

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁADY KLINICZNE.

Prof. Dr. Franciszek WALTER.
Dyr. Klin. dermatolog. U. J.

Kraków.

Choroby skóry a ustroj kobiecy *)

Ceniąc sobie wysoko zaszczyt przemawiania w gronie członków Krakowskiego Towarzystwa ginekologicznego — zdaję sobie doskonale sprawę, że mówić mam o schorzeniach, które Wam, Panie i Panowie są bardzo dobrze znane. Licząc się z temi faktami — ograniczę się tylko do przedstawienia pewnych grup chorób skórnych, względnie zespołów chorobowych, związanych ściśle i zależnych od przejawów życiowych, przejawów biologicznych i fizjologicznych kobiety. Poza tem pragnę oświetlić przedewszystkiem te sprawy chorobowe, któreimi osobiście, względnie razem z moimi uczniami od dłuższego czasu się zajmuję. Korzystam z dzisiejszej sposobności i pozwolę sobie Państwu zapatrywania moje i sąd mój o tych sprawach bliżej wyjaśnić.

Od czasu wyodrębnienia dermatologii, jako osobnej gałęzi nauk lekarskich — patologia skóry przechodziła i przechodzi różne koleje rozwoju. Bogatsza niemal z dniem każdym w nowe spostrzeżenia, stwierdza niezbiecie, że znaczenie skóry jako podłoża chorobowego w nowem i to niezwykle doniosłem przedstawia się nam świetle. Patologia komórkowa Virchowa i zapatrywania na patologię skóry Hebry — oddzielające naukę o chorobach skóry od patologii innych narządów i całego ustroju — przypisywały powłokom skórnym znaczenie autonomiczne — jako narządowi ochraniającemu zewnętrznie ustroj. Na szczęście nie wszystkie szkoły przyjęły ten zbyt ciasny punkt widzenia Hebry — już bowiem szkoła francuska uznawała ścisły związek, łączący skórę z ustrojem — jakoteż zależność cierpień skórnych od schorzeń narządów wewnętrznych.

Dziś nie jesteśmy w stanie oddzielić skóry od ustroju — tak bowiem ściśle łączą ich więzy wzajemnej zależności, tak ściśle jest jej czynność związana z czynnościami życiowymi, biologicznymi i fizjologicznymi ustroju — a przedewszystkiem z czynnościami wydzielniczymi gruczołów dokrewnych, narządu wegetatywnego i przemiany materji.

Doniosłe a jednak bardzo różnorodne jest znaczenie skóry dla ustroju. Jest ona nie tylko narządem okrywającym i ochronnym, nie tylko pośrednikiem między światem zewnętrznym a ustrojem, regulatorem czynności odpornościowych i przemiany materji, ale zdaje się nawet posiadać zadanie jeszcze większe — zadanie narządu o wewnętrznem wydzielaniu. Ma ona być siedzibą czynności ochronnych — skierowanych ku obronie całego ustroju w walce z czynnikami chorobotwórczymi; jest to tak zwana przez E. Hoffmanna czynność ezofilaktyczna skóry. Toteż powstawanie i przebieg cierpień skórnych zależy musi przedewszystkiem od terenu, na którym się te cierpienia rozwijają — i to nie wyłącznie tylko od jego warunków anatomicznych, ale w głównej mierze od jego biologicznych właściwości i fizjologicznych procesów życiowych.

Oddawna już uważano zachowanie się osobnicze skóry, jako podłoża chorobowego, za wyraz konstytucjonalnych odrębności skóry. Te konstytucjonalne odmiennie właściwości różnych powłok skórnych mogą przyczyniać się do atypowego przebiegu cierpień skórnych i wpływać w sposób rozmaity na czynniki chorobotwórcze, tak wewnętrzne jak i zewnętrzne. Także cierpienia skórne pochodzenia zakaźnego, ich umiejscowienie, przebieg i zejście, zależą od czynników konstytucjonalnych danego ustroju.

Biorąc pod uwagę tak doniosłe znaczenie konstytucjonalnych właściwości ustroju — rozumiemy, jakie znaczenie przypada w udziale osobniczemu czynnikom konstytucjonalnym ustroju kobiecego, czynności bowiem biologiczne i fizjologiczne kobiece muszą wywierać doniosły wpływ na przebieg odczynów chorobowych skórnych.

Pojęcie konstytucjonalizmu ustroju ludzkiego — jest bardzo trudne do ujęcia i niejednokrotnie też bywa przez rozmaitych ba-

daczy określane. Określenie konstytucjonalizmu powłok skórnych jeszcze na większe natrafia trudności. A jednak konstytucjonalizm w cierpieniach skóry musi odgrywać poważną rolę — doświadczenie bowiem codzienne poucza nas niezbiecie, że przebieg typowego i dobrze znanego cierpienia skórniego ulega różnym odchyleniom, zależnym od osobniczych właściwości skóry. Te właściwości, to czynniki konstytucjonalne skóry.

Sprawy konstytucjonalizmu skóry nie możemy rozpatrywać tylko na podstawie pewnych cech morfologicznych — znaczenie bowiem tych cech nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnione. Pojęcie konstytucjonalizmu skóry, któreby mogło zadowolić dermatologa, musi być rozpatrywane raczej ze stanowiska czynnościowego skóry. Nawet wrodzone sprawy chorobowe skórne, ujawniające się jako wadliwosci czysto morfologiczne, są właściwie następstwem zaburzeń czynności naskórka lub skóry. Konstytucjonalizm oparty na przesłankach czysto morfologicznych jest zdaniem mojem dla dermatologa trudny do przyjęcia. Wszak już Rosner, omawiając konstytucję narządów płciowych kobiecych, ujmuje ją nie tylko na podstawie cech morfologicznych, ale przedewszystkiem cech czynnościowych i ewolucyjnych.

Właściwości konstytucjonalne skóry — idąc za wzorem Martiusa — uważam za odłam cząsteczkowy ogólnych konstytucjonalnych właściwości ustroju. Ale w tak różnie złożonym narządzie, jakim jest skóra — której części składowe różne przejawiają procesy życiowe, możemy — jak sądzę — mówić o konstytucjonalnych właściwościach naskórka i jego przydatków, t. j. gruczołów i włosów — jako pochodzących z zewnętrznego listka zarodkowego i o konstytucjonalizmie części składowych skóry właściwej — pochodzenia listka środkowego. W płazimie zarodkowej znajdują się zawiązki różnych składników skóry a od ich wzajemnego ustosunkowania i od ich czynności zależą właściwe biologiczne procesy toczące się w skórze.

Prawidłowe właściwości konstytucjonalne skóry — są wyrazem przeciętnego sposobu oddziaływania powłok skórnych na bodźce i stanowią przeciętne zdolności odczynowe i odpornościowe skóry. W częściach składowych powłok skórnych tkwią liczne biologiczno-potencjonalne niewiadome, o których istnieniu dowiadujemy się dopiero w czasie powstawania i przebiegu cierpienia skórniego; te niewiadome tworzą osobnicze właściwości konstytucjonalne powłok skórnych.

Próbując określić właściwości osobnicze skóry, zwracać musimy uwagę na zachowanie się i czynności gruczołów dokrewnych, wydzielaniu bowiem dokrewnemu przypisać musimy wielki wpływ na powstawanie czynnościowych właściwości konstytucjonalnych skóry; obok gruczołów dokrewnych i układ wegetatywny — jako współdziałający z czynnościami dokrewnymi — ma również niepoślednie znaczenie. Szymonowicz wyraźnie zaznacza, że układ wegetatywno-gruczołowy i wegetatywno-nerwowy tak ściśle łączą się w swojej prawidłowej czynności i w zaburzeniach, że ani w przejawach fizjologicznych ani patologicznych nie można ich oddzielić, a oba układy służą niepodzielnej czynności ustroju.

To wszystko składa się na osobnicze konstytucjonalne podłożo chorego, od którego zależy zachowanie się czynności biologicznych i fizjologicznych skóry i sposób oddziaływania na bodźce. Życie naskórka cechuje się ustawiczną, trwałą czynnością biologiczną i fizjologiczną jego składowych komórek — i on warunkuje ów płynny stan czynnościowy naskórka — *Status constitucjonalis epidermis*.

Skóra, składając się jak wspomniałem z dwóch części odmiennego pochodzenia — musi odmiennie zachowywać się odnośnie do swych części składowych — mimo że na bodźce zewnętrzne i wewnętrzne oba te odcinki, jako niemogące istnieć niezależnie od siebie — muszą oddziaływać współrzędnie albo następowo. Właściwości osobnicze tak naskórka jak i skóry w zwyczajnych warunkach nie ujawniają się w całej pełni, są one w stanie utajenia i dopiero z chwilą zadziałania czynnika chorobotwórczego — ujawniają ten swoisty dla każdej skóry sposób oddziaływania na podniety.

Czasy Hebry, czasy zapatrywań na znaczenie skóry — jako odrębnego narządu anatomiczno-autonomicznego — minęły już bezpowrotnie; doświadczenie kliniczne i życiowe utwierdziło

*) Wygłoszony na posiedzeniu naukowem Krakowskiego Towarzystwa ginekologicznego w dniu 2 maja 1933 r.

nas w przekonaniu, że skóra jako zwierciadło ustroju, ujawnia wszelkie wadliwe procesy życiowe ustroju, w sposób dla każdego ustroju może odmienny. Dziś wróciliśmy w dermatologii do studiowania całego ustroju i jego soków — posługując się w szerokiej mierze badaniami chemicznymi, serologicznymi i biologicznymi.

Doniosła, dominująca nad całym ustrojem ludzkim rola gruczołów dokrewnych — wywiera swój wpływ i na skórę. Od zarania życia ludzkiego aż do późnej starości pozostaje ustrój pod wpływem wydzielania dokrewnego. Gruczoły dokrewne w zależności od swych czynności, zmieniają zachowanie się skóry, osłabiając jej odporność na czynniki szkodliwe. Prawidłowa czynność dokrewna jest czynnikiem chroniącym skórę przed powstawaniem cierpień — i dlatego poznanie zachowania się czynności tychże gruczołów musi mieć dla dermatologa pierwszorzędne znaczenie.

Nie należy jednak zapominać, że nie wszystko w patologii skóry można wytłumaczyć zmianami w czynnościach dokrewnych, bo chociaż równocześnie można w gruczołach dokrewnych stwierdzić nieprawidłowości w wydzielaniu — to jednakowoż cierpienie skórne nie musi być tym zaburzeniem podporządkowane. Toteż słusznie zaznacza Biedl, że należy być ostrożnym w ocenianiu przyczynowego związku między chorobą, a zaburzeniem w czynnościach dokrewnych.

Ustrój kobiety wraz z czynnością gruczołów płciowych, tak potężny wpływ na jej życie biologiczne i fizjologiczne wywierająca — podatniejszy jest na działanie różnorodnych bodźców skórnych. Wpływ ten niezwykły i oddawna uznawany, dziś jest przedmiotem ciągłych badań. Rosner mówi wyraźnie, że nad czynnościami płciowymi dominuje jajnik, który jako gruczoł o wewnętrznym wydzielaniu nie tylko sam przez się, przez swoje hormony wywiera wpływ na ustrój, ale przez liczne i zawiłe skjarzenia z innymi gruczołami dokrewnymi związany jest z wszelkimi niemal czynnościami ustroju. Wszak ogólnie znany jest wpływ zjawisk fizjologicznych i biologicznych w życiu kobiety na powstawanie i przebieg cierpienia skórno, np. w przebiegu miesiączki, ciąży lub przekwitania. Skłonność skóry kobiecej do powstawania pewnych cierpień skórnych jest znaną — o wiele częściej powstaje w skórze kobiety liszaj runieniowaty (*Lupus erythematosus*, 3 K:1 M), liszaj opryszczkowy Hebra (*Impetigo herpetiformis*), runień guzowaty lub stwardniały (*Erythema nodosum vel induratum*), żylaki, naczylniki, twardzina skóry, zanik skóry plamisty i rozsiany (*Anaethodermia maculosa, atrophia cutis diffusa, Xeroderma pigmentosum*) i t. d. Słuszną jest więc rzeczą, aby patologię zmian skórnych ustroju kobiecego rozpatrywać przede wszystkim ze stanowiska czynności dokrewnych i to głównie gruczołów płciowych.

Gruczoły dokrewne, a u kobiety przede wszystkim gruczoły płciowe są regulatorami konstytucjonalnych stanów skóry. Zaburzenia czynnościowe gruczołów dokrewnych ujawniają właściwości konstytucjonalne skóry, w potencjonalnym niejako drzemiące uśpieniu. Te właściwości czynnościowe skóry ujawniają się już w tych okresach życia kobiety — kiedy gruczoły płciowe rozpoczynają zaledwie swą biologiczną działalność. Do chwili okresu pokwitania skóra dziewcząt i chłopców zachowuje się prawie że jednakowo — pokryta delikatnym bezbarwnym mieszkim włosowym, a z chwilą rozkwitania gruczołów płciowych zmienia się prawie natychmiast jej wejście, zachowanie i czynność.

Pokwitanie.

Z chwilą rozkwitania dziewczęcia w kobietę i wystąpienia zjawisk biologicznych, jak miesiączkowania — następuje wybitna zmiana w zachowaniu się i czynności powłok skórnych. Skóra w okresie miesiączki oddziaływa w sposób zmieniony — odczynu skórne i śródskórne po wstrzyknięciu lub wprowadzeniu w naskórek wyciągów gruczołów dokrewnych — występują w znacznie większym nasileniu niż w okresie bezmiesiączkowym. Oddziaływanie obwodowego narządu krwionośnego jest w tym okresie wybitnie zwiększone, żywotność skóry wybitniejsza, czynności wydzielnicze gruczołów skórnych spotęgowane, rozrost owłosienia obfitszy. Naskórek i przydatki — rozpoczynają poniekąd nowe życie — bujne i żywe tak, że w następstwie wzmoczonych ich czynności przychodzi do powstawania objawów chorobowych. W tym to okresie — uśpione osobnicze właściwości skóry występują wyraźniej i to zwłaszcza właściwości naskórka i jego przydatków.

Czynności życiowe naskórka, skóry, tworzenie się barwika, zachowanie się czynności wydzielniczych gruczołów skórnych, zachowanie się porostu włosów — występują w tym okresie bardzo wyraźnie. Pragnę zatrzymać się pokrótce na zjawiskach

odczynów skórnych, występujących w następstwie czynnościowych właściwości konstytucjonalnych gruczołów łojowych.

Gruczoły łojowe najobficiej rozmieszczone są na twarzy a przede wszystkim w okolicy czoła, nosa, brody, na przedniej i tylnej stronie klatki piersiowej. Ilość i wielkość gruczołów zależą od osobniczych warunków ustroju i stanowią cechy konstytucjonalne danego osobnika, jak to mógł wykazać H. Reiss — u płodów z różnych okresów życia płodowego, badanych w pracowni histologicznej mojej kliniki. Te właściwości odrębne w zachowaniu się gruczołów łojowych — tworzą podłoże pod najwyraźniej w okresie rozkwitania występujący konstytucjonalny stan łojotokowy skóry, którego najczęstszym chorobowym przejawem jest trądzik młodzieńczy, pospolity (*Acne juvenilis, vulgaris*). Powstawanie tego cierpienia — jego przebieg i rozwój — podobnie jak i podłoże konstytucjonalne, zależą od dokrewnych czynności gruczołów płciowych, czy to w następstwie wzniesionych czy też upośledzonych ich czynności. W. Pick wskazuje na równocześnie w przebiegu trądzika występujące objawy wzmoczonego owłosienia męskiego u kobiet, na zmniejszony popęd płciowy i na współzależność występowania objawów chorobowych trądzika równocześnie z rozkwitaniem. Również i inne gruczoły dokrewne wpływać mogą na kształtowanie się przebiegu tego cierpienia, a w pierwszym rzędzie gruczoł tarczycowy. Wy różnić możemy dwa typy kobiet dotkniętych schorzeniem trądzikowym, typ chudy, niedokrzwisty (*hyperthyroidismus*) i typ z obfitą podściółką tłuszczową (*hypothyroidismus*).

Wiara ludu przypisuje powstawanie objawów trądzika u młodzieży następstwem wstrzemięźliwości płciowej i wytworzonym wskutek tego toksynom; podjęcie prawidłowych czynności płciowych przyczyniać się ma do ustępowania objawów chorobowych. Byłby to więc dowód pośredni wskazujący na ważny udział gruczołów płciowych w powstawaniu trądzika młodzieńczego.

Każdy z nas — mający sposobność badania młodych dziewcząt i chłopców — stwierdzić może częste występowanie na tle podłoża łojotokowego zmian trądzikowych, i to głównie zmian, w postaci zaskórników. Bloch badał 2136 dziewcząt w wieku od 6—19 lat i 2055 chłopców od 6—19 roku życia, i stwierdził, że każda dwunasta dziewczyna i każdy piąty chłopiec, przeciętnie co siódme dziecko, okazywało objawy trądzika w początkowych okresach: zaskórnik pojawiać się już mogą w 6 lub 7 roku życia. Najczęściej spotyka się je u dziewcząt w 17 roku życia (80%) a u chłopców w 13 roku życia (71%). Najcięższe postaci zaskórników i trądzika pojawiają się u dziewcząt w 11 roku życia, osiągając swe drugie maksimum w 18 roku, u chłopców w 10 roku, względnie w 18. W wieku 19 lat, co piąta dziewczyna i co drugi chłopiec cierpi na trądzik.

Związek między powstawaniem trądzika a rozkwitaniem jest niewątpliwym — przyczem łączy się z równoczesnym pojawianiem się porostu *ad pubes et in axillas* i wystąpieniem miesiączki; w tym znaczeniu trądzik jest schorzeniem zależnym od czynności gruczołów dokrewnych. Lekkie postaci trądzika, pojawiające się w okresie rozkwitania, byłyby zjawiskiem czysto fizjologicznym. Analogiczne zjawisko spotykamy w przebiegu ciąży w postaci nadmiernego ogniskowego gromadzenia się barwika.

Stwierdzamy więc stopniowanie w obrazach klinicznych, w ich nasileniu i przebiegu trądzika młodzieńczego — od niemal fizjologicznego zjawiska według Blocha, aż do postaci o bardzo ciężkim przebiegu (*acne profunda, conglobata*), kiedy to w skórze i w tkance podskórnej tworzą się głębokie nacieki ropne a nawet ropowice; w naciekach tych znajdowano prątki grzyźlicze — wskutek czego ta odmiana głębokiego trądzika uważana bywa za grzyźlicze zmiany chorobowe, względnie za proces mieszkany (Bernhardt).

