro-enterytycznych o charakterze toksycznym i przejawiała się w postaci półpaśca III-jej gałązki n. trójdzielnego. W piśmiennictwie oto-laryngologicznym mnożą się w ostatnich zwłaszcza latach dość liczne kazuistyczne przypadki, „*Herpes zoster oticus*”, jednostki morfologicznej, wyodrębnionej przez Koerner, a zbliżonej pod względem przebiegu klinicznego do opisanej przez Frankl-Hochwarta „*Polynenritis cerebralis menieriformis*”. Przy tej sprawie chorobowej prócz charakterystycznych wyprysków herpetycznych w okolicy muszli usznej i na skórze przewodu słuchowego występują też objawy porażenia nn. V, VI, obu gałązek n. VIII-go (n. ślimakowego i przedsionkowego) n. IX i X-ego. Hayman odróżnia 2 postacie półpaśca: symptomatyczna i idjopatyczna. Przyczyną pierwszej są choroby zakaźne, zaburzenia przemiany materii lub schorzenia obwodowego lub centralnego systemu nerwowego. *H. zoster idiopaticus* bywa zazwyczaj poprzedzony przez nagłe przeziębienie, anginę i t. d. i klinicznie występuje jako pierwotne porażenie rdzeniowych zwojów VII, VIII, IX i X nerwu czaszkowego.

Kol. Klopenberg przytoczył obserwowany przypadek *herpes zoster* po zastrzyknięciu alkoholu do zwoju Gassera.

Kol. Kryszek obserwował przypadek, w którym silne bóle u osoby starszej dały powód do przypuszczenia duszniczej bolesnej, a okazał się później półpaścem.

Kol. Dynkiewicz — *Herpes zoster* częściej pozostawia blizny, niż *herpes simplex*. Co do *herpes symptomaticus*, to niektórzy autorzy nie uznają jego istnienia.

Kol. Frenkiel — *Herpes* śluzówki bez wykwitów na skórze istnieje, stoi on na pograniczu *h. zoster* i *herpes simplex*. Przeziębienie uważać należy jako moment sprzyjający wystąpieniu zakażenia. Pora roku odgrywa rolę w występowaniu tego cierpienia. Często *h. zoster* występuje u osób starszych i ma przebieg uporczywy i przewlekły.

Sekretarz: Dr. B. Czapliski.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Uzupełnienie protokołu posiedzenia naukowego, odbytego łącznie z Radą Wydziału Lekarskiego U. W. w dniu 31 maja 1932.

Po powitaniu kol. Prezesa, prof. Regaud wygłosił odczyt p. t. „*Developpement et perspectives des techniques actuelles de la curietherapie pour le traitement des tumeurs malignes*” (Streszczenia nie nadesłano).

Protokół posiedzenia naukowego odbytego dnia 7 czerwca 1932.

1. Protokół posiedzenia z dnia 24. maja i 31. maja przyjęto.

2. Kol. Pruszczyński A. (czł. Twa) przedstawia przypadek „*Tłuszczaka języka*” (z przeżrociami) — (streszczenie).

Podczas sekcji zwłok 70-letniej kobiety na języku jej spostrzeżeniem guzek wielkości ziarna soczewicy. Znajdował się on na grzbiecie języka, w niewielkiej odległości od t. zw. otworu ślepego (*foramen caecum*), nieco w lewo od linii środkowej. Guzek, osadzony na szerokiej i bardzo krótkiej nóżce, pokryty niezmienioną (makroskopowo) śluzówką, nie różnił się od otoczenia barwą powierzchni zewnątrznej. Na powierzchni przekroju posiadał on w środku zabarwienie żółtawe, a na obwodzie szarawe (nabłonek śluzówki) i stosunkowo dobrze odcinał się od warstwy mięśni językowych.

Pod mikroskopem stwierdzono w guzku tłuszczaka twardego (*lipoma durum*). W skrawkach mrożonych po zabarwieniu ich Sudanem III, widać w komórkach tłuszczaka dość duże, chociaż nierównej wielkości, żółtopomarańczowe kule.

W obrębie nowotworu i w pobliżu niego, pod nabłonkiem można dostrzec nacieki z drobnych, okrągłych komórek.

W nabłonku śluzówki, pokrywającym opisany guzek, nie zauważyłem żadnych wybitnych zmian.

Mięśnie języka były w stanie wędru z równoczesnym rozrostem tkanki tłuszczowej.

Tłuszczaki języka należą do wyjątkowo rzadkich nowotworów tego narządu. Dostępne mi piśmiennictwo, pochodzące zeszłego stulecia, zawiera 16 takich przypadków. W piśmiennictwie obecnego wieku, zdaje się, brak nowych przypadków tłuszczaków języka.

Mój przypadek tłuszczaka zasługuje na uwagę ze względu na rzadkie umiejscowienie jego na języku i na podeszły wiek zmarłej.

Należy jeszcze nadmienić, że powyższej sprawy nowotworowej nie można powiązać z chorobą, która spowodowała zejście śmiertelne.

Śmierć bowiem nastąpiła wskutek groniatoguzkowej i prosówkowej gruźlicy płuc oraz prosówkowej gruźlicy wątroby i nerek.

3. Kol. Zawadowski Witold (czł. Twa) wygłosił odczyt p. t. „*Radjoterapia pierwotnych nowotworów płuc*” (streszczenie): Z dwu dróg, którymi kroczymy w leczeniu nowotworów złośliwych t. j. drogi chirurgicznej i radjoterapeutycznej, pierwsza z nich znajduje się dopiero w okresie zbierania początkowych doświadczeń, które naogół są bardzo mało zachęcające.

Druga natomiast t. j. radjoterapia, jakkolwiek nie daje nam prawdopodobieństwa wyleczenia, jednakże w poważnej liczbie przypadków może dać ulgę w dolegliwościach chorego. Niekiedy nawet możemy uzyskać zniknięcie objawów chorobowych i odyskanie zdolności do pracy na dłuższy okres czasu.