Stwierdzając doniosły wpływ gruczołów płciowych na powstawanie trądzika — możemy przyjąć za Leszczyńskim i Liebhartem, że właściwe pojęcie trądzika pospolitego jest zbyt obszerne — jako pojęcie zbiorowe różnych pod względem etjologicznym i klinicznym postaci chorobowych młodego wieku. Postać trądzika młodzieńczego — występując najwyraźniej w okresie rozkwitania — jest w zależności prawie że wyłącznej od czynności dokrewnych gruczołów płciowych. Ta postać trądzika młodzieńczego występuje zazwyczaj na skórze twarzy, t. j. środkowych częściach policzków i na brodzie, podczas gdy skóra grzbietu wolna jest od wykwitów. Inną postacią trądzika pospolitego, której towarzyszą zaburzenia w przewodzie pokarmowym (*ptosis intestini, colitis, obstipatio spastica* etc.) — pojawia się już na skórze grzbietu i na twarzy; najcięższą postacią trądzika spotykamy jako następstwo zmian w czynności dokrewnych gruczołu tarczycowego, w łączności z wybitnie zaznaczonym stanem łojotokowym skóry.

Te postaci trądzika — nie występują jako wyodrębnione ściśle obrazy kliniczne, ale raczej jako postaci mięszone, jako odrębne według Leszczyńskiego o typu konstytucjonalne. Co do mnie — zmiany chorobowe w postaci trądzika młodzieńczego uważam już za zmiany chorobowe — powstałe na podłożu konstytucjonalnego stanu łojotokowego. Jedynie tylko lekko zaznaczone postaci kliniczne zaskórników można uważać za objaw wzmoczonego wydzielania i przetwarzania tłuszczu w gruczołach i w naskórku w granicach jeszcze fizjologicznych, w okresie rozkwitania, w tym młodzieńczym okresie burzy i naporu, jako wyraz drażnienia i zaczopowywania ujęć, obficie wydzielającą się wydzielina tłuszczową gruczołów łojowych. Wyraźniej już zaznaczone postaci trądzika grudkowego lub krostkowego — zależą od właściwości konstytucjonalnych skóry. Wydzielina łojowa, wytwarzana w komórkach gruczołów łojowych i potnych a także i w naskórku w ilości zwiększonej i o zmienionym składzie chemicznym, wskutek konstytucjonalnego upośledzenia czynności biochemicznej komórek przerabiających surowiec tłuszczowy, dowieziony drogą krwi z przewodu pokarmowego, jest przyczyną zmiany w oddziaływaniu podłoża na różnorodne bodźce, w tych przypadkach przedewszystkiem bakteryjne (gronkowce i paciorkowce skórne). Czynność wydzielnicza dokrewna gruczołów płciowych podnieca i ujawnia te w potencjonalnym utajeniu pozostające właściwości konstytucjonalne skóry. U kobiet między 17—30 r. życia pojawia się nieco odmienna postać trądzika młodzieńczego, którą Francuzi nazywają *Acne excoriée de jeunes filles* — której towarzyszą wysuwające się na pierwszy plan objawy swędzenia, zmuszające chorą do ustawicznego drapania.

Ze stanem łojotokowym skóry związane jest także chorobowy stan wypadania włosów — tak często spotykany u mężczyzn już w okresie rozkwitania, najczęściej jednakże między 20 a 30 r. życia i prowadzący szybko do łysiny, tego smutnego przywileju mężczyzny. Medycyna ludowa łączy tę postać chorobowego wypadania włosów z czynnościami gruczołów płciowych, przedewszystkiem ze zwiększonym życiem płciowym. Sabouraud nie widzi w tem żadnej łączności, przeciwnie Robert Stein uważa, że bogate i żywe życie płciowe prowadzi do zwiększonego łojotoku, który skolei przyspiesza wypadanie włosów, tkwiących słabo w uchyłkach włosowych.

Łysina jest wtórzną cechą płciową męską, powstającą na konstytucjonalnym podłożu łojotokowym; charakterystycznym typem łysienia jest wysokie czoło myśliwiela, *Calvities frontalis adolescentium*. Taka postać wyłysienia u kobiet zdarza się w przypadkach istnienia drugorzędnych cech płciowych męskich. *Calvities frontalis* stwierdza się niekiedy w okresie przekwitania kobiecego; łysina na tle suchego łojotoku, *Alopecia pityrodes*, pojawiać się może u tych kobiet, które odznaczają się przez *habitus masculinus*.

Najczęściej, jak wspominałem, łysina młodych ludzi powstaje na tle konstytucjonalnego stanu łojotokowego skóry. Wyłysienie bez objawów łojotokowych, znane już Kaposiemu, powstaje na tle konstytucjonalnego atypowego stanu uwłosienia, powstałego w następstwie wrodzonych mniejszych wartości aparatu włosotwórczego i te stany czystego wyłysienia konstytucjonalnego mogą występować i u kobiet, w zależności od zmienionych czynności gruczołów dokrewnych, przedewszystkiem płciowych. I tak np. wypadanie włosów, zagrażające nawet powstaniem ogólnego wyłysienia głowy, pojawia się w okresach zwiększonych fizjologicznych czynności ustroju kobiecego, np. w czasie ciąży.

Wyłysienie występujące na tle łojotoku zależeć musi i od równoczesnej mniejszej wartości aparatu włosotwórczego — nie spotykamy bowiem wyłysienia u pewnych szczepów Afryki północnej, np. u mieszkańców Algieru, u których przeciw istnieniu obfitego łojotoku jest na porządku dziennym. Ale liczyć się musimy też z tą okolicznością, że rasy kolorowe odznaczają się wzmocnionym wytwarzaniem tłuszczu skórnoego. Łojotok spotykany u murzyna — będący jeszcze objawem fizjologicznym, u Europejczyka stanowi objaw wybitnie już chorobowy.

U kobiet, w okresie rozkwitania, pojawiać się mogą cierpienia skórne — których punktem wyjścia są t. zw. gruczoły potne Schiefferdeckera. Gruczoły potne w tym okresie życia kobiety — mogą wykazywać zaburzenia czynnościowe, będące wyrazem konstytucjonalnych stanów skóry. Badania dawniejsze, datujące się od czasów Unny, badania ostatnich lat, a także i moje własne, wykazują niezbicie, że gruczoły kłębkowe wydzielają również tłuszcz; w przypadkach istnienia konstytucjonalnych stanów łojotokowych skóry — spotykamy się więc nie tylko z zaburzeniem w wydzielaniu tłuszczu gruczołów łojowych, ale i potnych (*Status steato-hidrophilicus vel phobicus*).

W zakresie czynności gruczołów łojowych i potnych skóry mamy do czynienia z dwoma zjawiskami wydzielniczymi, t. zw.

typem wydzielania merokrynowego (gruczoły potne) i holokrynowego (gruczoły łojowe). Schiefferdecker rozdziela jeszcze gruczoły kłębkowe na 2 typy: gruczoły ekkrynowe i apokrynowe. Gruczoły typu ekkrynowego wypacają płynną zawartość komórki, jak np. komórki gruczołów potnych, gruczoły apokrynowe nie wypacają wydzieliny, ale komórki ich wypuklają część swej protoplazmy do światła gruczołu w sposób stożkowaty lub kulisty, która po pewnym czasie oddziela się od macierzystej komórki. Komórka traci część swej protoplazmy i popada w czasową beczynność. Te stosunki wydzielnicze spotykamy w zakresie wielkich gruczołów kłębkowych pach, od nich wywodzą się gruczoły mleczne i sutkowe. Gruczoły apokrynowe Schiefferdeckera znajdują się dookoła zwieracza odbytnicy i rozrzucone są tu i ówdzie w skórę, np. dookoła pępka. Te t. zw. gruczoły a tworzą niejako pomost między gruczołami o typie mero- i holokrynowym, a różnice między nimi stwierdza się także w rozwoju tychże gruczołów. Zwykle gruczoły kłębkowe rozwijają się w życiu płodowym bezpośrednio z komórek naskórka, gruczoły a z zawiązków włosów, i to wcześniej, zanim się z nich rozwiną gruczoły łojowe. W szeregu rozwoju istot, człowiek pod względem bogactwa gruczołów a, stoi na ostatnim miejscu; u człowieka przeważa typ gruczołów e (ekkrinowy), natomiast u małp czelko-kształtnych, obok gruczołów o typie wydzielniczym e, znajdują się obficie i gruczoły a. W filogenetycznym rozwoju gruczoły te u człowieka zanikły, różnice w ich ilości zachodzą jeszcze u ras i ludów, a również i u kobiet i mężczyzn. Ludy ras kolorowych, ludy niecywilizowane posiadają tych gruczołów znacznie większą ilość; u kobiet znajdują się te gruczoły w większej liczbie w skórze pach i dookoła zwieracza odbytnicy, dalej jeszcze na wargach łonowym, na wargach sromnych większych i dookoła pępka.

W skórze człowieka gruczoły a rozpoczynają swe czynności dopiero w okresie rozkwitania, przyczem wydzielają charakterystyczne wonne wydzieliny — działające jako podniety seksualne. W gruczołach tych sadowiają się zmiany chorobowe, będące przywilejem płci żeńskiej. W najbliższym sąsiedztwie tychże gruczołów wytwarzają się zapalne nacieki — tworzące w obrazie klinicznym drobne guzki — zakończone stożkowato, o spistości twardawej, ciemno brązowo zabarwione. Zmiany te umiejscawiają się przedewszystkiem w skórze pach, dookoła pępka, na większych wargach sromnych i na wargach łonowych. Cierpienie to, wywołujące objawy swędzenia, nosi nazwę choroby Foxa i Fordyce'a. W r. 1922 ogłosiłem typowy przypadek tego cierpienia u 15-letniej dziewczyny i od tego czasu ogłoszono znacznie większą ilość nowych spostrzeżeń tego zapomnianego przedtem cierpienia. Najczęściej i prawie że wyłącznie zapadają na to cierpienie kobiety między 13—50 rokiem życia, znany jest tylko jeden przypadek wystąpienia tych zmian u mężczyzny. Wykwity chorobowe umiejscawiają się głównie w skórze pach (3/4 zmian) i w skórze wargach łonowych (1/4 zmian).

W obrazie histologicznym tychże zmian stwierdza się objawy nadmiernego rogowacenia ujęć gruczołów potnych, nacieki drobnokomórkowe dookoła przewodów gruczołowych i rozrost warstw naskórka. Siedzibą zmian są przedewszystkiem gruczoły a Schiefferdeckera. Przyczyny wywołujące te zmiany mogą być rozmaite, przyczem zmiany osobnicze w zakresie wydzielania gruczołów, a także skłonności naskórka do nadmiernego rogowacenia — stanowią właściwe osobnicze podłoże sprzyjające występowaniu tych zmian. Tę sprawę chorobową uważałem za odmianę *Neurodermitis circumscripta*, odznaczającą się szczególnym umiejscowieniem dookoła gruczołów potnych, a jak to z późniejszych obrazów histologicznych wynika — dookoła gruczołów a Schiefferdeckera.

Ciekawy jest przebieg zakażeń grzybkowych głowy owłosionej w okresie rozkwitania. Z chwilą pojawienia się pierwszej miesiączi zmienia się oddziaływanie podłoża w sposób dla grzybków niekorzystny — wskutek czego przychodzi do samorzutnego wyleczenia i do powstrzymania dalszego rozszerzenia się sprawy chorobowej. Nie wiemy na czem polega ten wpływ, skóra bowiem innych odcinków nie jest całkowicie odporna na zakażenia grzybkami chorobotwórczymi i to przedewszystkiem strupniem woszczynowym, bo ten u dorosłego człowieka bardzo rzadko wywołuje zmiany chorobowe na skórze; zmniejszoną podatnością na zakażenie spotyka się tylko na głowie owłosionej — w czasie więc rozkwitania skóra w tych miejscach ulegać musi pewnym zmianom. Bloch wspomina o charakterystycznym spostrzeżeniu. Z trzech siostr mieszkających razem, w wieku 18, 16 i 10 lat — zakażeniu strupniem woszczynowym uległy dwie, średnia i najmłodsza. Średnia 16-letnia pierwsza uległa zakażeniu a u najmłodszej przebieg choroby wykazywał największe nasilenie; najstarsza, mimo że spała w jednym i tem samym łóżku z chorą siostrą, nie uległa zakażeniu. Dokładnymi wywiadami

stwierdzono, że najstarsza w chwili pojawienia się choroby grzybkowej w rodzinie, miesiączkowała już od dwóch lat; poza-tem z chwilą wystąpienia miesiączki u 16-letniej siostry przebieg cierpienia stał się łagodniejszy i cierpienie szybciej pod wpływem leczenia ustąpiło, niż u najmłodszej 10-letniej. Rozkwitanie ma więc bardzo znaczny wpływ na stan pogotowia chorobowego dla zakażenia grzybkami chorobotwórczymi, tak bardzo patognomicznymi dla dzieci. Rola czynnika gruczolów płciowych i wpływ jej na zmiany terenowe skóry, na pogotowie chorobowe, jest więc w tych przypadkach wyraźny. Dok. nast.

Dr. Jerzy JASIENSKI.

Kraków.

W sprawie klasyfikacji gruźlicy kości.

Spośród wszystkich schorzeń gruźliczych kośćca — gruźlica trzonów i części przynasadowych (metafiz) kości długich kończyn łączy w sobie wszystkie postacie anatomiczne, pod jakimi proces gruźliczy toczy się może w innych kościach i ich zespolu. Napotyamy tutaj taką mnogość obrazów anatomicznych i klinicznych, jak w żadnych innych kościach, co potwierdza nam jakby najdokładniej, że jest to ta sama sprawa co w płucach, o różnym charakterze, przebiegu i zejściu. Widujemy tu niezwykle różnorodny obraz kliniczny w zależności od tej czy innej postaci anatomicznej i przebiegu sprawy, począwszy od drobnego otorbionego guzka, niewywołującego niekiedy żadnych objawów klinicznych, do rozległego gruźliczego zapalenia szpiku kostnego, mogącego zajmować cały trzon kości, z przetokami i połączonego z ciężkimi objawami ogólnymi. Tutaj też, bardziej niż we wszystkich innych kościach, narzuca się konieczność stosowania klasyfikacji zmian kostnych, niezbędnej dla zrozumienia istoty poszczególnych postaci.

Ciechanowski mówi, że w gruźlicy płuc mnogość obrazów anatomicznych i ich kombinacji jest taka, że ujęcie ich w schematy klasyfikacyjne natrafia na większe trudności, niż w jakiegokolwiek innej chorobie zakaźnej. Zdanie to można odnieść i do gruźlicy kości. Wszak John Fraser twierdził, że histologicznie doliczyć się można 80 rozmaitych typów schorzeń gruźliczych kośćca. Jeżeli, jak zarzucają niektórzy, poszczególne okresy rozwoju gruźlicy kości uważano za różne postacie schorzenia i jako takie je opisywano, to mogło to być o tyle uzasadnionem, że w pewnym okresie nastąpić mogło zatrzymanie, uspokojenie się sprawy, była więc ona w tych przypadkach niejako końcową postacią sprawy gruźliczej.

Całokształt zmian anatomicznych, jakie wywołac może tocząca się w kości sprawa gruźlicza, stwarza obrazy nadzwyczaj różnorodne, krańcowo niemal odmienne, których wygląd, przebieg i zejście przedstawiają nieraz więcej między sobą różnic, niż podobieństwa, jakgdyby wywołane były przez zgoła różne schorzenia. W rzeczywistości jednak zawsze nie tylko czynnik etiologiczny jest w nich ten sam, ale i początkowe zmiany pierwotne posiadają we wszystkich przypadkach ten sam charakter. Sposób w jaki te zmiany rozwijają się i szybkość z jaką postępują nadaje oddzielnym postaciom gruźlicy kostnej piętno szczególne i bardzo różnorodne. Pozostają one w ścisłym związku z nasileniem toczącej się sprawy, z warunkami ogólnymi ustroju, w którym się toczą, niemniej jednak i z warunkami miejscowymi — szeregiem czynników związanych z tem czy innym miejscem usadowienia w kości.

Zmiany anatomiczne, wywołane przez tocząca się w kości sprawę gruźliczą, są w poszczególnych przypadkach bardzo różnorodne. Składa się na to cały szereg czynników. Już samo powstanie bądź jednego ogniska, bądź też większej ilości ognisk nieraz gęściej lub rzadziej rozrzuconych, odgrywa tu rolę, tworząc rozmaite zespoli zmian zasadniczych. Pierwszorzędne zaś znaczenie posiada przedewszystkiem ten czy inny charakter toczącej się sprawy i jej umiejscowienie w kości. Różne zmiany anatomiczne spotykamy w tym samym przypadku w różnych okresach choroby, na jej całokształt składa się bowiem całe koło rozwojowe poszczególnych ognisk gruźliczych. Wreszcie nawet w tym samym czasie, lecz w różnych miejscach kości spotykamy różne obrazy anatomiczne w zależności od charakteru zmian (poszczególne bowiem postacie anatomiczne w każdym niemal przypadku wzajemnie się wnikają i łączą), a także w zależności od różnego czasu trwania poszczególnych ognisk i od odmiennego sposobu oddziaływania poszczególnych części składowych kości, bądź tych, na które sprawa przechodzi, bądź tych, które się przed nią bronią w sposób, sobie właściwy. Stąd też mnogość obrazów anatomicznych może być w gruźlicy kości niemal taka, jak w gruźlicy płuc, a i w samym przebiegu sprawy rozróżnićby można podobne

3 okresy o wolniejszym lub szybszym przebiegu: schorzenie początkowe (*incipiens*), rozwinięte (*confirmata*) i rozpadowe (*consummata*). Podział anatomiczny, określający charakter procesu, w niektórych przypadkach opierać się musi na cechach znian przeważających, pomijając inne, istniejące równocześnie. Najczęściej spotykamy tu wprawdzie postacie wytwórcze: rozwój gruźliczej tkanki ziarninowej, o przebiegu wybitnie przewlekłym, powolnym, w których postępowanie sprawy, serowacenie i niszczenie kości są wyrażone stosunkowo słabo, cechą zaś zasadniczą, przeważającą jest dążność do ograniczenia się sprawy i gojenia, t. zn. przechodzenia w postacie włókniste. Występować tu jednak mogą i procesy o charakterze raczej wysiękowym, przebiegające i posuwające się nieraz dość szybko, niemal ostro lub podostro, przechodzące w serowacenie, procesy rozpadowe, prowadzące do rozległego zniszczenia kości schorzeniem dotkniętej. Proces gruźliczy w tkance kostnej postępuje naogół powoli, niekiedy jednak schorzenie może mieć charakter bardziej rozlany i z mniejszą lub większą szybkością zajmuje znaczną część kości. Można więc według przebiegu schorzenia rozróżnić postacie gruźlicy kości przebiegające ostro czy podostro i przewlekłe, a ze względu na charakter anatomiczny sprawy — postacie ograniczoną (*circumscripta*) i rozlaną (*diffusa*). Jak długo proces toczy się wewnątrz kości — mamy do czynienia z gruźlicą zamkniętą; z chwilą powstania przetok gruźlica stała się otwartą. Patrząc na przebieg procesu w postaciach postępujących (*progrediens*) — stwierdzić możemy zatrzymanie się dalszego rozwoju sprawy (*stationaris*), a nawet cofanie się jej — proces naprawy zmian powstałych w kościach (*regrediens*): zwłóknienie szpiku, wapnienie: skredowacenie mas serowatych w kości i t. p. Mimo klinicznego jednak nawet wyleczenia sprawy nie zawsze mówić można o ostatecznym wyleczeniu biologicznym, niejednokrotnie bowiem w ogniskach skredowatych istnieć mogą prątki zjadliwe, a tem samem gruzełek odzyskać może swą utraconą czynność i wywołać nawrót cierpienia. Spotykamy więc w gruźlicy kości, podobnie jak i w płucach, ogniska czynne, nieczynne i utajone.