Wyniki tego rodzaju, jakkolwiek nie należą do reguły i dotyczą tylko przypadków szczególnie promienioczułych, to jednak stawiają radjoterapię raka płucnego na stanowisku zupełnie wyjątkowym, jeśli zważymy, że naogół rozpoznanie to zawierało równocześnie całkowitą rezygnację w zakresie leczenia samej sprawy nowotworowej oraz skazywało lekarza na bierną obserwację postępu choroby i stosowanie leczenia wyłącznie objawowego, polegającego na łagodzeniu cierpień zapomocą środków znieczulających, których działanie zaznaczało się niekiedy tylko przejściowo i niewystarczająco.

Zbierając wskazania i przeciwwskazania radjoterapii podkreślić musimy, że opierają się one na szczegółowej ocenie całokształtu przypadku z uwzględnieniem:

1) stanu miejscowego w klatce piersiowej, zależnego od nowotworu pierwotnego i jego powikłań, a następnie w śródpiersiu, w płucach i na opłucnej. Materiałem głównym do wyciągnięcia wniosków pewnych w tej dziedzinie będzie seryjne badanie radiologiczne, rozporządzające nie tylko obrazem ekranowym lecz także zdjęciami tylnoprzednimi, skośnymi i profilowymi. Materiał ten da nam dokładny pogląd przestrzenny na warunki anatomopatologiczne płuca, opłucnej i śródpiersia oraz możliwość oceny rodzaju i szybkości wzrostu sprawy nowotworowej.

2) obecności lub braku przerzutów dalszych, a przede wszystkim w gruczołach chłonnych nadobojczykowych i czynnych w mózgu, w narządach jamy brzusznej (nadnercza) i w układzie kostnym.

3) dolegliwości podmiotowych chorego związanych z wpływem sprawy nowotworowej na płuca, oskrzela, opłucną i śródpiersie oraz objawów podmiotowych zależnych od przerzutów dalszych.

4) wieku, ogólnego stanu sił i odżywienia, oraz obrazu hematologicznego. Wykazaniem bezwzględny do napromieniowań będzie stwierdzenie wyraźnej promienioczułości nowotworu. W tym kierunku bardzo przydatnymby było badanie histopatologiczne cząstki otrzymanej drogą biopsji, czyto z płuc, czy też z przerzutu w gruczołach chłonnych szyi lub też w kościach. Ponieważ będzie to możliwe zawsze już w dalszym okresie cierpienia, przeto niesłychanie cenne będą spostrzeżenia, które pozwolą na pewne wnioski o promienioczułości na podstawie innej, głównie na podstawie obrazu radiologicznego w samych początkach cierpienia, gdy wyniki radioterapii są najlepsze. W przypadkach tej grupy nawet daleko posuniętych z obecnością olbrzymich guzów można będzie napromienianiem uzyskać zniknięcie ich przynajmniej czasowo.

Istnienie znacznych dolegliwości podmiotowych (ból, ucisk, duszność, kaszel) i objawów przedmiotowych — ucisku na narządy śródpiersia uważać możemy również za wskazanie katagoryczne do leczenia promieniami, jeżeli inne środki lecznicze (znieczulające, odciążające) nie dały pożądanej ulgi. Na wyniki korzystne liczyć będziemy mogli, jeśli nie będzie w danym przypadku znaczących powikłań zapalnych i jeśli chodzi o osobnika w wieku niezbyt podeszłym (poniżej 60 lat).

Jeżeli nawet w danym przypadku nie ma wskazań bezwzględnych poprzednio przytoczonych, to radioterapia mimo to jest godna zalecenia, gdyż jest to w stanie obecnym naszej wiedzy „najlepsze leczenie, którem rozporządzamy i jedynie możliwe do zastosowania w znacznej większości przypadków“, jak się wyraża Huguenin.

Przeciwwskazaniem do napromieniowań będzie bardzo podeszły wiek (ponad 60—70 lat), jeżeli łączy się ze znaczną zgrubiałością starca, i bardzo zły stan ogólny oraz obecność znacznej chery nowotworowej.

Rozległe powikłania zapalne w płucach o przebiegu ostrym są również przeciwwskazaniem do radioterapii. Przeciwwskazanie to może być tylko czasowe, jeśli uda się zwalczyć je przez odpowiednie leczenie farmakologiczne i biologiczne.

W wywodach powyższych o radioterapii raka pierwotnego płuca opierałem się na doświadczeniach z zakresu leczenia promieniami X. Wyniki stosowania radu, którego promienie gamma dzięki znacznie krótszym falom i olbrzymim kwantom posiadają działanie bardziej selektywne na komórki nowotworowe, są niekiedy jeszcze korzystniejsze, niż wyniki rentgenoterapii, jak o tem świadczą przypadki zebrane przez Huguenina. Nawet tam, gdzie wrażliwość na promienie X jest już po kilku seriach wyczerpana, promienie gamma mogą jeszcze zachować swą skuteczność. Na przeszkodzie szerszemu zastosowaniu radu stoi to, że dla przeprowadzenia leczenia raka pierwotnego płuc potrzeba większych jego ilości i zastosowania przez czas dłuższy. Wobec pewnej skuteczności leczenia radowego w wielu innych postaciach nowotworów tylko najbogatsze placówki radioterapeutyczne będą mogły pozwolić sobie na poświęcenie około 300 mg tego pierwiastka przez czas około 10 dni do dwóch tygodni dla leczenia jednego przypadku płucnego. Naskutek tego curieterapii raka płucnego będzie musiała pozostać metoda wyjątkowa, zaś postępowaniem zwykłym będzie stosowanie twardych i krótkofalowych promieni X.

Uciekanie się do energii promienistej w tej czy owej postaci odebrało leczeniu raka pierwotnego płuca całkowitą beznadziejność. Jakkolwiek niedostateczne i niezadawalające całkowicie są narazie jego wyniki, w przyszłości polepszą się one jeszcze znacznie wraz z udoskonaleniem techniki i aparatury oraz z postępem diagnostyki.

Radiodiagnostyka i obserwacja radiologiczna, przyczyniając się do umożliwienia wcześniejszego rozpoznawania raka płucnego, torować będą drogę do polepszenia wyników radioterapii.

Dyskusja.

Kol. Elektrowicz uważa, iż nie wszystkie nowotwory płuc nadają się do napromieniowań. Większość raków płuc jest niewrażliwa na promienie. O wrażliwości raka, a więc i o jego budowie trudno wnioskować na podstawie obrazów rentgenowskich. Polepszenie po naświetlaniu należy oceniać ostrożnie. Zmniejszenie się cienia na Roentgenie może zależeć od cofania się spraw zapalnych dokoła nowotworu, lub też od znikania niedodmy, którą spowodowało zamknięcie oskrzela. Co do powikłań (np. krwotoki) — trudno jest nieraz ustalić, czy zależą od napromieniowań, czy też nie; wnioskując z własnego materiału chorych kol. E. jest zdania, że w rakach płuc, w przeciwstawieniu do mięsaków śródpiersia otrzy-

mujemy mało dodatnich wyników. Kol. E. zarzucił na jakiś czas stosowanie napromieniowań w rakach płuc.

Kol. Laskowski (czł. Twa) opierając się na własnym materiale podaje, że na 52 przypadków miał 19 przypadków raków drobnokomórkowych, a więc światłoczułych, nie licząc raków litych, które są średnio-światłoczułe. To powinno skłonić do stosowania promieni Roentgena w leczeniu. Wynik jest uzależniony od wczesnego rozpoznania. Kol. L. sądzi, że może należałoby stosować naświetlanie szerszych pól, bo w 90% przypadków są zajęte gruczoły śródpiersia.

Kol. Orłowski (streszczenie własne): stwierdza, że nie spostrzegł pomyślnego wyniku leczniczego napromieniania raków płuc. Możliwe, iż w tych przypadkach istniały przeciwwskazania. Kol. Zawadowski zwięził znacznie zakres stosowania leczniczego promieni rentgenowskich w rakach płuc. Na zagadnienie leczenia raków płuc promieniami rentgenowskimi należy zapatrywać się odmiennie. Stwierdzenie raka płuc przesądza o niepomyślnym rokowaniu. Należy przeto zawsze próbować działania napromieniania, jako dotychczas jedynej metody leczniczej, która może dać poprawę. W jednym przypadku po naświetlaniach wystąpiło szybko wysianie się nowotworu w całych płucach potwierdzone badaniem pośmiertnym.

Kol. Zawadowski stwierdza, że pomimo zastrzeżeń kol. Elektrowicz wrócił do rentgenoterapii w leczeniu nowotworów płuc. Cyfry podane przez kol. Laskowskiego są zachęcające dla stosowania Roentgena w rakach płuc, gdyż blisko połowa ich jest światłoczuła. W drugiej połowie promienie Roentgena wywierają działanie paljatywne co też nie jest bez znaczenia. Co do naświetlania szerszych pól w początkowych okresach tego nie stosował, gdyż rentgenolog początkowo miewa zawsze wątpliwości, czy na pewno ma do czynienia z rakiem płuca. Trudności rozpoznawcze w początkowych okresach zawsze istnieją i to wpływa ujemnie na pewność postępowania terapeutycznego.

4. Kol. Held wygłosił odczyt p. t.: „O gastrochromoskopji i jej wartości rozpoznawczej“ (streszczenie własne): próba chromoskopowa, polegająca na zdolności wydalania przez błonę śluzową żołądka czerwieni obojętnej, zastrzykniętej domięśniowo jest cenną próbą pomocniczą w rozpoznawaniu różniczkowym schorzeń żołądka oraz w rokowaniu o nich.

Na zasadzie 160 badań chromoskopowych ustaliliśmy, iż zdrowa błona śluzowa żołądka wydalą barwik w 12—24 min. po zastrzyknięciu (przeciętnie po 17 min.); przy nadkwaśności szybciej (od 17—4 min.), przy podkwaśności — później (od 26—40 min.). Jednak ścisłej równoległości między liczbą kwasoty, a czasem wydalania czerw. oboj. niema.

W przypadkach upośledzonego wydalania barwika z moczem (w schorzeniach przewlekłych nerek) następuje wyrównawcze przyspieszenie wydalania przez błonę śluzową żołądka — niezależnie od stopnia kwasoty treści żołądkowej.

We wszystkich nieżytych śluzówki żołądka przy zachowanej nawet kwasocie, wydalanie czerwieni oboj. jest wyraźnie opóźnione. Na zwolnienie wydalania barwika wpływa poza uszkodzeniem komórek gruczołowych ilość wydzielanego śluzu.

We wrzodzie żołądka, względnie dwunastnicy, jak zresztą i w innych stanach nadkwaśności stwierdza się przyspieszone wydalanie barwika. W przypadkach wrzodu z zahamowaniem wydalaniem barwika liczyć się należy bądź z współistnieniem nieżyty śluzówki, bądź z możliwością nowotworowego przeistoczenia wrzodu w okolicy przyodźwiernikowej.

W bezkwaśności pochodzenia psychiczno-nerwowego wydalanie czerw. ob. nie jest upośledzone; w bezkwaśności organicznego pochodzenia wydalanie barwika jest albo wybitnie zwolnione (od 45—95 min.), albo całkowicie zniesione.

Przy badaniu sprawności wydzielniczej żołądka w różnych stanach bezkwaśności próba chromoskopowa okazała się pewniejsza od histaminowej. Przyp. bezkwaśności niewydalające barwika, z reguły nie reagują również na histaminę, w niektórych przypadkach z ujemną próbą histaminową — błona śluzowa żołądka zachowała jeszcze zdolność wydalania barwika.

Histamina, stosowana jednocześnie z czerw. ob., przyspiesza wydalanie barwika przez śluzówkę żołądka, a w pewnych przypadkach z ujemną próbą chromoskopową — dopiero po jednoczesnym zastosowaniu histaminy — czerw. ob. barwik ukazuje się w żołądku. A zatem zdolność wydalania barwika po histaminie jest czynnością ostateczną śluzówki, poczem następuje już całkowita niewydolność aparatu wydzielniczego.

Z jednorazowego ujemnego wyniku próby chromoskopowej nie można jeszcze wnioskować o nieodwracalnym uszkodzeniu śluzówki żołądka. Dopiero kilkakrotna, w odstępach czasu kontrolowana próba jest w stanie orzec o zaniku, względnie regeneracji aparatu wydzielniczego.