Proces gruźliczy może się usadawiać i toczyć w każdym miejscu trzonu kości długiej, bądź ograniczając się tylko do jednego odcinka lub do jednej tylko z części składowych trzonu, bądź przechodząc na części sąsiednie, a nawet obejmując cały trzon. Ze względu na to rozróżniamy szereg postaci anatomicznych względnie anatomo-klinicznych gruźlicy trzonów kości długich. Gruźlica trzonów kości może być albo następową, powstałą wskutek przejścia na trzon kości procesu usadowionego pierwotnie w nasadzie, albo pierwotną i umiejscawiać się może w przynasadowej części trzonu, w trzonie właściwym, w szpiku kostnym, w okostnej, wreszcie obejmować może wszystkie warstwy, a nieraz cały trzon kości. Słowo „pierwotna“ nie oznacza więc bynajmniej, że organizm nie posiada innych ognisk gruźliczych poza istniejącym schorzeniem trzonu, przeciwnie, przeważnie istnieją w tych przypadkach nieraz w innych kościach wcześniejsze ogniska kostne czy stawowe. Mówiąc o pierwotnej gruźlicy trzonu rozumiemy przez to, że proces w pewnej kości rozpoczął się w trzonie, czyli że punkt wyjścia jego nie znajdował się w sąsiedniej nasadzie i nie rozszerzył się stąd na trzon kości, wywołując powstanie wtórnej gruźlicy trzonu, podobnie jak przejście procesu gruźliczego ze stawu na nasadę daje wtórną gruźlicę nasady.

Istnieje kilka klasyfikacji poszczególnych postaci gruźlicy trzonów kości długich. Autorowie ich starają się uwzględnić przy podziale na grupy mniej lub więcej dokładnie charakter anatomiczny sprawy, punkt jej wyjścia i miejsce, w którym się proces toczy.

Gangolphe klasyfikuje gruźlicze schorzenia trzonów kości długich w sposób następujący:

1. Następowe gruźlicze schorzenie trzonów kości długich, powstałe przez przejście procesu z pierwotnego ogniska nasadowego.

2. Pierwotna gruźlica trzonu kości, usadowiona:

- a) w samym trzonie;
- b) w metafizie.

3. Proces gruźliczy usadowiony w okostnej lub w tkance kostnej podokostnowej.

4. Pierwotne gruźlicze zapalenie szpiku kostnego:

- a) ograniczone ogniska.
- b) sprawa rozlana z tworzeniem się martwaków.

Większość autorów francuskich używa podwójnego podziału: jeden określa to miejsce trzonu kości, w którym się proces rozpoczął względnie się toczy, drugi zaś przebieg i charakter anatomiczny sprawy. Ze względu na umiejscowienie rozróżnia więc:

1. gruźlicę metafizy,
2. gruźlicę warstwy zbitę trzonu,

3. gruźlicę okostnej,
4. gruźlicę szpiku kostnego.

Ze względu zaś na przebieg i charakter anatomiczny sprawy różni się:

I. Postacie ostre:

1. Ostre gruźlicze zapalenie kości (Kiener i Poulet), odpowiadające postępującemu nacieczeniu gruźliczemu kości według terminologii Königa.

2. Gruźlica prosówkowa kości.

II. Postacie przewlekłe:

1. Otorbione ognisko gruźlicze, ognisko granulacyjne (*tubercule enkysté* — Nélatona, *tuberculome* — Lannelonga).

2. Nacieczenie gruźlicze kości (Nélaton), odpowiadające nekrozie gruźliczej kości według terminologii Königa.

3. Gruźlica próchnica kości (*caries*):

- a) *caries simplex*,
- b) *caries sicca* (Volkmann),
- c) *caries cariosa* (König).

4. *Spina ventosa* kości długiej (Parrot).

Według niemieckiego podziału Reichela różni się trzy następujące grupy schorzeń:

1. Postępująca gruźlica trzonu, dołączająca się do pierwotnego schorzenia nasady lub stawu.

2. Pierwotna gruźlica zbitej warstwy trzonu bez równoczesnych zmian w nasadzie, lub nawet przy istnieniu tych zmian, pod warunkiem jednak, że obydwa procesy te będą od siebie niezależne. Proces przebiegać może pod kilku postaciami; jako:

- a) ogniska granulacyjne,
- b) martwaki,
- c) postępujące serowaciejące nacieczenie gruźlicze kości.

3. Właściwe pierwotne zapalenie gruźlicze szpiku kostnego:

- a) występujące pod postacią ograniczonych ognisk,
- b) zajmujące cały kanał szpikowy i prowadzące zwykle do powstawania martwaków.

Podział ten samym Niemcom wydawał się zbyt zawyłym i klasyfikacje Friedländera i Küttnera starają się go uprościć, uczynić bardziej przejrzystym i umożliwić jego zastosowanie w klinice.

Podział Friedländera:

1. Postępujące nacieczenie gruźlicze trzonu kości w znaczeniu Königa.

2. Ograniczone nacieczenie gruźlicze trzonu z tworzeniem się martwaków.

3. Centralne nacieczenie serowate trzonu bez makroskopowego tworzenia się martwaków (ognisko granulacyjne).

Podział Küttnera:

1. Pierwotna ogniskowa gruźlica trzonu (obejmuje również przypadki, w których ognisko powstało w metafizie i przeszło na trzon).

2. Wtórna postępująca gruźlica trzonu.

Wszystkie te podziały nie są pozbawione stron ujemnych. W klasyfikacji Reichela nie zostały uwzględnione przede wszystkim schorzenia metafizy i okostnej; nie wyodrębniono w niej również *spina ventosa* jako postaci szczególnej. Podział Friedländera jest zbyt lakoniczny, uznaje bowiem tylko dwie postacie pierwotnej gruźlicy trzonów: naciek gruźliczy bądź połączony z tworzeniem się martwaków, bądź też bez martwaków. Podobnie podział Küttnera wydaje się być zaczęty i niedokończony, różni bowiem tylko dwie postacie: wtórna i pierwotną gruźlicę trzonu i metafizy, nie wdając się w dalsze szczegóły. Podział Gangolpha nie uwzględnia wcale *spina ventosa* jako odrębnej postaci i jedynie w zapaleniu szpiku kostnego różni sprawę ograniczoną i rozlaną, jak gdyby wszystkie inne usadowienia gruźlicy w trzonie nie mogły również przebiegać pod temi dwiema postaciami. Wreszcie ostatni podział francuski dla uproszczenia sprawy oddzielił od siebie to, co należało połączyć: miejsce usadowienia procesu od jego charakteru anatomicznego, łącząc zaś przebieg z charakterem anatomicznym sprawy w podziale na postacie ostre i przewlekłe zalicza *caries cariosa*, która jak wiadomo ma przebieg ostry, do postaci przewlekłych dla utrzymania jej w grupie próchnicowej i miesza wtórne gruźlice trzonów z pierwotnymi i gruźlicą prosówkową kości.

Żadna z klasyfikacji nie uwzględnia wszystkich znanych postaci wtórnej gruźlicy trzonu. są one poza to zbyt krótkie, by objąć wszystkie znane postacie pierwotnej gruźlicy trzonu.

Klasyfikacja gruźlicy kości powinna obejmować równocześnie:

1. punkt wyjścia sprawy, względnie sposób, w jaki powstała.
2. miejsce, w którym się proces toczy,

3. charakter anatomiczny i właściwości przebiegu procesu,

4. wszystkie znane różnorodne postacie, pod jakimi toczy się może gruźlica trzonów kości długich.

Ponieważ żadna z istniejących klasyfikacji nie odpowiada całkowicie tym warunkom, proponuję następujący podział, którego trzymałem się w ogłoszonej niedawno monografii¹⁾.

Gruźlica trzonów kości długich:

I. Gruźlica prosówkowa kości.

II. Wtórna postępująca gruźlica metafizy i trzonu, dołączająca się do pierwotnego schorzenia nasady lub stawu:

1. Postacie ostre:

a) ostre gruźlicze zapalenie kości (Kiener i Poulet) czyli naciekowa postępująca gruźlica kości według terminologii Königa,

b) *caries cariosa* (König).

2. Postacie przewlekłe:

a) wtórne postępujące przewlekłe nacieczenie gruźlicze trzonu kości,

b) *caries sicca* (Volkmann) — postępująca próchnica nasady i trzonu.

III. Pierwotna gruźlica trzonu:

1. Gruźlica przynasadowej części trzonu (metafizy), przynasadowo-nasadowa, przynasadowo-trzonowa:

a) ogniskowa — otorbione ognisko gruźlicze,

b) rozlana — nacieczenie gruźlicze kości.

2. Gruźlicze zapalenie szpiku kostnego (*myelitis tbc*), gruźlicze zapalenie szpiku kostnego i kości (*osteomyelitis tbc*), postać jedno i dwubiegunowa (schorzenie rozpoczęło się równocześnie w obydwu metafizach):

a) zapalenie serowate (*osteomyelitis caseosa*),

b) postać granulacyjna (*osteomyelitis granulosa*); ograniczone ogniska granulacyjne i sprawa rozlana,

c) bliznowate zgrubienie kości (König) czyli „*eburnation tuberculeuse*“ (Lacourt).

3. Gruźlica warstwy zbitej trzonu (*ostitis tbc, osteoperiostitis tbc*):

a) ogniskowa — otorbione ognisko, jama kostna,

b) rozlana — nacieczenie gruźlicze kości.

4. Gruźlicze zapalenie okostnej (*periostitis tbc*), gruźlicze zapalenie okostnej i kości (proces z okostnej przeszedł na powierzchnię warstwy kości).

5. *Spina ventosa (diaphysitis tbc)*:

a) proces ograniczony (*circumscripta*),

b) sprawa rozlana (*pandiaphysitis tbc*).

6. *Ostitis multiplex tbc cavernosa* (Helfarth).

Ta ostatnia postać, niedawno opisana, analogiczna do *ostitis tbc. multiplex cystica* (Jüngling) kości krótkich, jest cierpieniem rzadkiem, o przebiegu dobrotliwym i usadawiać się może równocześnie w trzonach, metafizach lub nasadach kilku kości długich jednego osobnika.

Podział ten uwzględnia punkt wyjścia sprawy, lub też sposób, w jaki powstało schorzenie trzonu, dlatego różni on trzy oddzielne grupy: gruźlicę prosówkową oraz wtórna i pierwotną gruźlicę trzonu. Uwzględnia również punkt wyjścia sprawy przy schorzeniach trzonu nieograniczających się do jednego tylko odcinka lub do jednej tylko z części składowych trzonu, lecz przedochładających na części sąsiednie (gruźlica przynasadowo-nasadowa lub przynasadowo-trzonowa, gruźlicze zapalenie szpiku kostnego i kości, kości i okostnej). Podział określa wyraźnie miejsce, w którym się proces toczy i charakter anatomiczny sprawy. Podkreśla również charakter przebiegu procesu: ostry czy przewlekły — we wtórnej gruźlicy trzonu; w pierwotnej wszystkie postacie mają przebieg przewlekły z wyjątkiem gruźliczego zapalenia szpiku kostnego, którego zapalenie serowate może przebiegać ostro lub podostro. Klasyfikacja powyższa obejmuje 4 postacie, pod jakimi toczy się może wtórna gruźlica trzonu, podczas gdy inne podziały ograniczają się tylko do dwu. Uwzględnione w niej zostało „bliznowate zgrubienie kości“ Königa-Lacourta, gdyż, jakkolwiek jest ono tylko zejściem granulacyjnego gruźliczego zapalenia szpiku, przedstawia obraz tak odrębny, że powinno być uważane za oddzielną postać. Znalazła w niej miejsce również nowa postać — *ostitis tbc. multiplex cavernosa*, opisana niedawno przez Helfartha.

Natomiast klasyfikacja nie uwzględnia obecności czy braku martwaków ze względu na to, że niemal w każdej z poszczególnych postaci gruźlicy trzonu należałoby wprowadzić takie podziały. Wydaje mi się zresztą, że w klasyfikacji anatomo-kli-

¹⁾ J. Jasiński: Gruźlica trzonów i części przynasadowych kości długich. „Chirurgia narządów ruchu i ortopedia polska“. T. VI. Z. 1/2.

nicznej nie należy sprawy obecności czy braku martwaka stawić na ostrzu noża, już choćby z tego względu, że kliniczne nie stwierdzenie martwaka (na zdjęciu rentgenowskim) nie zawsze dowodzi jego braku. Zamiast tego należałoby może w przypadkach, w których obecność martwaka da się stwierdzić niezbicie, zaznaczyć to dodatkowo, podobnie jak wspomnieć można o istnieniu takich zwykłych powikłań, jak ropnia w częściach miękkich względnie przetoki.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Włodzimierz MIKUŁOWSKI.

Warszawa.

Niedomoga szpikowa o typie agranulocytozy Schultza u dziecka 4-letniego z następstwem zejściem po 1/2 roku w białaczkę.

Ze szpitala Karola i Marji dla dzieci w Warszawie.
Dyrektor: Prof. Dr. Władysław Szenajch.

Ryszard D. Nr. prot. 26839 lat 4, przybywa do szpitala dn. 7. XII. 1930 r. spowodu od 6 dni stopniowo narastającej gorączki, która 5. XII. doszła do 40°. Gorączce towarzyszą bóle głowy, nieznaczny kaszel, wymioty, zaparcie stolca. W sąsiedztwie panuje grypa. Dziecko żadnych chorób nie przeżyło. Ojciec potator. Zdrowy. Matka zdrowa, przeszła 2 poronienia sztuczne. Dwoje zdrowego rodzeństwa.

Dziecko o włosach blond, przytomne, blade, bardzo zmęczone nie może siadać o własnych siłach. Stosownie wielkie, o wadze nieco obniżonej 14.650 (zamiast 15.600). Skóra blada bez wykwitów. Na brzuchu i na podudziach skąpe potocie wielkości ziarna soczewicy. Temperatura 40,2°. Odczyn skórny Pirquet'a. Mantoux i na luotest ujemne. Brak stygmatów kiłowych. Na szyi, w pachach i pachwinach gruczoły wielkości prosa. Brak obrzęku gruczołów podszczękowych. Oczy, dno oka bez zmian. Z obu uszu wyciek surowiczy, słomkowy, zawierający gronkowca białego. Język wilgotny, nie durowy. Jama ustna wolna, migdałki wolne. Tętno: 132 na minutę. Oddechów: 32 na minutę. Na grzbiecie klatki piersiowej, ponad podstawą prawego płuca 2 palce wysokie przytłumienie wątrobowe przy ujemnym badaniu osłuchowym. Śledziona niemacalna, niepowiększona. Brzuch niebolesny na ucisk. Wątroba wystaje na 2 palce poprzeczne spod łuku żebrowego. Stolec wolny, częsty.

Krew: Hemoglobiny 42% (Sahli). Czerwonych ciałek 3.000.000. Białych ciałek 2.800, w tem 4% wielojądrazstych, 96% limfocytów. Płytek 32.000. Czas krwawienia 25'. Czas krzepnięcia 13'. Kurczliwość skrzepu dobra. Objaw Rumpel Leeden'a ujemny. Refraktometr: 1.3460 (5.84% białka). Próba Aldricha 30'. Odczyn Wassermanna krwi dziecka i rodziców ujemny. Odczyn zlepnego Widala na dur brzuszny i dury rzekome ujemny. Odczyn v. d. Bergha dwufazowy szybki. Ilość bilirubiny 1:50.000, mocznika 0.63‰, cukru 0.155‰. Odporność krwinek wzmożona. Całkowita hemoliza przy 0,28‰ roztworze soli.

Mocz: wykazuje dodatni odczyn dwuazowy, bardzo dodatni odczyn na urobilinogen, urobilinę, dodatnie próby na barwiki żółte, dodatnią próbę Hay'a na sole kwasów żółciowych, wzmożoną ilość kwasu moczowego 1.89‰, obniżenie chlorków 1.5‰, brak krwi utajonej, brak zmian patologicznych w osadzie.

Przebieg choroby:

Stan dziecka w najbliższych 5 dniach pogarsza się stopniowo spowodu postępującej utraty świadomości z bredzeniem, spowodu utrzymującej się na wysokości 40,2° gorączki ciągłej, spowodu łaknienia i wyraźnego upadku sił. Tętno gorzej napięte, przyspieszone 144. Oddech szybki 32. Dnia 9. XII. a więc w 3 dniu pobytu dziecka w szpitalu pojawia się żółtaczka skóry, twarzków i błon śluzowych, która nazajutrz wzmagą się i utrzymuje się do dn. 18. XII. przez tydzień. Stolce, które dziecko oddaje bezwiednie pod siebie, wolne, nieco odbarwione. Dnia 12. XII. delirja z podnieceniem szalowym i z próbami ucieczki z łóżka. W tymże dniu na obu migdałkach niewielkie odgraniczone naloty włóknikowe, o zabarwieniu porcelanowym, obok tego *stomatitis aphtosa*. Brak woni z jamy ustnej. Brak obrzęku gruczołów podszczękowych. Ponieważ w bezpośrednim preparacie z nalołów stwierdzono obecność maczugowców błonicych obok wrzeczionowców, zastrzyknięto dziecku mimo ujemnego wyniku posiewu surowicę przeciwbłoniczą i przeniesiono na oddział błonicy. Nazajutrz 13. XII. utrzymuje się jeszcze temperatura 39°, ale w następnych 6 dniach waha się na wysokości 38°. W 12 dniu po iniekcji surowicy występuje choroba surowicza z wysypką i z 4 dniową gorączką do 40° (między 25 a 29. XII.). Od 30. XII. do końca stycznia ciepłota normalna. Gardło oczyszcza się z nalo-

tów w przeciągu trzech dni. Wyciek z ucha od dnia przyjęcia t. j. od 7. XII. do 12. XII. włącznie surowiczy, jasny. W preparacie skąpe komórki jednojądrzaste i nieliczne gronkowce. Od 13. XII. wydzielina ropna, z każdym dniem obfitsza, zawiera komórki wielojądrazte i limfocyty.

Badanie uszu (Dr. Pieniążek) stwierdza obustronny brak błon bębenkowych, obrzmienie śluzówki, obnażenie trzonek młoteczków przy niebolesnych i niezmiennych wyrostkach sutkowych.

Równoległe ze spadkiem ciepłoty stan podniecenia psychicznego przechodzi najpierw w formę zalamowania i apatii a potem w okres pogodnego humoru. Biegunki, utrzymujące się przez pierwszy tydzień, ustępują a w miejsce uporczywej anoreksji rozwija się stopniowo apetyt, który od 20. XII. już stale jest dobry. Waga ciała przy przyjęciu 14.650 wzrasta stopniowo dochodząc w dniu 1. II. do 17.200. Dziecku przybyło 2.550 g w przeciągu 7 tygodni. Tętno, które od początku choroby przyspieszone 132—144 znajdowało się pod ciągłym działaniem digalenu, przybrało charakter niemiarywości w okresie choroby surowiczej. Arytmja przy częstości 84 uderzeń utrzymywała się jeszcze przez 3 tygodnie w okresie bezgorączkowym.

Krew.

W pierwszych 5 dniach od przyjęcia badana codziennie krew oprócz wspomnianego obniżenia liczby krwinek czerwonych do 3.000.000 przy poziomie hemoglobiny 42% (Sahli) wykazuje leukopenję do 2.500 ciałek białych. Obraz krwi 11. XII. 57% jednojądrzastych, 27% limfocytów, 2% wielojądrazstych i 8% zblakanych jąder komórek jednojądrzastych bez protoplazmy.

Nazajutrz po iniekcji surowicy przeciwbłoniczej t. j. w dniu 13. XII. kiedy się pokazał wyciek ropny z uszu, w obrazie krwi pojawiły się komórki wielojądrazte, wzrastając z wczorajszych 2% na 25% — (75% jednojądrzastych i limfocytów). Liczba białych ciałek wzrosła do 5.200. W 20 minut po iniekcji 0.5 cm³ adrenaliny 1:1.000 liczba białych ciałek podniosła się do 8.000 i procent wielojądrazstych wzrósł z 25% na 31%. Ten sam stosunek znacznego zwiększania się białych ciałek obserwuje się przez kilka dni zrzędu przy równocześnie mało zaznaczonej różnicy w ilości czerwonych krwinek (z 3.380.000 na 3.460.000) (z 2.180.000 na 2.450.000).

W pierwszych 5 dniach po anginie obserwuje się przy ustępującej leukopenii nasilenie anemii mianowicie: stopniowy spadek hemoglobiny z 42% na 27%, spadek liczby krwinek czerwonych z 3.000.000 na 1.920.000 (17. XII.). Wskaźnik zabarwienia trzyma się na wysokości 0.70 — 0.71. Refraktometr 1.3475 (6.79‰). Czas krwawienia 7 minut. Czas krzepnięcia 3 minuty.

We krwi chorego brak izolizyn (Aubertin) i brak autolizyn (Landsteiner, Donath). W obrazie krwi zaznacza się poikilocytoza, anizocytoza, polychromatofilia, zjawiają się w 1% normoblasty, zresztą wyraźne przesunięcie wzoru Schillinga na lewo z 38% pałeczkatych, 8% segmentowanych, 11% młodych, 6% myelocytów, 0.5% myeloblastów, 0.5% Türka i 36% limfocytów. Obserwuje się 19. XII. zjawisko anemii fagocytarnej (fagocyt pochłaniający krwinki czerwone — Malins, Van Nuyss, Barlett, Rowley). Aneozynofilia. Dopiero 29. XII. pokazały się pierwszy raz w 1% kwasochłonne komórki. Treść żołądkowa wykazuje w 45' po próbnym śniadaniu: wolnego kwasu solnego brak, ogólna kwasota 7.5. Refraktometr 1.3560. Przez 4 dni stosowane leczenie iniekcjami adrenaliny miało na celu nie tylko chęć wypłoszenia ze szpiku kostnego do krwiobiegu komórek białych, ale także chęć stłumienia objawów dyskretnej zaznaczonej na początku choroby skazy krwotocznej. I jeden i drugi cel został osiągnięty. Iniekcje adrenaliny przyczyniły się do zde-maskowania obwodowego charakteru anyelji szpikowej.

Wobec groźnego spadku hemoglobiny do 27% i krwinek czerwonych poniżej 2.000.000 zaaplikowano choremu energiczną kurację arsenikową w postaci t. zw. masła arsenikowego *Ac. arsen* 0.10 na 30 pigulek; kurację tę prowadzono od 18. XII. 1930. do 1. I. 1931 r. Obok arseniku zaczęto podawać w tym samym czasie żelazo w postaci proszków *Ferrum reductum* 0.1 dwa razy dziennie i wreszcie wątrobę surową lub smażoną w ilości 100—150 g dziennie.

Na skutek tego energicznego leczenia już następnego dnia t. j. 19. XII. wskaźnik hemoglobiny podniósł się z 27 na 31 a liczba czerwonych krwinek wzrosła do 2.500.000. 27. XII. hemoglobina 36%, czerwonych krwinek 3.000.000 (wskaźnik 0.60). 2. I. — 53% hemoglobiny, czerwonych krwinek 3.290.000 (wskaźnik 0.81).

Dnia 2. I. 1931. przy leukocytozie 16.000 obraz krwi stwierdza: 28% pałeczkatych, 12.5% segmentowanych, 13% młodych, 5% myelocytów, 3% myeloblastów, 0.5% metamyelocytów, 1% normoblastów, 12% jednojądrzastych, 24% limfocytów, 1% eozynochłonnych. Odczyn oksydazowy ujemny.

Dnia 12. I. przy leukocytozie 11.200, hemoglobiny 65%, czerwonych krwinek 4.100.000 rozmaz krwi wykazuje 21% pałeczkowatych, 35% segmentowanych, 10% młodych, 2% myelocytów, 7% jednojądrzastych, 24% limfocytów, 1% eozynochłonnych.

Dnia 21. I. 20% pałeczkowatych, 42% segmentowanych, 3% młodych, 7% jednojądrzastych, 27% limfocytów, 1% eozynochłonnych (Hb. 65%, czerwonych krwinek 5.280.000).

Dnia 28. I. Przy leukocytozie 7.700, 7% pałeczkowatych, 35% segmentowanych, 11% jednojądrzastych, 43% limfocytów, 4% eozynochłonnych. Hemoglobiny 70%. Czerwonych krwinek 5.300.000. Śledziona niemacalna. Wyciek z ucha trwa. Brak gruczołów, apetyt, humor dobry. Dziecku przybyło 2.500 g na wadze. Dziecko odchodzi dnia 1. II. wyleczone.

Rozpoznanie nasze brzmiało: Niedomoga szpikowa o typie agranulocytozy Schultza.

Rozpoznanie różniczkowe wymagało wykluczenia błonicy złośliwej, anginy Plauta Vincenta. Kształt nalołów, które się nie zlewały ze sobą i nie zachodziły na podniebienie, brak charakterystycznego zapachu z ust, brak obrzęku gruczołów podszczękowych, a nadevszystko brak charakteru dominującego samej anginy i wreszcie ujemny wynik bakterjologiczny posiewów przemawiały przeciw rozpoznaniu błonicy. Obecność maczugowców błoniczych w preparacie bezpośrednim u dziecka umieszczonego w szpitalu nie jest bynajmniej rzadkością i ma charakter raczej nosicielstwa, niż patogeny. W przypadku naszym mimo nieulegającego wątpliwości stanu ciężkiego zakażenia, toksemii i astenii nie chodziło o dur brzuszny; przeczył temu nagły początek i ujemny wynik badań bakterjologicznych i serologicznych. Nie była to również malarja, ani gruźlica, ani zakażenie pneumokokowe, jak wynika z obrazu klinicznego i z badań laboratoryjnych.

W przypadku tym wybijał się na pierwszy plan pod względem klinicznym stan ciężkiego zakażenia z wrotami wejścia w gardle, którego przebieg stał w bliskiej korelacji z obrazem krwi t. j. głównie z agranulocytozą i leukopenią. Odczyn narządów hemopoetycznych był skąpy, bo brak było adenopatji ogólnych, brak obrzęku śledziony, brak wybitnych objawów szczy krwotocznej. Ponieważ sprawie zakażno-toksycznej towarzyszyła martwica z umiejscowieniem w błonie bębenkowej ucha, żółtaczka i zmiany krwi niezwykle przez zmniejszenie się wybitne komórek ziarnistych, nasuwała się z konieczności potrzeba uwzględnienia w rozważaniach rozpoznawczych zespołu chorobowego agranulocytozy Schultza. Główna analogia nasuwała się w okoliczności zniknięcia granulocytów w krwiobieg na szczycie stanu zakażenia, kiedy wyciek z ucha był surowiczy — i w okoliczności pojawienia się tychże komórek w ślad po zropieniu wysięku usznego, i w ślad po ustąpieniu najgroźniejszych objawów astenii zakażno-toksycznej. Pomyślnie zakończenie incydentu chorobowego nie przemawiało przeciw naszej koncepcji.

Zdaniem szeregu autorów uchodzi naogół za rzecz pewną, że agranulocytoza może być wyleczalna. Świadczy o tem spostrzeżenie: Lautera, Christofa Nicolausa, Ehrmana, Preussa, Lipińskiego. W przypadkach tych spadek granulocytów jest tylko przejściowy, kilkudniowy i szybko ustępujący.

Agranulocytoza opisana przez Schultza nie jest jedyną okolicznością, w której się widzi współistnienie anginy martwiczkiej z brakiem komórek wielojądrzastych. Jest to klinyczna komplikacja anemii aplastycznej, aleukji i *panmyelophthisis* Franka, białaczki ostrej, postaci sub- i aleukemicznych (Naegeli, Mann, Sternberg, Herz, Hirschfeld, Dünner).

Należało różniczkować nasz zespół chorobowy z anemią ostrą aplastyczną, w której przebiegu jednak angina nie odgrywa takiej roli i w której liczba czerwonych krwinek spada zazwyczaj poniżej 1 miliona, w której brak normoblastów, brak poikilocytozy, polichromatofilji i anizocytozy. Przeciw t. zw. aleukji krwotocznej Franka przemawiał brak charakterystycznego krwawienia z podniebienia i szybka ewolucja choroby.

Demonstrując przypadek ten w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim dnia 17. II. 1931. a więc w okresie pełnego wyleczenia, interpretowałem przypadek jako postać t. zw. amyelji częściowej t. j. jako przypadek niedomogi szpiku kostnego w odniesieniu do granulocytów a więc niedomogi o typie agranulocytozy Schultza.

Aubertin i Lévy, Merklen i Wolf wykazali, że przypadki z symptomatologią typową Schultza są o wiele radsze, niż przypadki agranulocytozy objawowej i wtórnej.

Jak zespół azotemiczny odpowiada funkcji nerkowej, podobnie zespół agranulocytozy odpowiada funkcji szpiku. I jak zespół azotemiczny może być odosobniony, albo łączyć się z zespołem chloruremicznym, albo sercowo-naczyniowym, taksamo i zespół agranulocytozy może łączyć się z innymi niedomogami szpiko-

wemi. W odróżnieniu do amyelji częściowej niedomoga erytro- i trombocyto-poetyczna stanowi obraz amyelji całkowitej.

W naszym przypadku zespół agranulocytozy polegał: na ostrym gorączkowym infekcyjnym początku z odurzeniem, na anginie z surowiczym wyciekami z uszu, z martwicą błon bębenkowych, na wybitnej agranulocytozie, aneozynofji, trombopenji, żółtaczce z podnieceniem szalowem. Po zropieniu wysięku usznego w 6 dniu choroby zjawily się komórki ziarniste i nastąpiła rekonwalescencja, podczas której obraz krwi wykazywał przejściową anemię z objawami podrażnienia szpiku i układu hematopoetycznego. Jakkolwiek w przeciągu jednego miesiąca cały groźny dla życia incydent infekcyjno-hematologiczny można było uważać za zlikwidowany, to jednak rychła przyszłość wykazała, że choroba tylko pozornie ustąpiła na przeciąg pół roku, aby po upływie tego czasu pod nową postacią hematologiczną białaczki ostrej wystąpić i spowodować szybką śmierć.

Dalszy ciąg choroby i jej epilog:

Przez 6 miesięcy następujących po opuszczeniu szpitala 1. II. 1931. dziecko kilkakrotnie badane było kontrolnie i zachowywało się zupełnie zdrowo. W 7 miesiącu zapada w domu wśród anginy, po której rozwija się galopująco postępująca astenia, brak apetytu, bóle brzucha, wymioty. W ostatnim tygodniu rodzice zauważyli powiększenie gruczołów w pachwinach. Dziecko przybywa 30. VIII. 1931. do szpitala w stanie ciężkiej prostracji, woskowo blade, wyniszczone. Gruczoły szyjne nieznacznie powiększone, gruczoły podpałowe i pachwinowe wielkości orzechów laskowych w pakietach, obrzmiałe. Na skórze kończyn petocie wielkości 1 grosza do 20 groszy. Dziecko senne, zmęczone, wymiotuje. Migdały bardzo wielkie pokryte szaro-zielonkawym skąpym nalotem, język suchy obłożony. Wątroba sięga na 4 palce poniżej łuku żebrowego, śledziona sięga do wysokości pępka, twarda. Granica serca zachodzi na 2 palce poza linię sutkową lewą. Śmier skurczowy nad podstawą i nad koniuszkiem.

Badanie krwi stwierdza: hemoglobiny 10%, czerwonych krwinek: 910.000. Wskaźnik 0.55. Białych ciałek 52.000. Wzór: 96% limfocytów, 2% wielojądrzastych, 2% monocytów. Aneozynofilia. Poikilocytoza. Anizocytoza.

Preparaty i posiewy z gardła na błonicę ujemne, preparat i posiew z ucha wykazują obecność maczugowców błoniczych. Tego samego dnia nastąpiło zejście śmiertelne. Rozpoznano klinicznie: Epilog zespołu Schultza. *Lymphadenia spleno-adenica cum anaemia et lymphocytaemia. Tonsillitis chronica. Endocarditis. Otitis purulenta.*

Sekcja wykonana 1. IX. 1931. (Dr. Chodkowski): Przerost ekscentryczny i rozszerzenie całego serca. Hiperplazja znacznego stopnia wszystkich gruczołów limfatycznych całego ciała, układu limfatycznego podstawy języka i kiszki. Znaczący obrzęk śledziony. Obrzmienie wątroby. Barwikowe plamy przewodów pokarmowego. Znaczna niedokrwistość. Punkcikowate wynaczynienia skóry, miedniczek nerkowych, pęcherza moczowego, jelit, jamy ustnej, wsierdza, opłucnej, płuc. Hiperplazja migdałów. Szpik kostny czerwony.

Badanie mikroskopowe wycinków z wątroby, nerek, gruczołów limfatycznych śledziony i szpiku kostnego wykazało obecność skupień młodych komórek krwi w tkankach wymienionych narządów. Ze względu na brak ziarnistości w zarodki schulek (Giemsa) oraz ujemny odczyn oksydazowy (metoda W. Schultze'go) uważamy je za pochodne linii limfocytarnej i rozpoznajemy białaczkę limfatyczną. Podpisano: Dr. Półtorzycka

Lauter, Bantz, Zadek, David, Feer przytaczają przypadki, w których ubytek czerwonych krwinek i płytek, reakcja myoblastozy, metaplazji, ognisk infekcyjne śródpiersia, lub posiew krwi dodatni, zmuszały do tego, aby na miejsce diagnozy agranulocytozy raczej rozpoznawać anemię aplastyczną, lub hipoplastyczną, białaczkę ostrą, lub posocznice.

Zadek wyraźnie sprzeciwiał się koncepcji Schultza. Dla niego agranulocytoza jest tylko zespołem chorobowym, specjalnym odczynem ustroju niedysponowanym na jakąkolwiek infekcję. „Niema autonomicznej agranulocytozy ani anginy agranulocytarnej — jak chce Friedemann, ale jest posocznica agranulocytarna“.

Chodziłoby tylko o to, co jest przyczyną zniknięcia elementów ziarnistych: leukoliza granulocytów krążących? Wybiórcze uszkodzenie tych elementów i ich postaci rodzicielskich w szpiku? Czy może jakaś zapała, która stoi na przeszkodzie do tego, aby się one dostały do krwiobiegu?

W przypadku Davida stwierdza się sprzeczność, której interpretacja jest bardzo trudna. Za życia anemja, aleukja, trombopenja krwi krążącej przypominały obraz anemji aplastycznej — tymczasem na autopsji różne elementy szpiku kostnego okazały się pod każdym względem normalne.

Obserwacja Schaefera wykazuje istnienie pokrewieństwa agranulocytozy i postaci aleukemicznych ostrej białaczki.