Na 11 przyp. raka żołą. w 6-ciu próba chromoskopowa wypadła ujemnie. Próba chromoskopowa wypadła ujemnie zwłaszcza w rakach umiejscowionych w okolicy przyodźwiernikowej; w rakach ograniczonych do trzonu, wydalanie barwika pozostaje nieraz dość długo zachowane.

Przy różniczkowaniu raków od innych schorzeń żołądka — postępujące z biegiem czasu upośledzenie wydalania barwika przemawia za rakiem, przyspieszenie zaś — stanowczo przeciw rakowi.

We wszystkich 5 przypadkach niedokrewności złośliwej mieliśmy do czynienia z całkowitą bezsocznością, z ujemną próbą chromoskopową, nawet przy jednoczesnym stosowaniu histaminy. Świadczy to o zaniku błony śluzowej żołądka.

Dyskusja.

Kol. Orłowski: próba polecana przez prelegenta, chociaż opracowana przed kilku laty nie zdobyła sobie dotąd prawa obywatelstwa, ani wśród lekarzy praktyków ani też w szpitalach, czy klinikach: stosowanie do badania czynności żołądka bodźców sztucznych, niefizjologicznych ze względów praktycznych nie jest słusne (czerwień obojętna, listamina, kofeina). Wychodząc z tego założenia kol. Orłowski wybrał do badania czynności żołądka sole kapusty. Co do kiły żołądka, którą w przypadku prelegenta rozpoznano zapomocą badania gastrochromoskopowego — to też same wyniki można było otrzymać inną drogą, np. *ex invitibus*.

Gastrochromoskopia daje możliwość wcześniejszego, niż zapomocą innych metod, określania zdolności wydzielniczej żołądka, ale i to niema większego znaczenia praktycznego, gdyż chorzy nie mając skarg nie zgłaszają się wówczas do lekarzy. Badanie chromoskopowe ma więc wyłącznie znaczenie naukowe. Gastroscopia wykazuje bardzo często niezbyt żołądka w przebiegu choroby wrzodowej, gdy natomiast na podstawie materiału przytoczonego przez prelegenta jest to sprawa rzadka.

Kol. Held — metoda chromoskopowa zagranicą ma swoich zwolenników i poświęcono jej sporo prac. W Polsce natomiast dotychczas nie była opracowana. Prelegent uważa, iż w warunkach klinicznych nie powinna być pominięta. Ma ona znaczenie praktyczne w zanikach błony śluzowej żołądka. Niekiedy musimy się uciekać do stosowania bodźców sztucznych przy wyodrębnianiu ukrytych zdolności wydzielniczych błony śluzowej żołądka. Co do zachowania się treści żołądkowej w chorobie wrzodowej — udział kol. Landaua stoi na odrębnym stanowisku. Na 23 spostrzeżonych przypadków raz tylko stwierdzono podkwaśność.

Zast. Sekr. Dorocznego: M. Kruszwina. Prezes: Witold Orłowski.

Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Protokół zebrania naukowego z dnia 21 września 1932.

I. Kol. Nasilowski demonstruje:

1) Dziecko w wieku 2 lat i 7 miesięcy z objawami mongolizmu.
2) Dziecko lat 3 z zaburzeniami rozwojowymi. *Hypothyreosis* — podawanie tyreoidyny wpływa dodatnio.

II. Kol. Suchodolski powiadamia o odroczeniu obchodu Jubileuszowego Towarzystwa z powodu przewlekającej się choroby Dr. Rożkowskiego jednego z prelegentów, oraz podaje, że Magistrat m. Sosnowca przedstawił statut funduszu stypendjalnego im. s. p. Dr. Bronisława Zieleniewskiego.

III. Odczytanie protokołu z poprzedniego zebrania naukowego, przyjętego w całości.

IV. Kol. Wierzbicki wygłasza referat p. t.: Statystyka poronień za okres czasu od 1924 do 1931 roku i poronienie, jako zagadnienie społeczne. (Z Ośrodka Leczniczego Nr. 2 (Hulczyńskiego) Kasy Chorych w Sosnowcu:

I.

Omówiwszy aktualność sprawy poronień i te trudności, które są związane ze statystyką poronień, referent przedstawia materiał, z którego opracował swe dane statystyczne. Materiał ten podzielił na dwie części stosownie do kategorii członkiń Kasy (pracujących) i członkiń rodzin (niepracujących). Podaje, że ilość poronień w % obliczył w stosunku do ilości pierwotnych chorych ginekologicznych osobno dla każdej kategorii i ze względu na pewne niedokładności odrzucił materiał obejmujący chore członkinie Kasy za 1924—1927 lata. Materiał więc obejmuje chore członkinie Kasy (pracujące) za 1928—1931 lata włącznie i chore członkinie rodzin (niepracujące) za lata 1924—1931 włącznie. Ilość pierwotnych chorych, pracujących, w ciągu 4 lat wynosi 1174, ilość poronień — 106, czyli w % przeciętnie 9%. W stosunku do poszczególnych lat ten % poronień wypadła, jak następuje:

1928 r. —	9,4%
1929 r. —	8,0%
1930 r. —	6,0%
1931 r. —	11,8%

Ilość pierwotnych chorych, niepracujących, w ciągu 8 lat wynosi 7,460, na które przypada 372 poronień, czyli przeciętnie 5%. W stosunku do poszczególnych lat % poronień wypadnie:

1924 r. —	3,2%
1925 r. —	3,4%
1926 r. —	4,0%
1927 r. —	6,5%
1928 r. —	4,4%
1929 r. —	4,7%
1930 r. —	4,4%
1931 r. —	7,0%

Ilość poronień i jej wahania w % najlepiej się uwydatniają na krzywych I i II.

Na krzywej I — znaczny wzrost ilości poronień w 1931 r. (11,8%).

Na krzywej II — stopniowe zwiększenie się ilości poronień w 1925 i 1926 latach, nagły wzrost % w 1927 roku, roku pewnej drożyzny i ciągłego braku mieszkań, spadek do 4,4% — 4,7% w 1928, 1929, 1930 latach i znowu nagłe wzniesienie krzywej do 7% w roku 1931 — roku kryzysu gospodarczego.