Człowiek 46-letni, cierpiący od roku na bóle w krzyżach, zapada nagle wśród astenji, zawrotów, bicia serca i żółtaczki. Wkrótce potem gorączka i bóle gardła. W 8. dniu choroby przy temperaturze 39,5° stwierdza się owrzodzenia na obu migdałkach i na dolnej powierzchni języka, umiarkowane ale bolesne powiększenie gruczołów szyjnych. Brak maczugowców błonicych. Śledziona nieco powiększona, białkomoc, waleczki ziarniste. Znaczna biegunka. We krwi: 2.170.000 czerwonych krwinek, hemoglobiny 35%, białych ciałek 850, limfocytów 94%, wielkich limfocytów normalnych 4%, wielkich mononuklearnych 2%, brak wielojądrazystych. Zastosowano leczenie neosalwarsanem dożylnie. Owrzodzenia zablizniają się, gorączka opada. Liczba białych ciałek wraca do normy: w przeciągu 4 dni podnosi się do 3.250, w niecałe 2 miesiące 7.950. Pojawiają się eozynochłonne podobnie jak i obojętnochłonne. Procent wielojądrazystych podnosi się do 50%. Chory wydaje się być wyleczony i rozpoznanie skłania się do agranulocytozy. Jedyne zbyt intensywne anemja, która towarzyszyła chorobie, stanowi objaw nieco niepożądany dla rozpoznania.

W 5 tygodni potem chory wraca do szpitala z astenią i z gorączką. Podniebienie i gardło wykazują plamy krwotoczne. Wątroba i śledziona są powiększone. Badanie krwi wykazuje: czerwonych krwinek 5,260.000, hemoglobiny 82%, białych ciałek 70.100, myeloblastów 79%, limfocytów 15%. Chorego zabrano z objawami ostrej białaczki. Autopsji nie wykonano. Chodziło więc o chorego, który zdawał się być wyleczony z agranulocytozy, a który umarł w 3½ miesiąca potem na ostrą białaczkę.

Obserwacja ta budzi zagadnienie powinowactwa możliwego między agranulocytozą Schultza i postaciami aleukemicznymi białaczki. To powinowactwo z białaczką nie rzuca światła na patogenzę cierpienia. Wykazuje jednak, jak trudno jest takie przygadki objąć ścisłą klasyfikacją i jaką ostrożność należy zachować w opisie nowych chorób autonomicznych w zakresie hematologii.

Streszczenie.

Opis przypadku niedomogi szpikowej o typie agranulocytozy Schultza u chłopca 4-letniego z ostrym gorączkowym początkiem, z odurzeniem, z anginą, z surowiczym wyciekaniem z uszu i martwicą błon bębenkowych, z wybitną agranulocytozą, aneozynofilią, trombopenją, żółtaczką i z podnieceniem szalowym. Po zropieniu wysięku usznego, w 6. dniu choroby, pojawienie się granulocytów. Następową rekonwalescencją. Przez 6 późniejszych miesięcy dziecko zupełnie zdrowe. W 7. miesiącu zapada wśród objawów szybko postępującej anemji i astenji i w stanie agonizującym przybywa do szpitala, gdzie w kilka godzin po przyjęciu umiera. Obraz krwi wykazywał typową białaczkę limfatyczną potwierdzoną przez wynik sekcji. Jest to przypadek analogiczny do opisanego przez Schaefera.

Piśmiennictwo:

1) R. Bantz: Münch. med. Woch. 1925. S. 1200. — 2) Benhamou: Annales de Méd. Nr. 2. 1930. — 3) W. David: Mediz. Klin. 1925. S. 1229. — 4) Mikułowski Wł.: Medycyna. Nr. 8. 1931. — 5) D. Mouzon: Presse Méd. 1926. p. 1269. — 6) R. Schaefer: Deut. Arch. f. klin. Med. 1926. T. CLI. S. 191. — 7) W. Schultz: Deut. Med. Woch. 3. XI. 1922. S. 1495. — 8) Tempka: Pol. Arch. M. Wew. T. IV. Z. 4. 1926. — 9) J. Zadek: Mediz. Klin. 1925. S. 694.

Apolinary REJCHMAN i Michał ŻARNOWER. Warszawa.

Przyczynę do leczenia dychawicy oskrzelowej i pokrewnych stanów chorobowych.

Z oddziału chorób wewnętrznych Szpitala na Czystem.
Ordynator: G. Lewin.

Piśmiennictwo lekarskie o leczeniu dychawicy oskrzelowej staje się coraz obszerniejsze. Głównie omawiane jest w niem leczenie przyczynowe tego schorzenia. Ostatnio jednak i leczenie farmakologiczne objawowe stanowi temat prac wielu autorów.

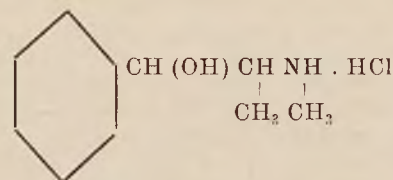
Doniedawna jeszcze najważniejszym środkiem farmakologicznym w leczeniu dychawicy oskrzelowej i pokrewnych stanów chorobowych była adrenalina. Stosowanie jednak tego środka związane było z całym szeregiem niedogodności, któremi były: znaczna toksyczność, krótkotrwałość działania, przykra dla chorych konieczność wstrzykiwań podskórnych, oraz występujące często objawy uboczne (uczucie gorąca, kołatanie serca, nadmierna pobudliwość).

Nic też dziwnego, że celem badaczy oddawna było znalezienie środka leczniczego, pozbawionego ujemnych stron adrenaliny. Środkiem tym okazała się efedryna, stosowana dawniej wyłącznie jako *mydraticum*.

Aczkolwiek podobieństwo chemiczne obydwóch środków było znane, nowsze dopiero badania, przeprowadzone w latach 1924—1925 przez Chen'a i Schmidt'a w Pekinie i Naegela w Wiedniu, wykazały również podobieństwo działania fizjologicznego.

Dalsze badania Kömmerera, Dorer'a, Polack'a, Robitschek'a i innych autorów wprowadziły ten środek do medycyny wewnętrznej i chirurgii.

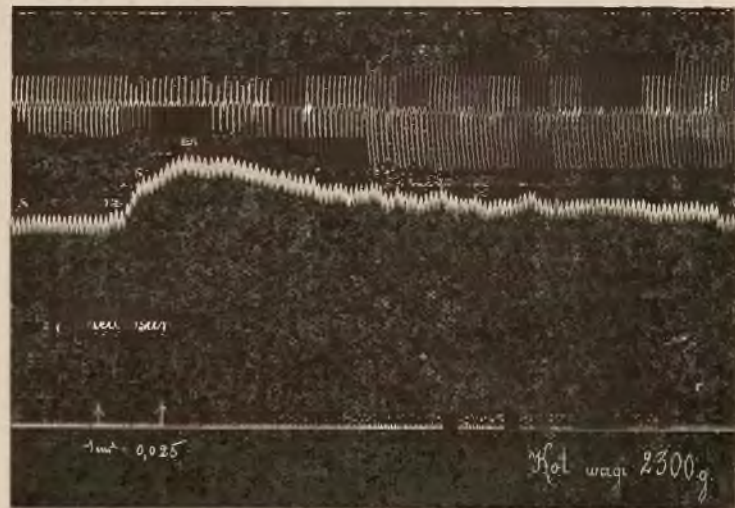
Efedrynę otrzymywano jako wyciąg z rośliny *Ephedra vulgaris*. Obecnie syntetycznie wytwarzają ją w Niemczech, zarówno jak i jej pochodną sól — chlorowoderek efedryny, optycznie nieczynny pod nazwą efetoniny. W Polsce ostatnio udało się wyprodukować chlorowoderek efedryny lewoskrętnej. Środek ten w handlu znajduje się pod nazwą „*ephedrosan*”. Jest to biały proszek łatwo rozpuszczalny w wodzie, słabiej w alkoholu, nierozpuszczalny w eterze, o c. cząst. 201,5, o skręcalności — 36,66°, o punkcie topl. 186° — 187°. Wzór jego strukturalny jest następujący:



Efedrosan, podobnie jak adrenalina podnosi parcie krwi, rozluźnia skurcz mięśniówki oskrzeli, drażni ośrodek oddechowy. Nad adrenaliną ma tę przewagę, że podwyższone parcie krwi utrzymuje się dłużej, można go stosować doustnie, jego wodne roztwory są odporne na działanie temperatury i światła.

Fizjologiczne działanie efedrosanu zbadane zostało przez nas wspólnie z Dr. Gedroyciem na zwierzętach.

Dla ilustracji podajemy dwa wykresy doświadczeń na kocie i króliku w uśpieniu uretanowym.



Wykres I.

Wykres I. U kota wagi 2300 g po dożylnym wstrzyknięciu 1 cm³ 2,5% roztworu efedrosanu widziny dość szybko, lecz łagodne wzniesienie się ciśnienia krwi, utrzymujące się przez czas dłuższy. Jednocześnie wychylenia oddechowe powiększyły się.

Wykres II. Królikowi wagi 2000 g wstrzyknięto dożylnie 1,75 cm³ acetylcholino (1:5000). Obserwujemy natychmiastowy spadek ciśnienia krwi z 84 mm Hg do 10 mm Hg, oddech wskutek skurczu mięśniówki oskrzelików po krótkim czasie zupełnie ustaje, akcja serca zostaje całkowicie zatrzymana. Po 15 sekundach zahamowanej akcji serca i oddechu wstrzyknięto 2 cm³ 2,5% roztworu efedrosanu, natychmiast po wstrzyknięciu praca serca rozpoczyna się ponownie, oddechy wracają, przyczem rozpiętość ich jest prawie dwukrotnie większa, niż przed zatruciem acetylcholiną.

W obserwacjach szpitalnych stosowaliśmy efedrosan w przypadkach dychawicy oskrzelowej, przewlekłego nieżyty oskrzeli, rozemdy płuc, gruźlicy z nieżytem oskrzeli i t. p. Na zasadzie spostrzegania 24 chorych stwierdziliśmy, że w większości przy-

Bad. fiz. stwierdza się nad klatką piersiową odgłos wypukowy pudełkowy zwłaszcza w dolnych częściach. Okolica nadgrzebieniowa — lekkie skrócenie wypuku, szmer oddechowy pęcherzykowy nad szczytami szorstki, w dolnych częściach płuc pojedyncze rżenia drobnobańkowe, tony czyste, nad tętnicą płucną drugi ton zaakcentowany. Plwocina w czasie napadu — węzownice Curschmanna.

Rozpoznanie: *tbc. fibrosa-diffusa, emphysema pulm, asthma bronchiale*. Zastosowano efedrosan w chwili wystąpienia napadu — napad ustępuje po pół godzinie (przypadek obserwowany ambulatoryjnie).

Przypadek VIII: N. M., l. 35, lekarz. Narzeka na silne przemęczenie i ogólne osłabienie po niewielkich wysiłkach fizycznych. Bad. fiz. w narządach wewnętrznych zmian nie stwierdza. RR 105/75 Rozp. — *Hypotonia*. Po zażyciu efedrosanu 2 razy dz. po 0,025 po kilku dniach samopoczucie uległo poprawie, zdolność do pracy zwiększyła się. RR 120/85.

Z powyższego możemy wnioskować, że „efedrosan“ — Spiess:

1) przynosi niewątpliwą ulgę chorym dusznicowym w ich cierpieniach;

2) wywiera wpływ na ciśnienie krwi naogół łagodny, w wyjątkowych tylko przypadkach nadmierny;

3) w przypadkach przez nas obserwowanych nie wywołał żadnego ujemnego wpływu na stan zdrowia;

4) naogół działał wyraźnie w czasie stosowania, po odstawieniu zaś tego środka w poszczególnych przypadkach dalszy przebieg schorzenia był łagodniejszy.

5) należy do leków szybko działających leczniczo w dychawicy oskrzelowej;

6) w nadciśnieniu, zarówno samoistnym jak i wtórnym stosować należy ostrożnie pod ścisłą kontrolą parcia krwi;

7) podnosi specjalnie ogólne samopoczucie oraz sprawność fizyczną w stanach hipotonicznych (*hypotonia constitutionalis et secundaria*);

8) okazał się skutecznym na materiale naszym w przypadkach nie tylko dychawicy oskrzelowej, ale i w przewlekłych niezbyt ciężkich z wtórnymi stanami bronchospastycznymi, w gruźlicy płuc powikłanej niezbyt ciężką oskrzelką;

9) działa analogicznie jak stosowana dawniej przez nas efedryna;

10) stosowany jest doustnie w dawce normalnej 0,025 2, 3, 4 razy dz., a więc dwa razy mniejszej niż odpowiednia dawka efetoniny.

Piśmiennictwo:

St. Klejn: P. G. L. 1922. Nr. 45, 46, 47. — Białokur: Lekarz Wojskowy 1927. — Grossfeld: P. G. L. 1927. Nr. 2, 3. Jezierski: P. A. M. W. 1927. — Szour: W. C. L. 1931. Nr. 1, 2, 10, 11. — Szour. Kw. Kl. 1926 T. III. — Kammerer i Dorrer: M. m. W. 1926, Nr. 42. — Taka'cs: W. Kl. W. 1928, Nr. 39. — Petow i Witkower: M. m. W. 1927. Nr. 18. — Hesz: M. m. W. 1926. Nr. 41. — Pollak i Róbitschek: M. Kl. W. 1926. Nr. 26.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Jeszcze o Krynicy.

Przed rokiem pisałem o Krynicy w Polskiej Gazecie Lekarskiej. Obecnie podaję garść świeżych spostrzeżeń.

U wjazdu do Krynicy bardzo korzystne zmiany. Dworzec kolejowy rozszerzono w sposób bardzo pomysłowy, stwarzając wygodne i pełne smaku poczekalnie, kasy i restauracje. W robocie jest duży plac dworcowy, który zapobieży dzisiejszym trudnościom przy ustawianiu się i wymijaniu dorożek. Można twierdzić, że sprawa dworca kolejowego w Krynicy jest rozwiązana najzupełniej zadowalniająco.

Z nowości są dalej do zanotowania prace około nowoczesnego urządzenia źródeł Jana i Józefa. W kompleksie terenów kąpieli powietrznych i słonecznych urządzono betonowy basen do pływania, 1,10—1,70 głęboki, o powierzchni 12,5×25; goście, dość licznie odwiedzający basen, żalą się na ciasnotę i na zbyt szorstkie, urażające stopy dno basenu.

Prace około hotelu zakładowego postępują w nader powolnym tempie. Gmach wyłania się na tle zieleni parkowej; szczególnie pięknie przedstawiają się części górnych pięt wyprawione na kolor jasny. Budynek odsłonięto częściowo przez zburzenie

domu „Zamek“, otoczenie ogrodzono i rozpoczęto regulację stoku góry parkowej poza hotelem. Niewątpliwie, po ostatecznym wykończeniu, będzie to imponująca ozdoba Krynicy.

Ze szczególnym zainteresowaniem spoglądają goście kąpielowi na mury wspaniałego pensjonatu, który buduje Jan Kiepura przy ul. Pułaskiego, pod godłem „Patria“.

Nowe łazienki, zbudowane na miarę europejską, są miłe oku przybysza. Szkoda, że zapomniano o wentylacji kabin, co odczuwa się szczególnie dlatęgo, że kabiny bywają silnie ogrzewane parą a wszelkie próby regulowania dopływu pary do radiatorów zawodzą. Rażą gościa przybyłego do kąpieli takie np. słowa: „U nas się zmienia prześcieradło co dwie godziny“ — innymi słowy: tylko co drugi gość dostaje do kąpieli czyste prześcieradło.

Przy ul. Marszałka Piłsudskiego urządza się stanowisko dla pojazdów. Górna część tej ulicy jest fatalnie zabudowana, zaśmiecona i wonieje wcale niemiłe. Ten stan rzeczy uprzykrza gościom odwiedzanie parku Słotwińskiego i małego ale sympatycznego zwierzyńca tam pomieszczonego.

Pod względem zabudowania Krynicy grzeszono wiele już dawniej — ale nie wiele mniej w czasach ostatnich: buduje się, jak kto chce, bez linii regulacyjnej, bez względu na potrzeby komunikacji. Trzeba istotnie podziwiać zręczność dorożkarzy, którzy na zapomnianych przez władzę wężynach i zaułkach krynickich jeżdżą bez wypadków. Chodniki płytkowe w niektórych miejscach są zbyt wąskie, a gdzieśgdzie ich wcale nie ma, toteż po dłuższej trwającym deszczu trzeba brnąć w błocie, niczem w Płpidówce. O stanie głównych dróg jezdnych w Krynicy Zdroju i Krynicy Wsi mieliby dużo do opowiedzenia automobilisci.

Ścieżka wzdłuż potoku Kryniczanki, stanowiąca ważną linię komunikacyjną na przestrzeni od parku Słotwińskiego do Krynicy Wsi, nie uległa poprawie, jakby się spodziewać należało, ale dalszemu pogorszeniu: pobudowano na niej nowe przeszkody, chodnik uległ dalszemu zniszczeniu tak, że chodzącemu tą ścieżką osobnikowi grozi potknięcie lub poślizgnięcie się i upadek do potoka.

O urządzeniu ścieżek dla pieszych wzdłuż głównych dróg, bardzo uczęszczanych przez samochody i dorożki konne — a także przez spacerujących, nie pomyślano; kto się wybrał jakąkolwiek drogą poza obręb centrum zakładu, jest narażony na nieustanne niepokojenie pojazdami i nieznośny pył. A przecie wartoby pomyśleć o tych licznych gościach, którzy muszą używać drogi w kierunku Powroźnika czy Tylicza, a których nie stać na opłacenie wchikułu.

Przeżyłem w Krynicy dwa niezwykłe wypadki. Oto pewnej niedzieli odbywał się festyn i około południa — dla uświetnienia zabawy — zamknięto przejazd główną ulicą, a wtedy goście po kąpieli borowinowej (zdarzenie konkretne), wśród ogromnego upału, musieli iść piechotą i dobywać ostatka sił. Myślę, że stało się to chyba bez wiedzy zarządu. — Innego znowu dnia przeżyłem mały alarm pożarowy w jednym z pensjonatów. Popisu straży pożarnej przy tej sposobności złożonego wołę bliżej nie opisuję.

Ścisł przy źródłach w pewnych porach dnia (według mojego doświadczenia) był w roku bieżącym jeszcze większy, aniżeli w roku przeszłym. Obrzydza on w wysokim stopniu pobyt w Krynicy; znam liczne osoby, które dlatęgo omijają Krynice, że to, co się dzieje tutaj przy źródłach, jest dla nich nie do zniesienia. Ale zarządowi to nie zakłóca spokoju.

O budowie szpitala, tak bardzo a bardzo potrzebnego, nie słyhać wcale.

Brak dbałości o gościa ze strony zarządu uderza na każdym kroku a często gość odnosi wrażenie, że jest zaledwie tolerowany w uzdrowisku.

Adolf Kuhn (Lwów).

BIBLIOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach. Piśmiennictwo polskie.

Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej. T. XI. Z. 3. M. Franke: Patogeneza duszniczy bolesnej (angina pectoris). — M. Semerau-Siemianowski: Klinika dławicy piersiowej (angina pectoris). — Z. Radliński: O próbach chirurgji wkroczenia w dziedzinę duszniczy bolesnej. — T. Tempka: Patogeneza „niedokrwistości złośliwej“. — R. Rencki: Niedokrwistość złośliwa (Anaemia pernicioza Biermeri).

Przegląd Dentystyczny. Nr. 4. 1933. M. Brzeziński: Po-
stępy zębolecznictwa zachowawczego w XX w.

Therapia Nova. Nr. 7. 1933. A. Kiciński: Trudności i wąt-
pliwości w rozpoznawaniu wrzodu dwunastnicy.

Przegląd Zdrojowo-kąpielowy. Nr. 7. 1933. C. Polto-
wicz: La renaissance physique.

Polozna. Nr. 7—8. 1933. A. Łuszczkiewicz-St. No-
wak: Odpowiedzialność moralna, cywilna i karna położnej
w jej zawodzie. — St. Mączewski: W sprawie artykułu Dr.
Maurera „Akuszerki w świetle swego zawodu i partactwa leczni-
czego”. — W. Gackowa: Za winy niepopelnione. — F. Cie-
szyński: Opieka nad zdrowiem wsi. — H. Newlińska:
O zamartwicy noworodków.

Lekarz Polski. Nr. 8. 1933. K. Dąbrowski: Organizacja
międzynarodowa higieny psychicznej. — A. Kaczyński: Ku-
racja zdrojowa w Solcu w świetle nowszych poglądów. — E.
Czarnecki: Podstawy racjonalnego wychowania fizycznego.

Medycyna. Nr. 15. 1933. J. K. Oko: Wartość kliniczna me-
tody Althausena. — M. Segal: Wartość kliniczna wykrywania
deuteroporfiryny w stolcu. — M. Dziewanowski: Zaburze-
nia wątrobowe w chorobach nerek. — J. W. Grott: Cukrzyca
i ciąża.

Medycyna. Nr. 16. 1933. St. Januskiewicz: Znaczenie
badania radiologicznego w rozpoznawaniu i leczeniu wrzodu żo-
łądka. — J. W. Grott i Z. Skotnicki: Spostrzeżenia nad
powikłaniem cukrzycy ciążą. — B. Rajpert: Przypadek po-
socznicy gronkowcowej z ropniami mnogimi (septicopyaemia
staphylococcica) o 5 miesięcznym trwaniu; leczenie szczepionką
swoistą; wyzdrowienie. — N. Prylucki: Wyjątkowych roz-
miarów sieć żył skórnych, jako szczęśliwe zejście przeszkód
w krążeniu żylnym. — M. Nusbaum: Etiologia i terapia gość-
ca stawowego.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 33—34. 1933. Z.
Srebrny: Maksymilian Flaum. Wspomnienie pozgonne. — M.
Biro: Mowa pogrzebowa nad trumną Maksymiliana Flauma. —
L. Zamenhof: W sprawie patogenezy głuchoniemoty wogóle
i żydów w szczególności.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 35. 1933. M. Broni-
szówna: Enzymy, ich znaczenie i klasyfikacja.

OCENY.

Technika leczenia złamań. LORENZ BOEHLER. Tłumaczenie
z niemieckiego 4 wydania T. Sokołowskiego. 1933. Skład
główny w Admin. „Lekarza Wojskowego”. Str. 685. Cena 50 zł.

Wśród różnych gałęzi specjalnych oddzielających się od
pnia chirurgii (ortopedia, urologia, laryngologia, chirurgia este-
tyczna) znalazła się *chirurgia urazowa wzgl. wypadkowa*. Dział
ten skupił z konieczności wielu pracowników podczas wojny;
powstały nowe pomysły, wydobyto stare spod kurzu biblijo-
tek. Zdrowie ludzkie było jednak w tym okresie zbyt mało ce-
nione a kalectwo zbyt częste i zwyczajne. Dopiero ubezpiecze-
nia społeczne obliczyły, jak wiele kosztuje uszkodzona kończy-
na i to nie tylko w czasie leczenia, ale przez długie lata wy-
płacania renty inwalidzkiej. Powstały specjalne oddziały wy-
padkowe szpitalne, ukazały się czasopisma tylko tej gałęzi po-
święcone, różne uniwersytety zastanawiają się nad utworzeniem
specjalnych katedr, a przynajmniej habilitują docentów chi-
rurgii urazowej. Zrozumiano, że pogardzana doniedawna w wiel-
kich zakładach chirurgicznych „mała chirurgia” urazowa ma
ogromne znaczenie społeczne i gospodarcze. Z drugiej jednak
strony gwałtowne przerabianie jej na „wielką” i zbyt pochopne
operowanie okazało, że pomysłowo zeszyte kości nie chciały
się lepiej zrastać a dziesiątki posiedzeń w różnych zakładach
zanderowskich i fizjoterapeutycznych kosztowały dużo, nie wra-
cały jednak chorego dość szybko do zdrowia. Maszyna pomoc-
nicza nie chciała pracować w zastępstwie lekarza i chorego.

Böhler przerobił osobiście szpitale wojenne, inwalidów
i lecznictwo w ubezpieczalniach. Zebrane doświadczenie wydało
jedynie w swoim rodzaju rozdziały w jego książce jak np.
„Szkodliwe następstwa nadmierne nowoczesnego szpitala”. Od-
straszające przykłady z lecznictwa urazowego pochodzą wpraw-
dzie z terenu Austrii, tak są jednak nam bliskie i dobrze znane,
że w tłumaczeniu polskim robią zupełnie wrażenie rodzinnych.

B. ujął leczenie złamań w system prosty budowany z że-
lazną konsekwencją na zasadzie studiów z fizjologii i patologii
narządów ruchu. W technice B. podstawą jest szczegółowe roz-
poznanie uszkodzenia według zdjęć rentgenowskich. Zasadą jest

ręczne nastawienie złamań i opatrunków gipsowy bez podściółki po
 kontroli rentgenowskiej; dla poszczególnych typów uszkodzeń,
 gdzie nastawienie ręczne zgóry jest niedostateczne, korzysta
 z nowoczesnych wyciągów drucianych, aparatów śrubowych,
 względnie odrazu wykonuje zabieg krwawy. Warunkiem powo-
 dzenia jest długotrwałe i bezwzględne ustalenie przy stałym uży-
 waniu uszkodzonej kończyny z pełnym wyzyskaniem ruchów we
 wszystkich stawach nieobłątych opatrunkiem unieruchamiającym.

W ten sposób zostały w książce B. należyście związane
 wszystkie racjonalne metody leczenia urazów kończyn, które
 dotychczas chodziły luzem. *Bezwzględne ustalenie* bardzo trudno
 było pogodzić z *uruchamianiem stawów*, a długotrwałe opa-
 trunki gipsowe aż do *zrostu kostnego z wczesnymi ruchami*. Za-
 kład terapii fizykajnej zachował swoje pomocnicze znaczenie,
 przestał być jednak świątynią, gdzie szukał często nadaremnie
 pocieszenia niefortunny chirurg i nieszczęśliwy pacjent.

Dzielo B. doczekało się już 4 wydania niemieckiego i tłumaczeń
 na język angielski, francuski, hiszpański i włoski. Wielką
 zasługą Sokołowskiego jest wydanie polskie. Tłumacz od-
 dał doskonale jedyny styl B., użył naogół szczęśliwego mia-
 nownictwa i włożył ogrom pracy i kosztów w swą książkę.
 Rysunki odbite są bez zarzutu, ale rentgenogramy pozostawiają
 bardzo wiele do życzenia; książka traci na tem poważnie i brak
 ten musi być usunięty przy następnym wydaniu. Dzieło to winno
 być z urzędu wprowadzone do wszystkich zakładów chirurgicz-
 nych Kas Chorych i szpitali wojskowych i cywilnych. Powinno
 być dostępne dla każdego słuchacza chirurgii. Niezapoznanie się
 z niem stanowiłoby lukę w wykształceniu każdego chirurga.

K. Czyżewski (Lwów).

*Zbiór orzeczeń sądowych w zakresie ustawy o obowiązko-
 wem ubezpieczeniu na wypadek choroby*. Tadeusz LAWENDEL.
 Radca ministerjalny w Min. op. społ. Warszawa 1933 r. Stron 293.

Zbiór orzeczeń najwyższych instancji sądowych na tle oby-
 wiającej ustawy z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkiem ubez-
 pieczeniu na wypadek choroby opracowany bardzo przystępnie,
 zebrany w jedną całość, udostępnia szerszemu ogółowi zrozu-
 mienie postanowień ustawy. Zbiór składa się z 2 części, z któ-
 rych pierwsza obejmuje tezy, kolejno ponumerowane i ułożone
 według działów i artykułów, druga zaś uzasadnienia oparte na
 orzeczeniach Najwyższego Trybunału Adm., Sądu Najwyższego
 i Trybunału Kompetencyjnego. Orientacja bardzo łatwa dzięki
 wprowadzeniu odpowiedniej numeracji i skorowidzów.

Dźwiżyński (Lwów).

*Les rythmes et la vie. Groupe lyonnaise d'études médicales,
 philosophiques et biologiques*. LITRAIRIE LAVANDIER. Lyon.

Pod tym ponętnym tytułem ogłosiła grupa lekarzy lionskich
 szereg artykułów z dziedziny chemii ogólnej, astronomii, mikro-
 biologii i fizjologii, w których starała się wykazać, że w zia-
 wiskach należących do każdej z tych nauk, przejawiać się może
 rodzaj zmian, które autorzy nazywają rytmem. Oczywiście nie
 wszędzie dało się to jednak przekonywująco wykazać. Rytm
 chemiczny i astronomiczny, rytm w życiu drobnoustrojów za-
 pewnie mogły być inaczej nazwane. Można by również wątpić,
 czy wpływ gwiazd na przejawy fizjologiczne jest tak wyraźny,
 jak tego chce pan Dr. Duprat z Genewy. Wszelako zebrane
 w tem dziełku artykuły dają niejako przegląd obecnego stanu
 nauk wyżej wymienionych i choć trochę ogólnikowo i pobieżnie
 przedstawiają ostatnie wyniki badań.

Jest to książka raczej popularna i przeznaczona dla wy-
 kształconej publiczności, a nie dla lekarzy czy specjalistów. Nie
 przynosi nic nowego ani nie stanowi pewnej całości filozoficz-
 nej. Jest zbiorem poglądów zebranych z rozmaitych dziedzin i ze-
 branych z rozmaitych punktów widzenia. Posiada jednak duże
 zalety jasności stylu i umiejętności przedstawienia sprawy bez
 wdawania się w zbyteczne szczegóły. Książka — jak mówiłem
 raczej popularna i przeznaczona chyba tylko dla tych lekarzy,
 którzyby sobie przypomnieć chcieli niektóre nowsze zdobycze
 nauki.

W. Moraczewski (Lwów).

Questions Cliniques D'Actualité (Klinika prof. SERGENT'A),
 Masson et Cie, Paris, 1932, str. 300. Cena 45 fr.

Zagadnienie poruszane w tym zbiorze prac, wygłoszonych na
 posiedzeniu „La Charité”, tycza się spraw bardzo aktualnych
 i nowych. W pracy F. Bordet'a o *grypie i gruźlicy*, autor
 podkreśla znaczenie zarazka grypy dla aktywizacji gruźlicy uta-
 jonej oraz gruźlicy posuniętej. R. Boulin omawia ogólnie lecze-
 nie cukrzycy przy pomocy insuliny. J. Dechaume szczegó-
 łowo opisuje klinicznie i anatomo-patologicznie granulacyjną kłę-
 płuc, podkreślając następujące momenty ważne dla diagnostyki
 tego schorzenia: a) badanie bakterjologiczne płwociny, b) od-

czyni serologiczne, c) badanie rentgenologiczne płuc, d) dokładne badanie kliniczne (stygmata kiły wrodzonej, *aortitis, hepatitis*, kiła nerwowa). Od sekcji wymaga: a) wykluczenia zmian gruźliczych makroskopowo i mikroskopowo, wykazania zmian kiłowych obok pneumopatii kiłowej w narządach innych (kilaki, zmiany tętnicy głównej, wątroba), b) ujemnych wyników badania bakteriologicznego: brak prątków Kocha w zmianach kiłowych oraz wyniki ujemne po szczepieniu cząstek tkanki płucnej. Opisuje kilka przypadków typowych. F. Dumarest poglądowo przedstawia leczenie jam płatu górnego płuca. N. Fiessinger przedstawia postacie poronne ropnia wątroby pochodzenia pelzakowego, podkreślając znaczenie lecznicze emetyny. J. Genevrier omawia nadciśnienie tętnicze u dzieci na tle kiły wrodzonej. Le de Genues rzuca krótki szkic poglądowy o anafilaksji w dychawicy. M. P. Jacquet w pracy o przewlekłym zapaleniu wyrostka robaczkowego wspomina o korzystnym wpływie diatermii (działanie przeciwskurczowe). H. Janet porusza zagadnienie zapobiegania błonicy przy pomocy seroterapii zapobiegawczej i szczepienia przeciwbłonicy. Postacie kliniczne pierwotnego raka nadnercza opisuje L. Langeron. Dzieli klinicznie nowotwory nadnercza następująco: na 1) nowotwory z objawami brzuszni (uciskowe zmiany, puchlina, bóle w jamie brzusznej, guz rozpoznawany być może, jako guz wątroby, nerki, woreczka żółciowego i t. p.), 2) nowotwory o wybitnym charakterze przerzutowym (nowotwór pierwotny pozostaje utajony a na plan pierwszy wybijają się przerzuty szybko rosnące), 3) nowotwory ze zespołem wewnątrzwydzielniczym (ostra niedomoga nadnercza pod postacią choroby Addisona (Gaillard i Cawadias); *virilismus suprarenalis* (zespół *genito-corticalis*) (Cooch, Apert). Autor opisuje własny przypadek, 4) nowotwory z nadciśnieniem tętniczym, a to z nadciśnieniem napadowym (Labbé, Tinel i Doumer) lub stałym (Kintosh, Oppenheimer i Fishberg, Mathias, Langeron i Delcour oraz w. in.). Autor i tu cytuje przypadek przez siebie spostrzeganego. C. Lian opisuje szereg przypadków anginy piersiowej, powikłanej neuralgią lewego splotu ramieniowego i neuralgią międzyżebrową lewą. Omawia przytem objawy kliniczne oraz leczenie (zastrzyki nowokainy (Lemaire) podskórnie, wody destylowanej, zastrzyki przykręgowe nowokainy (Mandl), diatermia - radioterapia). Objawy kamicy nerkowej i jej leczenie poglądowo przedstawia E. Michon. Omawiając zatrucie kiełbasiane (*botulismus*) J. Pignot zwraca uwagę, że jest to zagadnienie higieny społecznej. Wyrabianie konserw powinno odbywać się pod ścisłą kontrolą. P. Pruvost porusza znaczenie interwencji chirurgicznej w leczeniu odmy samoistnej. W odmie samoistnej niepowikłanej interwencja chirurgiczna nie jest konieczną, natomiast konieczną jest przy odmie samoistnej powikłanej. G. Roussy omawia obecny kierunek badań nad rakiem podkreślając, że rak jest wynikiem pewnych zmian fizyko-chemicznych i cyto-biologicznych w komórce, które wywołują zmianę odżywienia komórki i nadmierne ich bujanie. E. Sergent opisuje przypadek gruźlicy płuc, szerzącej się drogą limfatyczną szyją i śródpiersiową, omawiając przytem szczegółowo tę drogę zakażenia. R. Turpin przedstawia badania kliniczne nad mongolizmem. Pasteur Vallery-Radot ogólnie szkicuje pod kątem widzenia kliniki uczulenia swoiste (anafilaksję i idiosynkrazję). Zbiór tych rozpraw zamyka praca H. Vignes'a p. t.: *appendicitis* i ciąży, w której zaznacza, że w pewnych przypadkach powikłane zapalenie wyrostka tworzyć może wskazania do przerwania ciąży.

Ungar (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA.

Patologia.

Doświadczenia nad zachowaniem się glikogenu w układzie przewodzącym serca królika przy przeroście lewej komory wskutek sztucznie wywołanej niedomykalności zastawek tętnicy głównej. CECCHIERI. Pathologica 1933. Nr. 500.

Autor wywoływał sztucznie u królików niedomykalność zastawek tętnicy głównej zapomocą zabiegu Rosenbacha, poczem badał zachowanie się glikogenu w układzie przedsionkowo-komorowym przy przeroście lewej komory (i krążeniu wyrównanem) w porównaniu ze stanem u królików zdrowych. Okazało się, że zawartość glikogenu przy przeroście lewej komory nie różni się ani ilościowo, ani morfologicznie od stanu w sercu prawidłowym. Ten wynik zgadza się z teoretycznymi poglądami na przemianę węglowodanową w sercu przerosłym w okresie wyrównania. C. (Kraków).

W sprawie zapalenia osierdzia u chorych na gruźlicę płuc. GIANOTTI. Pathologica 1933. Nr. 500.

Badania autora dotyczą 5 przypadków ostrego wysiękowego zapalenia osierdzia, znalezione go przy autopsjach suchotników. Etiologię gruźliczą można było udowodnić w 4 przypadkach, w piątym przypadku wyklucza autor rolę prątka Kocha w zapaleniu osierdzia. Obraz histologiczny bardzo często nie różni się od obrazu nieswoistych zapaleń osierdzia, zwłaszcza bardzo rzadko napotyka się komórki olbrzymie; może to być przyczyną trudności w rozpoznaniu. C. (Kraków).

Przyczynek do histologii zmian zastawek sercowych przy powolnym zapaleniu wsierdzia (endocarditis lenta). R. H. JAFFE. Virchow's Archiv, Bd. 287. H. 2, 1932.