Karty chorób chorych, które przeszły poronienia, w ilości 478, chorych należących do małżeństw płodnych, referent wykorzystał w celu obliczenia stosunku ilości poronień do porodów. Wynik otrzymał następujący: stosunek do porodów u pracujących wypadł: 1,3 : 1; u niepracujących 1 : 1,35.

Referent przytacza statystykę wszechświatową z przed 20 lat, według której jedno poronienie przypada na 5—6 porodów. Nowsze statystyki dla Stanów Zjednoczonych, które obliczają stosunek poronień do porodów — 0,35 : 1 lub 0,5 : 1 i przychodzi do wniosku, że w Sosnowcu stosunek poronień do porodów jest 2—3 razy większy, niż w Stanach Zjednoczonych, a w porównaniu ze statystyką 20 lat temu, stosunek ten dla niepracujących powiększył się 4 razy, a dla pracujących zmienił się w kierunku bezwzględnego zwiększenia się ilości poronień w stosunku do ilości porodów.

Ilość poronień w różnym wieku chorych, ilość poronień w stosunku do przeżytych porodów, ilość poronień w poszczególnych miesiącach ciąży referent podaje na krzywych III, IV, V, VI, VII, VIII. Z wykresów wynika, że u pracujących najwięcej poronień przypada w wieku od 20 do 30 lat, a dla niepracujących w wieku od 20 do 35 lat. W stosunku do przeżytych porodów (tablice V i VII.) u pracujących przypada najwięcej poronień dla nierodzących jeszcze i większa ilość po przeżytych 1—2 porodach, a u (członkiń rodzin) niepracujących przypada najwięcej poronień po 1—2 przeżytych porodach. Stąd wniosek, że i w Zagłębiu jest dążenie do ograniczenia ilości dzieci do 2, co się obserwuje i w innych krajach poza Polską.

Z tablic VII i VIII., podanych przez referenta wynika, że najwięcej poronień było w pierwszych dwóch miesiącach ciąży: u pracujących 59; u niepracujących 277.

Na 106 poronień u pracujących wypadło w ciągu 4 lat 16 poronień nieślubnych, co stanowi 15% w stosunku do ilości poronień i 1,35% w stosunku do ilości pierwotnych chorych.

Po 2 poronienia w jednym roku miały pracujące:

w 1928 roku	2
w 1929 roku	1
w 1930 roku	0
w 1931 roku	2

Razem 5

niepracujące:

w 1924 roku	0
w 1925 roku	1
w 1926 roku	0
w 1927 roku	3
w 1928 roku	1
w 1929 roku	2
w 1930 roku	0
w 1931 roku	5

Razem 12

Dalej referent mówi o tem, jak się robi poronienie. Zwykle wstrzykuje się do macicy jodynę, rozczyn mydła, rozczyn lizofornu i, jeżeli nie następuje poronienie, zakłada się gumowy cewnik. W użyciu jednak są i inne narzędzia, np. przykład laminarja. W jednym przypadku chora założyła sobie do macicy szydełko, które się złamało. W drugim przypadku chora robiła sobie poronienia szcoteczką do zębów.

Co do skutków poronień referent przedstawia następujące dane z materiału obejmującego 246 przypadków zapaleń przydatków i przymacieza, w których zastosowana była proteinoterapia.

Z tych 246 chorych 104 przechodziły poronienia, co stanowi 42,3%. Z tej kategorii chorych 74 miały po 1 poronieniu, 15 po 2, 9 po 3, 3 po 4, 2 po 5 i jedna chora, 32 lat, miała 12 poronień.

Na 14 przypadków ciąży pozamacicznej (operowanych) 8 przechodziły po 1, 2, 3 poronienia, co wynosi 57%.

Te dane zupełnie się zgadzają z opinią Prof. Czyżewicza o szkodliwości poronień w jego artykule: *Następstwa i skutki poronień* (zeszyt X—XII Ginekologii Polskiej, rok 1927, Warszawa).

II.

Referent przystępuje do drugiej części swego odczytu: „*Poronienie, jako zagadnienie społeczne*”.

Poronienie, jako zjawisko patologiczne, mówi referent, istniało jeszcze w starożytnych społeczeństwach, przetrwało przez wieki średnie i doszło do swego kulminacyjnego punktu w najnowszych czasach po wojnie światowej, która przeobraziła przedwojenne pojęcie o moralności, o rodzinie i wywołała rozluźnienie obyczajów. Za tym wstrząsem duchowym nastąpił drugi wstrząs — materialny, który nazywamy kryzysem gospodarczym i który gnębi cały świat.

Warunki ekonomiczne związane z tym kryzysem, brak pracy, małe zarobki, konieczność zarabkowania przez kobiety, ciasnota mieszkaniowa, wraz ze zmienionymi pojęciami o rodzinie, są główną przyczyną wzrostu ilości poronień, które odzwierciedlają na terenie Sosnowca kryzys podane w pierwszej części odczytu.

Spółczesność w swoich poglądach na omawiane zagadnienie podzieliło się na dwa obozy o zupełnie różnych światopoglądach.

Nowy projekt Polskiego Kodeksu Karnego, uchwalony i opublikowany przez Komisję Kodyfikacyjną, pod wpływem nowych prądów i nowych poglądów w społeczeństwie uwzględnia wskazania socjalne i społeczne dla spędzenia płodu. Episkopat Polski z punktu widzenia religijnego kategorycznie protestuje przeciwko uśmiercaniu płodu. Odpowiedź na te dwa zwalczające się wzajemnie światopoglądy znajdujemy w Kodeksie Karnym obowiązującym od 1 września r. b., który nie uwzględnia wskazań socjalnych i społecznych.

Z wniosków opracowanych przez D-ra Krassilnikjana (Niekaralność sztucznego poronienia w Rosji w okresie trzynastoletnim w świetle faktów i cyfr — podał Dr. Henryk Kłuszyński — Warszawskie Czasopismo Lekarskie, Nr. 49 z 4 grudnia 1931 r.) widzimy, że i legalizacja poronień nie rozwiązuje samej kwestii poronieniowej.

Referent podaje następujące wnioski:

Ze złem społecznym, jakim jest poronienie, powinno walczyć samo społeczeństwo. Podniesienie moralnego poziomu społeczeństwa powinno być głównym zadaniem. Powinna być rozbudowana i rozszerzona opieka nad macierzyństwem i dzieckiem.

Naszym zadaniem jest uświadamianie społeczeństwa o szkodliwości poronień i o tem, że zabieg poronieniowy jest poważną operacją, która często zagraża życiu i zdrowiu kobiety.

Główną jednak walkę z poronieniami powinno prowadzić Państwo drogą ustanowienia materialnej opieki nad rodzinami w wypadkach licznego potomstwa i nad dziećmi pozbawionymi ojców (dzieci nieślubne i dzieci kobiet owdowiałych), aby nie było obawy przed dzieckiem i aby za chleb matki nie płaciła życiem dziecka.

W *dyskusji*, w której poruszono sprawę czynników wzmagających ilość poronień, wskazania lekarskie i społeczne do czynienia poronień, etiologii poronień zabierali głos Kol. Kol.: Kotarski, Budzyński, Suchodolski, Czarski, Ficenes, Welfe, Mołicki, Wolkowicz, Ryder, Zamieński.

V. Kol. Sokołowski: mówi o *rzekomych guzach śródocznych (pseudosarcoma)*.

Fuchs, analogicznie do „*pseudoglioma*“ wprowadza do okulistyki pojęcie „*pseudosarcoma*“ dla odklejeń siatkówki, skomplikowanych jaskra. Najczęściej odklejenie siatkówki przebiega z obniżeniem ciśnienia śródocznego, natomiast, jeżeli w oku z odklejoną siatkówką stwierdza się podwyższone ciśnienie i objawy retencji, nasuwa się podejrzenie na obecność guza śródocznego, który odkleja siatkówkę. Wyklucza się guz przez diafanoskopję, próbną funkcję twardówki ponad odklejoną siatkówką, wreszcie brakiem grubszych naczyń twardówkowych, przebiegających smugowato do miejsca podejrzanego.

Interesujący jest wpływ wzmożonego ciśnienia (T) na odklejoną siatkówkę. O korzystnym wpływie donieśli dotychczas Hallard Blich (1926) i Sedan (1928). Ze złym wynikiem przebiegały przypadki innych autorów, z pośród których Thomas i Wagenmann cytują odklejenia pourazowe późne, powstałe w kilka tygodni po urazie, komplikowane jaskra.

Zademonstrowany pacjent został w XII. 1931 r. uderzony przy pracy węgiem w lewe oko. Po 8 dniowym leczeniu wrócił do pracy. Ostrość wzroku (V) = 5/12; drobne męty w ciele szklistem; dno

oka prawidłowe. Otrzymał 4% dioninę. Od lutego 1932 r. wzrok się pogarsza: v = 5/36. Pole widzenia prawidłowe; męty utrzymują się. Prócz dioniny dostaje jod wewnętrznie. W maju i czerwcu dostaje 5% roztwór soli kuchennej podspójkowo. Od sierpnia v = 2/60; oftalmoskopowo; drobne męty i płaskie odklejenie siatkówki na obwodzie od strony nosa, T rośnie do 40 mmHg. Pilocarpina obniża ciśnienie do 29 mmHg.

Przypadek należy do interesujących i z tego względu, że odklejenie siatkówki nastąpiło w 8 miesięcy po wypadku i związek przyczynowy między urazem a stanem obecnym jest niewątpliwy; to też zaliczyć go należy do grupy t. zw. odklejeń siatkówki urazowych późnych (w odróżnieniu od odklejeń spontanicznych). Późne odklejenia siatkówki pourazowe opisali Amman, Pfalz, Czamer, Onken, Asmus, Mengelberg, Thomas, Veill i Wagenmann (do r. 1923).

Prognoza dla późnego odklejenia siatkówki jest zła, co potwierdza historia choroby demonstrowanego pacjenta.

Sekretarz: (—) Dr. F. Sztuka.
Prezes: (—) Dr. K. Suchodolski.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Dyrektorem i lekarzem naczelnym Szpitala fundacji Poznańskich został mianowany, na miejsce doktora S. Sterlinga, Dr. med. D. Rabinowicz, ordynator oddziału laryngologicznego tegoż Szpitala. Ordynatura oddziału wewnętrznego (po Drze Sterlingu, 74 łóżka) została decyzją ordynatorów Szpitala podzielona na dwie samodzielne ordynatury, które objęli z dniem 1-szym marca r. b. długoletni asystenci Zmarłego koledzy Dr. med. H. Kryszek i Dr. med. J. Sz y f m a n.

Prof. dr. Br. Koskowski ustąpił z Komisji Farmakopei Polskiej.

Zmarli.

Dnia 2 kwietnia b. r. zmarł w Słonimie dr. Stanisław Ch r z a n o w s k i naczelnny lekarz Szpitala Państwowego. Przeżył lat 65.

Prof. dr. Ottó Lubarsch, znany patolog i anatomo-patolog niemiecki, zmarł w wieku 73 lat.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

VII posiedzenie Wydziału Lekarskiego T. P. N. odbyło się wspólnie z Tow. Patologów Polskich, Oddział Poznański, 7 kwietnia 1933 r. z następującym porządkiem obrad: 1. Komunikaty Zarządu, 2. Pokazy, 3. Wykłady i referaty: 1) Doc. J. Zeyland: 1. Badanie wskaźnika monocytowo-limfocytowego w gruźlicy z zastosowaniem suprawitalnej metody barwienia krwi. 2) a) Zwężenie zastawkowe jelita cienkiego u dziecka 19-miesięcznego. b) Scleroma adiposum cutis u niemowlęcia. c) Necrosis miliaris acuta hepatitis. 2) Dr. W. Dullin: 3. Przypadek torbieli wątroby wyścielonej nabłonkiem walczkowatym rzeskowym. 3) Dr. Suwalski i Dr. Danielewski: 4. Przypadek nowotworu mieszanego lewego stawu mostkowo-obojętkowego. 4) Doc. Raszka i Dr. Danielewski: 5. Przypadek śluzaka kości człona palca nogi. 5) Doc. Łabendziński, Dr. Wasilewski i Dr. Danielewski: 6. Równoczesne zmiany gruźlicze i kilowe krtani. 6) Dr. E. Stöckl: 7. Rozpoznanie przerzutów nabłonniaka kosmówkowego w płucach.