Autor stara się udowodnić, iż przy zapaleniu wsierdzia powolnym (Schottmüllera), inaczej zwanem podostrem drobnoustrojowym zapaleniem wsierdzia (Libinana), zachodzi pewien charakterystyczny obraz zmian zastawkowych, który zdołał w ten sposób dobrze uchwycić, że badał te zmiany w różnych okresach sprawy od samego jej początku. Na podstawie 6 przypadków opisuje te kolejne zmiany, podkreślając, że najwcześniejsze zmiany wykrywa mikroskop na miejscach pozornie (makroskopowo) niezmiennych.

Kolejność zmian jest następująca: Naprzód powstaje obrzęk śródbłonnków, a wkrótce ich martwica. W warstwie podśródbłonnej pojawiają się podłużne komórki o wyraźnej protoplazmie i okrągłym jądrze, zaliczane przez autora do fibrocytów, mnożące się szybko i ustawiające palisadowato, prostopadle swą osią długą do powierzchni. Powierzchnowe komórki te obumierają, zlewają się w jedną masę ze sobą, jak również z delikatnym powierzchnowym skrzepikiem, powstałym równocześnie z płytek krwi, niteczek włóknika. Taki odczyn wczesny występuje również i w innych zapaleniach wsierdzia, a dopiero później przechodzi w obraz charakterystyczny dla powolnego zapalenia wsierdzia.

Pod temi palisadowato ułożonymi komórkami tkanka zastawkowa okazuje rozpułchnienie, występują małe okrągłe komórki wędrowne i młode naczynia krwionośne. Leukocyty pojawiają się tylko rzadko i nie ma ich wcale. Wreszcie tworzą się ograniczone guzki, charakterystyczne zdaniem autora dla powolnego zapalenia wsierdzia. Wyrastają one z tkanki zastawkowej, układają się obok siebie i wypuklają się ponad powierzchnię. We wczesnym okresie składają się z rozpułchnionej substancji podstawowej, z delikatnymi włóknkami sprężystymi, dużych rozgałęzionych komórek i nielicznych naczynek krwionośnych. Guzki, powiększając się, stają się zbitymi wskutek skrzepnięcia płynu w przestrzeniach tkankowych. Na powierzchni guzków powstają liczne zaokrąglone komórki olbrzymie, które pochodzą może z komórek tkanki łącznej, a może z histiocyty, a które brzeżnym ustawieniem jąder przypominają komórki Langhansa. Podobieństwo to mogło naprowadzać niektórych badaczy na przypuszczenie gruźliczej etiologii przypadków zapalenia wsierdzia.

Następny okres cechuje się martwicą guzków, posuwającą się od ich powierzchni w głąb aż do środkowej, łącznotkankowej warstwy zastawki, której to martwicy towarzyszy niejednokrotnie ropienie. Powierzchnię obumarłych guzków pokrywają drobnoustroje.

Interesującą jest rzeczą śledzenie dalszego losu komórek olbrzymich i obrony komórkowej w stosunku do drobnoustrojów. Nieuszkodzone komórki olbrzymie nie zawierają bakterii, przeciwnie natomiast rzecz ma się z komórkami uszkodzonymi, co sprawia wrażenie fagocytozy lub czynnego wniknięcia bakterii. Często niema drobnoustrojów wśród martwicy, mogą ją więc wywoływać jady (toksyny). Nagromadzenie się drobnoustrojów w głębi martwiczych miejsc wiedzie do zniszczenia środkowej warstwy włóknistej, a często do przedziurawienia zastawek.

Ropienie z guzków przebiega do krwi i w ten sposób powstaje zakażony duży skrzep. Czyste martwicze guzki wiodą do mniejszych powierzchniowych skrzepów, poczem może nastąpić organizacja, gojenie się sprawy, co zresztą jest wyjątkowo rzadkie.

Autor przeprowadza różniczkowanie między ostrem septycznym zapaleniem wsierdzia, zapaleniem gościcowym i zwykłym. W pierwszym przeważają sprawy rozpadowe nad wytwórczymi, niema guzków i komórek olbrzymich. Tkanka zastawkowa wydaje się bezsilną wobec drobnoustrojów. Palisady komórkowe występują, lecz szybko ulegają rozpadowi. Gościcowe zapalenie wsierdzia ma charakter wytwórczy. Guzki złożone z dużych łącznotkankowych komórek nie zawierają drobnoustrojów i ulegają zbliznowaceni. Przy zapaleniu zwykłym (*endocarditis simplex, minima, terminalis*) jest zapalenie powierzchowne, przyczem

odkładają się płytki na zastawkach pozbawionych śródbłków. Złogi te przeważnie nie zawierają drobnoustrojów lub zawierają nieliczne dwoinki. Guzków i wytwarzania się komórek olbrzymich niema, sprawa chorobowa nie posuwa się w głąb zastawki, a występuje jako końcowe powikłanie przy chorobach wiodących do charłactwa jak: białaczce, przewlekłej gruźlicy i złośliwych nowotworach.

Natomiast w powolnym zapaleniu wsierdza są, zdaniem autora, istotnymi: ustanie odczynu tkankowego na zakażenie, martwica, zropienie guzków, rozrost drobnoustrojów. Skrzep. pokrywający miejsce zapalne, jest wtórny. Niewiadomo jednak, czy w rzadkich zapaleniach, wywołanych przez drobnoustroje grypy, dwoinki zapalenia płuc i opon, histologiczny obraz zapalenia zmienionych zastawek nie jest podobny do obrazu w powolnym zapaleniu wsierdza, wywołanym przez paciorkowca zieleniącego.

Kusiak (Kraków).

Badania nad morfologią stłuszczenia ściany aorty. O patogenezie miażdżycy. DÉNES GÖRÖG (Szombathely — Węgry). *Virchow's Archiv.* t. 287. z. 3. 1933 r.

Według autora na powstawanie miażdżycy składają się trzy czynniki. 1. Zwiększone obciążenie układu naczyniowego, nieodpowiadające jego wydolności. 2. Uszkodzenie ścian naczyń przez trujące substancje, wytwory chorobowej przemiany materii, lub jady bakteryjne. 3. Czynniki konstytucjonalny, wrodzony, rodzinny. Autor przeprowadzał swoje badania na zwłokach w 73 przypadkach, zwracając uwagę głównie na stłuszczenia, przedewszystkiem błony wewnętrznej. Najwcześniejszymi zmianami błony wewnętrznej były jej zgrubienia, spotykał je autor już u niemowląt. Samo zgrubienie błony wewnętrznej uważa za fizjologiczne przystosowanie się ściany naczynia do większej pracy, stłuszczenie natomiast jej, nawet w najmniejszym stopniu, jest już według autora zjawiskiem chorobowym. Te stłuszczenia błony wewnętrznej mogą się całe dziesiątki lat utrzymywać i nie są odwracalne. Co do pochodzenia tych stłuszczeń, to najprawdopodobniejszą wydaje się autorowi teoria, według której lipoidy z osocza krwi, w pierwszym rzędzie cholesterolyna, dostają się w głębsze warstwy błony wewnętrznej przez fizjologiczne otworki śródbłonna, lub przez drobne rysy śródbłonna, powstałe przy nadmiernej pracy naczynia. Do tego zgrubienia i stłuszczenia błony wewnętrznej dołącza się następnie stłuszczenie włókien sprężystych, dotyczące przedewszystkiem błony sprężystej wewnętrznej. Z badań autora wynika, że istnieje jakies szczególne pokrewieństwo między lipidami a włóknami sprężystymi. Na czym ono polega, stara się autor dociec na podstawie rozumowania, rozpatrując prawa fizyczne, odnoszące się do ruchu cieczy w rurach, oraz wzrost ilości krwi i światła naczyń z biegiem życia. Autor dochodzi do wniosku, że ilość krwi zwiększa się z biegiem życia stosunkowo znacznie, niż światło naczynia i grubość ściany. Tę różnicę musi nadrobić układ sprężysty, który stanowi o mechanicznej wytrzymałości ściany naczynia. Zatem sam wzrost i rozwój człowieka stwarza już zwiększające się zadania dla układu sprężystego naczyń. O ile do tego dołącza się jakies zaburzenia, jak wzmózone ciśnienie lub zwiększona ilość krwi, które przekroczą wydolność układu sprężystego naczyń, musi dojść do uszkodzenia tego układu, w pierwszym rzędzie błony sprężystej wewnętrznej, a w następstwie tego do odkładania się w niej lipoidów.

Golonka (Kraków).

Ciała zwiększające przepuszczalność naczyń włosowatych po naświetleniu promieniami Roentgena. A. BEUTEL i O. KLEIN (Praga). *Ztsch. f. Klin. Med.* B. 123. Str. 104—110.

Po naświetleniu skóry i narządów promieniami Roentgena występują we krwi ciała zwiększające przepuszczalność naczyń włosowatych dla barwików własnych (bilirubina w żółtaczce) i wprowadzonych (czerwień Kongo i trypaflawina dożylnie). Dają się stwierdzić przez śródskórne wstrzyknięcie 0,2 cm³ surowicy, pobranej przed i w różnym czasie po naświetlaniu. Brak stałości czasu występowania, stężenia, i czasu utrzymywania się. Pod pewnymi względami przypominają histamine.

H. Długosz (Lwów).

Równowaga kwaso-zasadowa przy uszkodzeniu narządu krążenia. HEJDA i SYLLABA. *Časop. Lék. Česk.* 1932, Z. 37.

Autorzy u 48 chorych z uszkodzeniem narządu krążenia badali zachowanie się równowagi kwaso-zasadowej przy pomocy metody Hendersona i Hasselbacha. W przypadkach niedokrwistości wtórnej stwierdzili kompensowaną alkalozę gazową we krwi tętniczej, natomiast w przypadkach niedokrwistości złośliwej raczej nieznacznie kompensowaną kwasotę niegazową. Przy niedomozdze serca i izrostach osierdziowych we krwi tętniczej

spostreżli kompensowaną alkalozę gazową. W przypadkach przewlekłych zapaleń nerek kwasota niegazowa utrzymuje się długo kompensowaną. Rozedma płuc wykazuje niewyrównaną kwasotę gazową. Przy chorobie Basedowa są stosunki naogół prawidłowe. Zasób zasad we krwi żyłnej mało się różni od zasobu zasad w niedokrwistości i w ch. Basedowa — więc tam, gdzie krążenie jest szybsze — i jest znacznie wzmózone w przypadkach uszkodzeń serca i płuc, powikłanych zastojem żylnym.

Ungar (Lwów).

Niektóre zmiany fizyko-chemiczne we krwi i moczu u kobiet w związku z sztucznym przerwaniem ciąży. S. G. KROLL. *Wraccz. Dieilo.* Nr. 5. 1933.

Autor przeprowadzał następujące badania moczu i krwi przed i po sztucznym przerwaniu ciąży: napięcie powierzchniowe moczu, zmienność koloidów we krwi (metodą Mátéby), odczyn opadania krwinek, hemogram Schillinga — i doszedł do następujących wniosków: wzajemnej zależności między poszczególnymi reakcjami nie stwierdzono. W niektórych przypadkach poszczególne reakcje są wyraźnie zaznaczone, jednak w kilka dni po zabiegu są już mniej wyraźne lub wracają do normy. W większości przypadków stwierdzono zmniejszenie napięcia powierzchniowego moczu, które zwiększało się na czwarty dzień po zabiegu. Należy przypuszczać, że organizm kobiety zwalcza następstwa urazu, jakim jest sztuczne przerwanie ciąży, w większości przypadków przy pomyślnym przebiegu nie wcześniej jak czwartego dnia po zabiegu.

Segal (Lwów).

Badania nad zachowaniem się fizyko-chemicznym białka we krwi kobiet ciężarnych. GAUCHERAND (Lyon). *Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst.* r. 1933. Z. 4.

Badania przeprowadzone na 40 przeważnie zdrowych ciężarnych w rozmaitych okresach ciąży dały następujące wyniki: naogół ilość białka w surowicy krwi ciężarnych zmniejsza się do 70 g na litr surowicy (normalnie bywa 75—80), przyczem w pierwszej połowie ciąży zmniejszenie to występuje wybitniej, przeciętnie 68 g na litr, wtedy gdy w ostatnich 3 miesiącach ciąży ilość ta wynosiła 71 g. Bezwzględna lepkość surowicy krwi zwiększa się znacznie podczas ciąży, gdyż przeciętnie wynosiła ona 211 (w normalnej surowicy 190), co w przerahowaniu na lepkość względną w stosunku do wody wyniesie 1,65 u osobnika normalnego, 1,85 — u ciężarnych. Ta ostatnia cyfra nie jest zbyt dokładna, gdy weźmiemy pod uwagę zmniejszoną ilość białka w 1 litrze podczas ciąży, toteż aby wyrównać błąd, należy przeciętną względną lepkość odpowiednio powiększyć, co wyniesie około 2. Zwiększona lepkość surowicy występuje wyraźniej w pierwszych 6 mies. ciąży, zwiększa się również w przypadkach krwotoków w ciąży.

H. Newlińska (Lwów).

Zmiany w budowie białka surowicy krwi w czasie porodu. A. LATZKE (Budapeszt). *Arch. f. Gyn.* T. 148, z. 2.

Autor wychodzi z założenia, że poród stanowi jeden z czynników powodujących zaburzenie stanu koloidalnego krwi. To zaburzenie równowagi stężenia koloidowego krwi osiąga swój szczyt w ciągu pierwszych godzin po porodzie i wraca do stanu eukoloidalnego t. j. do normy dopiero w połogu, a naogół zwiększa się w miarę utraty krwi w czasie lub po porodzie.

W celu stwierdzenia przesunąć w budowie białka surowicy badał autor krew 25 rodzących i uzyskał (przy użyciu metody Howego) wyniki następujące:

Podczas porodu zmniejsza się zawartość białka w surowicy krwi i to kosztem albumin. W połogu ilość albumin zwiększa się. W miarę krwotoków zwiększa się ilość fibrynogenu, który dochodzi do normy w połogu. Co do globulin, to ilość eglobuliny nie ulega większym wahaniom, natomiast ilość pseudoglobuliny I waha się najbardziej. Ilość azotu pozabiałkowego utrzymuje się w granicach prawidłowych. W czasie porodu zwiększa się ilość koloidów ochronnych, jako wyraz samoobrony ustroju.

T. Wiczyński (Lwów).

Poziom wapnia i potasu w chorobach kobiecych oraz ich zmiany po zastrzyku nieswoistego białka. J. PRIBRSKY. *Sbornik lékarský.* XXXV/1, 2.

Wśród 20 kobiet, z przewlekłym zapaleniem przydatków, badanych w okresie międzymiesiączkowym, wykazuje większość normalne wartości dla obu pierwiastków — przed podaniem białka. W szczególności dla K: 17,5—22,5 mg % na 100 cm³ surowicy, Ca: 9,5—12,5 mg % na 100 cm³ surowicy. Wzajemny stosunek ilościowy normalny. W 4 przypadkach ilość wapnia zbliżała się do poziomu normalnego, potasu było względnie więcej. W 3 innych miały się odpowiednio liczby do siebie odwrotnie. Hipokalcynemii nie było w żadnym przypadku. Po podaniu nie-

swoistego białka drogą pozażołądkową doznał poziom wymienionych pierwiastków zmiany. Wykreślone krzywe Ca stanowią wiernie odbicie w zwierciadle dla krzywej K i odwrotnie. (Nr. krzywa III: przed zastrzykiem Ca 12, K 20,7, po iniekcji 1) w 2 godz. Ca: 11,2 dla K 24,2, 2) w 4 godz. Ca 12,9 dla K 22,4, 3) w 10 godz. Ca 11,3 dla K 23, 4) w 22 godz. Ca 12,2 dla K 19,6). Autor nawiązuje do nerwicy systemu współczulnego i widzi, w myśl teorii Zondeka, w wahaniach prawidłowych wymienionych pierwiastków wpływ układu sympatycznego przestrojonego przez podane w taki sposób białko.

Dr. Baumwald (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Rozbiór lekarski klientów poradni przeciwgruźliczej II. Kliniki chorób wewnętrznych U. W. J. MISIEWICZ. Gruźlica. R. VII. Nr. 5.

Autorka w szeregu tablic przeprowadza dokładne zestawienia przypadków badanych w poradni przeciwgruźliczej II. Kliniki chor. wewn. U. W. Z zestawień tych wynika, że na 1793 osób, badanych w roku 1930 i 1931 gruźlicę stwierdzono w 40,7% przypadków, w czem 89,9% przypada na gruźlicę narządów oddechowych, zaś 10,1% na gruźlicę innych narządów, bez zajęcia dróg oddechowych. Z pozostałych 59,3% przypadków około 33% wypada na inne choroby wewnętrzne, jak niegruźlicze cierpienia płuc i górnych dróg oddechowych, narządów krążenia, trawienia, nerek, ostre choroby zakaźne i t. p. Jak z zestawień tych wynika, każda poradnia winna zatem rozporządzać możliwie najdokładniejszymi środkami diagnostycznymi, pomocniczymi, dalej mieć zapewnioną możliwość współpracy specjalisty laryngologa, wobec częstego powikłania gruźlicy płuc, schorzeniami górnych dróg oddechowych z jednej strony — oraz bardzo często występujących — bo stanowiącemi w przytoczonej statystyce 26,4%, wszystkich niegruźliczych schorzeń, — cierpien górnych dróg oddechowych. Lekarz poradni winien być nie tylko specjalistą fizjologiem, lecz także wytrawnym internistą, stojącym na wysokości współczesnej diagnostyki internist. Byłoby bardzo wskazane, by lekarz ten co pewien czas odnawiał i pogłębiał swoje doświadczenie internistyczne pracą na oddziale wewnętrznym szpitalnym, lub klinicznym. A. Donhaiser (Kraków).

Wyniki dalszych badań odczynów tuberkulinowych u dzieci szkolnych w Poznaniu. M. ŻELEWSKA-DEŻYNA. Gruźlica. R. VII. Nr. 5.

W uzupełnieniu ogłoszonych w „Gruźlicy“ R. 1931. Z. 1. wyników badań odczynów tuberkulinowych, wykonanych na dzieciach szkolnych w Poznaniu, autorka przedstawia dalsze swoje badania, w wyniku których stwierdza, że zagrzuźliczenie dzieci w wieku przedszkolnym zamożniejszych sier Poznania jest znacznie mniejsze w porównaniu do szerokich warstw ludności Poznania, wśród których 1/3 dzieci ulega zakażeniu gruźliczemu w wieku przedszkolnym. A. Donhaiser (Kraków).