Posiedzenie Tow. Lek. Warszawskiego odbyło się 11 kwietnia 1933 r. 1. Szarecki B. i Zawadowski W. człon. Twa: Przypadek tłuszczaka okrężnicy, powodującego wgłobienie. 2. T. Butkiewicz, czł. Twa: Rzadkie przypadki schorzeń dróg żółciowych. 3. Węgierko J. R., czł. Twa: Uwagi o leczeniu cukrzycy.

Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego dnia 7-go maja 1933 r. obchodzi 25-ioletni Jubileusz swego istnienia. Program obchodu: Godz. 9-ta rano: Nabożeństwo w Kościele Parafjalnym w Sosnowcu, Godz. 17-ta: Uroczyste posiedzenie Tow. Lek. Zagł. Dąbr. w sali obrad Polskiego Związku Zaw. Prac. Przem. i Handlowych przy ul. Sienkiewicza 17a. 1. Zagajenie i powitanie gości. 2. Przemówienia delegatów. 3. Sprawozdanie z działalności Tow. Lek. Zagł. Dąbr. za okres jubileuszowy. 4. Wręczenie dyplomów honorowych, 5. Prof. Dr. med. R. Nitsch: „Prace naukowe Dra J. Czajkowskiego“. 6. Zamknięcie posiedzenia. Godz. 20-ta: Bankiet, urządzony przez Towarzystwo

Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego dla uczestników obchodu i dla zaproszonych gości — w sali przyjęć Polskiego Związku Zaw. Prac. Przem. i Handlowych przy ul. Sienkiewicza 17 a. — Po nabożeństwie przewidziane jest zwiedzanie zakładów przemysłowych, kopalń, lub instytucji leczniczych (Kasa Chorych, szpitale i t. p.), o ile zgłosi się dostateczna ilość chętnych.

Lekarska Unja Łacińska (L'Union Médicale Latine) obchodziła z wielką uroczystością 20-letni jubileusz swego istnienia w Paryżu 15. III. b. r. W uroczystościach wzięli udział przedstawiciele Argentyny, Belgii, Brazylii, Chile, Ekwadoru, Francji, Gwatemali, Hiszpanii, Italii, Kanady, Kolumbii, Kuby, Meksyku, Paragwaju, Portugalii, Rumunii, St. Domingo, Wenezueli, Urugwaju.

Sprawy zawodowe.

Konferencja Lekarzy Administracyjnych K. Ch. odbyła się z inicjatywy Klubu Lekarzy Polskich 12. III. b. r. uchwalono utworzyć Związek Lek. Adm. Ubezpieczeń Społecznych. Wybrano komisję (dr. dr. Zamecki, Grodecki, Niedzielski, Hall, Mędrkiewicz), która ma ułożyć projekt statutu, nadto projekty regulaminów dla dyrekcji K. Ch. i lekarza naczelnego celem przedłożenia Min. Opieki Społ.

Różne.

Przegląd epidemiologiczny Ligi Narodów (Nr. 11—12. 1932) omawia epidemie duru plamistego lat ostatnich. W pierwszej połowie roku 1932 najsilniej szerzył się on z krajów europejskich w Rosji (40.000 zachorowań), Polsce (1820), Rumunii (1416). Najwyższe nasilenia epidemii powtarzały się stale w pierwszych 5—6 miesiącach roku. W Azji ucierpiały z powodu tych epidemii najwięcej kraje republik sowieckich, w Ameryce — Meksyk, w Afryce — Egipt.

Ostatni przegląd epidemiologiczny Ligi Narodów (z. 1—2 1933) omawia przebieg endemii i epidemii duru brzuszno-gutowego i durów rzekomych w latach 1931—1932. Najniższą umieralność na te schorzenia wykazywały: Anglja, Holandia, Niemcy, Norwegja, Nowa Zelandja, Szwajcaria i Szwecja (mniej niż 1 wypadek śmierci na 100.000 mieszkańców). Wyższą umieralność (1—2,9 na 100.000) wykazuje Australia, Austria, Dania, Irlandja, jeszcze wyższą (3,49 na 100.000) Belgja, Francja i Ameryka Północna. Umieralność 5—9,9 na 100.000 wykazuje Czechosłowacja, Polska i Urugwaj, wyższą (10—14,9 na 100.000) Chile, Hiszpanja, Japonja, umieralność najwyższa (powyżej 15 na 100.000) panowała w Grecji, na Węgrzech, we Włoszech i Portugalii. W krajach Europy południowej i wschodniej wybuchła w ostatnich miesiącach 1932 r. silna epidemia duru brzuszno-gutowego, dochodząca do największego nasilenia na Węgrzech, w Bułgarii, we Włoszech i Polsce. W roku 1932 pojawiła się na wyspach Azorach epidemia dżumy. Do końca września zgłoszono 88 wypadków, od tego czasu brak sprawozdań. Krajami, najsilniej nawiedzanymi błonicą pozostają jak dawniej Ameryka Północna, Niemcy, Anglja, Austria, Czechosłowacja, Węgry i Rosja.

Dnia 1 kwietnia b. r. odbyło się w Warszawie otwarcie Oddziału Położniczo-Ginekologicznego w Szpitalu Kasy Chorych i Centralnego Zakładu Rentgenowskiego w gmachu Kasy Chorych, przy ul. Solec 93. Nowy oddział szpitala posiada 50 łóżek i składa się z 5 sal. Centralny Zakład Rentgenowski przeniesiono z ul. Puławskiej i uzupełniono nowymi aparatami.

Lekarz Kolejowy Nr. 1. podaje sprawozdanie Pracowni Psychotechnicznej przy Dyr. Kolei w Warszawie. Powstała w 1927 r., a w 1929 r. została włączona do Wydziału Sanit. Dyr. Wiele pracy poświęca się stale metodyce badań i rozszerza się ich zakres. Pracownia posiada testy i przyrządy konstrukcji krajowej i obcej. Dotychczas badano uzdolnienie pracowników, w programie jest badanie narzędzi, warunków pracy, wypadków i szkolenie personelu. — Drugą pracownię posiada Dyr. P. K. P. w Poznaniu.

Lot. San. (lotnictwo sanitarne) polskie posiada około 20 samolotów typu Henriot. Są to aparaty o małym zasięgu około

100 km; lądują z wielką łatwością tak, że wystarcza im równe pole o wymiarach 400 × 400 m; mogą przewozić 1 chorego leżącego. Zawiadują nimi wojskowe jednostki lotnicze w Bydgoszczy, Dąblinie, Grudziądzu, Krakowie, Lidzie, Lwowie, Poznaniu, Pucku, Toruniu i Warszawie. Wzywać mogą samolot lekarze urzędowi, a za pośrednictwem władz wojskowych lub administracyjnych także wolno praktykujący.

Niedawno opuściło tłocznię kolejne wydanie monumentalnego dzieła „Brytyjska Encyklopedia Farmaceutyczna”. Dzieło to, nowo opracowane i uzupełnione, wydawane jest mniej więcej w dziesięcioletnich odstępach czasu i zawiera wszelkie szczegóły dotyczące środków medycznych, dozowanych dla celów leczniczych w W. Brytanii. Encyklopedia farmaceutyczna, nabywana przez wszystkie apteki, lekarzy, szpitale i liczne zakłady naukowe Zjednoczonego Królestwa rozchodzi się w przeszło pięćdziesiąt tysięcy egzemplarzy. Pierwsze wydanie „Encyklopedii” miało miejsce w 1618 roku; wówczas księga ta zawierała cały szereg zgoła niesamowitych medykamentów, z których niektóre składają się z pięćdziesiąt, a nawet i więcej różnych osobliwych ingrediencji. Do popularnych środków leczniczych zaliczono w owe czasy: oczy krabów, skorupy ostryg, tłuczone perły i korale, proszkowane kości ludzkie, odwar z psich szczeniąt i t. p., przyczem zaznaczyć należy, że wiele z tych „leków” było w użyciu jeszcze przed niespełną półtora wiekiem.

Wycieczka do zdrojowisk italskich odbędzie się od 14—30 września b. r. od Wenecji do Rzymu. Łączne koszty 1500 lirów (635 zł) i 50% zniżki powrotnej na kolejach italskich. Szczegóły „Enit” Via Marghera 2, Rome.

Komunikaty.

Kurs dla lekarzy Ośrodków Zdrowia odbędzie się w Państwowej Szkole Higieny w czasie od 15 maja do 2 czerwca r. b. Kurs jest bezpłatny. Wpisowe 10 zł. Zgłoszenia na kurs przyjmuje Sekretariat Państwowej Szkoły Higieny, Warszawa, ul. Chocimska 24.

Redakcja międzynarodowego pisma „Index Analyticus Cancerologiae” prosi wszystkich P. P. Autorów, którzy ogłosili drukiem w r. 1931 i 1932 prace dotyczące nowotworów, o przesłanie pod adresem — Warszawa, Marszałkowska 73 Dr. Wejnert, lub Marszałkowska 41, Dr. Sterling-Okuniewski streszczeń w języku francuskim dla umieszczenia ich w „Ludexie”. Przy streszczeniu podać należy pismo, gdzie praca była drukowana, tom, zeszyt, i stronę od — do. W razie niemożności nadesłania streszczenia francuskiego pożądanie krótkie streszczenie polskie, ewent. odbitka pracy.

Z inicjatywy biura dla spraw turystycznych dyrekcji okręgowej Kolei Państwowych w Krakowie odbędzie się wycieczka z Krakowa do Wiednia w dniach 14—20 maja b. r. Wyjazd z Krakowa (w niedzielę) dnia 14-go maja b. r. około godz. 7-ej rano pociągiem składającym się wyłącznie z wagonów 4-ro osiowych klasy trzeciej. Przyjazd do Wiednia tego samego dnia około godz. 16-ej. Zakwaterowanie uczestników. Dnia 14. V. b. r. po południu oraz w dniach 15, 16, 17, 18 i 19 maja zwiedzanie osobliwości Wiednia, oraz wycieczki w okolicy. W programie przewidziane są również przedstawienia teatralne, koncerty, zwiedzanie obiektów przemysłowych, ewentualnie urządzeń asanizacyjnych gminy miasta Wiednia i t. p. Odjazd z Wiednia (w sobotę) dnia 20 maja b. r. około 14-ej. Przyjazd do Krakowa w tym samym dniu około godz. 23. Cena ryczałtowa tej wycieczki obejmująca kosztą paszportu, wiz, przejazdu z Krakowa do Wiednia, łącznie z przewiezieniem uczestników do kwatery i zpowrotem, całym utrzymaniem i mieszkaniem wynosi 125 zł. od osoby. Przy zgłoszeniu należy wpłacić zadatek w wysokości zł. 50 od osoby. Ceną zł. 125 nie są objęte koszty zwiedzań, wycieczek oraz wszelkich atrakcyj w czasie pobytu w Wiedniu. Korzystanie z nich nie jest przymusowe, a wolny dobór poszczególnych imprez, których koszt będzie najdokładniej podany, pozostawiony jest każdemu uczestnikowi. Zgłoszenia na tę wycieczkę przyjmowane będą tylko w formie zbiorowej przez poszczególne organizacje, które otrzymują z odnośnych Ministerstw formularze list zgłoszeń. Zgłoszenia przyjmuje także Lwowskie Tow. Lekarskie. Przy dojeździe do Krakowa i z powrotem 50% zniżka kolejowa.

CENY OGŁOSZEŃ	$\frac{1}{1}$	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{8}$	$\frac{1}{16}$	PRENUMERATA NA KWARTAŁ II-gi
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—	w kraju zł 14.—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—	zagranicą \$ 2.50
Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—						