Gruźlica płuc a wydzielanie żołądka. WICHELS i SCHLOPS-NIES (Greifswald). Ztsch. f. Klin. Med. B. 123. Str. 340—349.

Jednorazowe badanie treści żołądkowej jest niewystarczające. Stałe badanie kwasot w przebiegu schorzenia wykazuje — jak dotychczas przypuszczano — zmiany, zależne od rodzaju i ciężkości gruźlicy płuc: w okresach początkowych, szczególnie naciek wczesnym, występuje nadkwaśność; — pogorszenie stanu wywołuje obniżenie kwasot, a poprawa zbliżenie do normy.

H. Długosz (Lwów).

Leczenie gruźlicy płuc zapomocą jednoczesnej odmy sztucznej obustronnej. K. DABROWSKI i J. GACKOWSKI. Gruźlica. R. VII. Nr. 6.

Autorzy przedstawiają ogólny rys historyczny rozwoju stosowania odmy sztucznej, poczem omawiają wskazania i przeciwwskazania w stosowaniu odmy obustronnej. Do tych ostatnich zaliczają prosówkę, serowate, zrazikowe zapalenie płuc gruźlicze, rozległe zmiany włókniste z rozemną zastępczą, rozsiane zmiany gruźlicze w innych narządach, niewyrównane wady serca i zaburzenia naczyniowe, ciężkie postaci chorób przemiany materii, wreszcie wiek ponad 45 lat, znacznego stopnia wyniszczenie i nieprawidłowości budowy klatki piersiowej. Cięża jako taka, o ile nie jest zbyt posunięta, zasadniczego przeciwwskazania nie daje, przy dobrym stanie ogólnym. Po omówieniu techniki postępowania przytaczają wyniki leczenia wzięte tak z piśmiennictwa jak i ze spostrzeżeń własnych, przeprowadzonych na 65 chorych. Poprawę uzyskali u 23, pogorszenie wystąpiło u 4 chorych, pozostało bez zmian 10, zmarło 30.

Po przedstawieniu kilku ciekawszych przypadków własnych dochodzą do wniosku, że odma obustronna w odpowiednio dobranych przypadkach jest zabiegiem nieszkodliwym; stosowana ostrożnie i przy częstej kontroli nie daje powikłań, stwarza w płucach lepsze warunki lecznicze, dając w odpowiednich przypadkach około 50% poprawy. A. Donhaiser (Kraków).

Wpływ leczenia własną krwią na odporność tkankową i sokową w gruźlicy płuc. Z. SKIBIŃSKI i K. KARWOWSKI. Gruźlica. R. VII. Nr. 6.

Autorzy opisują spostrzeżenia własne nad wpływem autohemoterapii w gruźlicy płuc, w odniesieniu do odporności ustroju. Jako kontrolę wpływu tejsze na odporność posługiwali się odczynem Biernackiego, odczynem hamowania, i alergią skórą. Wyniki badań nie były zbyt zachęcające. W autohemoterapii odróżniają oni 2 fazy: 1-szą fazę pobudzenia i 2-gą fazę wyrównawczą. U badanych w fazie pierwszej wystąpiło pogorszenie w 40% przypadków, 37% przypadków pozostało bez zmiany, zaś w 22% nastąpiła poprawa. Najczulszym okazał się odczyn Biernackiego, który uległ pogorszeniu w 48%, poprawił się natomiast w 26%. Pewna ilość przypadków wykazująca pogorszenie, względnie brak zmian w pierwszej fazie, badana w drugiej fazie przesunęła się do grupy poprawy.

A. Donhaiser (Kraków).

Rzadkie zejścia gruźlicy wewnętrznych gruczołów chłonnych. J. GWORKÓWNA-KOWALCZYKOWA. Gruźlica. R. VII. Nr. 5.

Autorka przytacza 8 przypadków rzadkiego przebiecia gruczołów wewnętrznych, gruźliczo zmienionych, do światła sąsiednich narządów, spostrzeganych w latach 1894—1932 w Zakładzie anatomii patolog. U. J. 3 przypadki dotyczyły przebiecia gruczołów śródpiersia do tchawicy i oskrzeli, 1 przebiecia do przełyku, 2 do dużych tętnic, 2 wreszcie do żołądka.

Rozważanie tych przypadków, jak i tym podobnych, opisywanych w piśmiennictwie, nasuwa szereg problemów, jak np. rzadkość tego rodzaju zejścia, mimo pospolitości rozmiękania gruczołów serowatych, zrosłych z otoczeniem — problemów, których rozstrzygnięcie nie tylko nie zależy od czysto morfologicznych badań lecz nieraz niedających się odgadnąć nawet w zestawieniu obrazów sekcyjnych z obserwacją kliniczną. Być może, że dadzą się one rozstrzygnąć na drodze eksperymentalnej, o ile wogóle uda się stworzenie odpowiedniej metody doświadczalnej. A. Donhaiser (Kraków).

Przypadek rzekomej gruźlicy u człowieka. W. NEUGE-BAER. Med. Klin. Nr. 13. 1933.

Jako *pseudotuberculosis* określamy schorzenie bakteryjne, wywołane przez pałeczkę gramoujemną, nieruchomą, nieoporną na kwasy, chorobotwórczą dla zwierząt. Pałeczka ta dostawszy się do człowieka, może czasem wywołać liczne ropnie w organach wewnętrznych, a najczęściej w wątrobie, przedstawiając klinicznie obraz posocznicy, prowadząc zazwyczaj do zejścia śmiertelnego. Przypadki te zazwyczaj są nierozpoznawane za życia, ponieważ niema typowego obrazu klinicznego dla tego schorzenia. Autor opisuje przypadek rzekomej gruźlicy u dorosłego mężczyzny, u którego w czasie trzytygodniowej choroby poza gorączką o typie posocznicznym i rozlanym niezycie dróg oddechowych przedmiotowo nie stwierdzano nic. Dokładny rozbiór włók wykazał liczne ropnie w wątrobie i śledzionie, z których posiewy na pożywkach i preparaty mikroskopowe z padłych myszek, zaszczepionych ową ropą, wykazały obfitą florę *bact. pseudotuberculosis*. Godłowski (Kraków).

Chirurgia, położnictwo, ginekologia i stomatologia.

Znaczenie życia płciowego kobiety w etiologii ropnych zapaleń nerki. LEPOUTRE (Lille). Rev. Franc. de Gyn. et d'Obst. Nr. 2, 1933.

Autor rozpatruje poszczególne fazy życia płciowego kobiety w związku z zapaleniem nerek. Zwraca uwagę, że po defloracji występują często objawy ze strony nerek i pęcherza, które czasem mylnie przypisują zakażeniom rzeżączkowym. Zdaniem niektórych autorów wrotami wejścia są naddarcia błony dziewiczej, lub uraz w okolicy cewki. Podczas ciąży zapalenie miedniczek nerkowych zdarza się często, przeważnie u pierwiastek w IV i V miesiącu ciąży.

Można to w rozmaity sposób wytłumaczyć: 1) przyczyny mechaniczne — ucisk ciężarnej macicy na moczowód, zgicie moczowodu i t. p., 2) zastój z przyczyn dynamicznych; występuje niedowład dróg wydzielniczych wskutek zmniejszonego napięcia i osłabionej czynności motorycznej miedniczek. Następnym

tego jest zastój moczu i rozszerzenie miedniczek. Obok tych zmian trzeba wziąć pod uwagę 3) podrażnienie nerek przez produkty wytwarzające się wobec wzmoczonej przemiany podstawowej, występującej fizjologicznie u ciężarnych. Cięża może również pogorszyć sprawę, istniejącą już w nerkach przedtem. W położu wrotami wejścia mogą być nawet drobne obrażenia na sromie. Sprawy te szybko ustępują, o ile nerki przedtem były zdrowe.

Choroby narządów rodnych kobiety mogą wpływać na miedniczki nerkowe za pośrednictwem moczowodu w dwojaki sposób: 1) guzy macicy, jajników mogą uciskać moczowody lub zaginać je, co spowoduje zastój z następownymi zmianami w miedniczkach. W podobny sposób może zamknąć moczowód naciek nowotworowy. We wszystkich tych sprawach występuje raczej rozszerzenie górnych dróg moczowych a nie zapalenie. 2) Sprawy zapalne miednicy małej, szczególnie przydatków mogą przejść na moczowody, a stąd dojść do nerek. Po wygaśnięciu pierwotnego ogniska zmiany w miedniczkach nerkowych zwykle same ustępują. Operacje ginekologiczne często odbijają się w niekorzystny sposób na nerkach, bądź wskutek pooperacyjnego zatrzymania moczu, bądź wskutek zmaltretowania moczowodów podczas operacji.

Autor zaznacza, że w leczeniu ropnych zapaleń miedniczek nerkowych leczenie biologiczne i miejscowe powinny się dopełniać, gdyż działają one na różnorodne czynniki chorobowe.

H. Newlińska (Lwów).

Stosunek krążenia i zaburzeń w krążeniu do położnictwa i ginekologii. WALTHER HAUPT (Bonn). Zschr. f. Geb. u. Gyn. T. 103. Z. 1. 1932.

Referat zbiorowy wygłoszony 31. XI. 1931 r. na posiedzeniu towarzystwa ginekologicznego w Düsseldorfie. Autor omawia najnowsze badania i poglądy dotyczące fizjologii i patologii narządu krążenia w czasie ciąży, porodu i położu oraz w schorzeniach ginekologicznych. Rzecz nie nadaje się do zreferowania.

Zb. Rychłowski (Lwów).

Cisnienie krwi a okres przekwitania. Cisnienie w okresie przekwitania. LANGERON (Lyon). Rev. Franc. de Gyn. et d'Obst. Nr. 2, 1933.

Na podstawie statystyki autor uważa, że wzmoczone ciśnienie krwi u kobiet po 40 roku życia zdarza się znacznie częściej niż u mężczyzn w tym samym wieku. Najwybitniej różnica ta występuje około 50 roku i utrzymuje się przez jakiś czas. Ponieważ przed 40 rokiem życia stosunek jest odwrotny, czyli kobiety mają niższe ciśnienie, zwiększenie się tego ostatniego można odnieść do okresu przekwitania. Możliwym jest, że istnieje również inna przyczyna nadciśnienia i że okres przekwitania wzmaga jedynie ten objaw. Zaburzenia naczynioruchowe, jak np. uderzenia do głowy, bóle głowy i t. p., związane pozornie z nadciśnieniem, nie mają zdaniem autora nic z tem wspólnego, gdyż często się zdarza, że właśnie osoby z silnymi zaburzeniami naczynio-ruchowymi mają ciśnienie stosunkowo niskie. Inne sprawy występujące w późniejszym wieku zarówno u mężczyzn jak i u kobiet też przemawiają za tem, że okres przekwitania nie wywołuje nadciśnienia, a jedynie wzmaga i przyspiesza go.

H. Newlińska (Lwów).

Zaburzenia wzrokowe w schorzeniach narządu rodnych kobiety. THILLIEZ (Lille). Rev. Fran. de Gyn. et d'Obst. Nr. 2, 1933 r.

Autor zwraca uwagę na możliwość istnienia pewnych zaburzeń wzroku w przebiegu chorób narządu rodnych kobiety. Podaje własny przypadek, w którym u chorej, cierpiącej od 3 lat na tyłozgięcie macicy, wystąpiły od tego czasu zaburzenia wzrokowe, które jej uniemożliwiły czytanie i sycie. Po dłuższym bezskutecznym leczeniu się u okulistów — chora poddała się operacji, zaleconej jej przez ginekologa. Po upływie 6-ciu tygodni wszelkie objawy ze strony oczu ustąpiły, chora mogła swobodnie czytać nawet bez szkielek. Osoba ta nie wykazywała żadnych objawów hysterji. Związek ten tłumaczy autor podrażnieniem zapomocą splotu brzuszno n. sympatycznych, których działanie na oko jest znane.

H. Newlińska (Lwów).

O zapobieganiu rzucawce porodowej. F. C. HILGENBERG (Münster). Zbl. f. Gyn. Nr. 50. 1932.

Zangemeister uważa puchlinę ciężarnych za schorzenie podstawowe, które w dalszym swoim rozwoju poprzez nefropatię i stan przedrzucawkowy może wreszcie doprowadzić do okresu drgawek. Wychodząc z tego założenia, — możemy zapobiec powstaniu okresu drgawek lecząc jego zwiastuny pod postacią

puchliny, nefropatii i stanu przedrzucawkowego. O ile w ciąży fizjologiczny obrzęk dokoła kostek szerzy się na podudzia, uda i dalej, należy rozpocząć leczenie zapobiegawcze. Każda ciężarna zgłaszająca się do badania zostaje pouczona, że ma się zgłosić do kliniki, o ile tylko zauważy obrzęki. Aczkolwiek leczenie jest proste, daje się ono skutecznie przeprowadzić tylko w zakładzie; doświadczenie bowiem wykazuje, że zarządzenia lekarskie nie zostają przestrzegane w domu, ponieważ stan ogólny tych kobiet nie ulega zaburzeniom.

W przypadkach puchliny leczenie polega na leżeniu w łóżku, ograniczeniu pokarmów, szczególnie białka i tłuszczów, i ograniczeniu ilości płynów. Codziennie określa się wagę ciała, ciśnienie krwi, ilość wprowadzonych płynów i wydaloną ilość moczu, pozatem badanie mikroskopowe moczu. W przypadkach nefropatii — zalecamy ponadto dietę bezsolną i znaczniejsze ograniczenie ilości płynów — do 200 cm³ na dobę. O ile u kobiety z nefropatią wystąpi poród, a ciśnienie krwi sięga 150 mm Hg. zakłada się niskie kleszcze wyjściowe celem zaoszczędzenia bólów partych, które wzmagają ciśnienie krwi. W przypadkach stanu przedrzucawkowego w ciąży, gdy zaczynają występować bóle głowy, wymioty, bóle żołądka i zaburzenia wzroku — zaleca autor dietę głodową na 24 i więcej godzin, pozatem narkotyki, aby zapobiec nagłym podniesieniom ciśnienia i ewentualnie wstrzymać rozpoczęcie czynności porodowej. Przy bardzo wysokim ciśnieniu — upust krwi i nakłucie łądźwiowe. O ile pomimo tych wszystkich środków stan nie poprawia się, należy chorą rozwiązać, nawet drogą cięcia cesarskiego, aby zapobiec napadowi rzucawki porodowej. W okresie stanu przedrzucawkowego ciśnienie krwi jest ważniejszą wskazówką aniżeli nasilenie obrzęków i ilość białka w moczu. Autor sądzi, że w stanach przedrzucawkowych z wyraźnymi objawami w okresie porodowym, a nawet iw ciąży nie należy zbyt długo zwlekać, stosując leczenie zachowawcze, o ile nie daje ono wyników już po krótkim czasie, i pacjentkę taką rozwiązać. Segal (Lwów).

Czy istnieje w położu gorączka pochodzenia białkowego. VORON i BANSILLON. Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst. Z. 4. 1933.

Autor zwraca uwagę, że podczas ciąży i porodu organizm kobiety jest mniej wytrzymały na dopływ pokarmów zbyt bogatych w białko (przeciążenie wątroby w związku z ciążą, uraz porodowy), toteż dalsze wchłanianie tych substancji może wywołać w organizmie reakcję cieplną, rodzaj wstrząsu anafilaktycznego, nazwaną przez Bezançoną i Weilla gorączką pochodzenia białkowego. Możliwym jest, że odgrywa tu też pewną rolę zaburzenie w równowadze systemu neuro-wegetacyjnego, tak często spotykane u chorych na wątrobę. Następnie omawia objawy, leczenie i dietę, jaką należy stosować podczas tego cierpienia i zaleca, aby w położu we wszystkich przypadkach, gdzie nie mamy dostatecznego wytłumaczenia dla gorączki, brać pod uwagę zatrucie idące z przewodu pokarmowego.

H. Newlińska (Lwów).

Radiodiagnostyka w ginekologii. COURTY, CORDONNIER et LEDIEU (Lille). Rev. Fran. de Gyn. et d'Obst. Nr. 2, 1933.

Autorzy przypominają w paru słowach rozwój uterografji, omawiają zdjęcia rentgenowskie po wstrzyknięciu lipiodolu do prawidłowych narządów rodnych, przypominają przeciwwskazania i niebezpieczeństwa związane z tym zabiegiem. Jako dowód, jak wielkie usługi w diagnostyce ginekologicznej może oddać prześwietlanie macicy, przytaczają 6 przypadków, w których rozpoznania bez uterosalpingografji nie można było ustalić.

H. Newlińska (Lwów).

Wyłączenie z pola operacyjnego jamy otrzewnowej podczas cięcia cesarskiego w dolnym odcinku macicy. WODON (Bruxelles). Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst. Nr. 3. 1933.

Autor zaleca w każdym przypadku wykonywać cięcie cesarskie pozaotrzewnowo. W tym celu podaje własny sposób, który polega na tem, że po przecięciu skóry i powięzi w linii środkowej, przecina otrzewną ścienną poprzecznie tuż nad pęcherzem, zapomocą wierzniaka odsuwa pęcherz ku dołowi, odpreparowuje uchylek pęcherzowo-maciczny poprzecznie dochodząc cięciem do więzadeł okrągłych, następnie na tępo oddziela otrzewną w górnym odcinku macicy i zeszywa ją z otrzewną ścienną. W ten sposób jama brzuszna jest izolowana. Po odcinięciu pęcherza wdół przecina poprzecznie mięsień macicy i wydobywa płód i łożysko. Mięsień macicy zeszywa dwuwarstwowo, następnie kilkoma szwami unacnia pęcherz w pobliżu zeszywania otrzewnej i zeszywa powłoki brzuszne. O ile trzeba setonować, zakłada seton głęboko pod pęcherz, zeszywa brzuch, a koniec setonu wyciąga przez przednie sklepienie, wykonawszy tuż po operacji kolpotomję przednią. H. Newlińska (Lwów).

Sztuczna anemizacja w operacjach ginekologicznych w szczególności w zeszyiciach pochwy. HILLEBRAND (Aachen). Zbl. f. Gyn. Nr. 48. 1932.

Autor opisuje stosowaną przez siebie przy zaszyciu macicy przedniem i tylnem (*kolporraphia anterior et posterior*) i perineoplastykach anemizację tkanek metodą Borchersa, polegającą na dokładnem ostrzykaniu pola operacyjnego zapomocą 100—800 cm³ fizjologicznego roztworu soli kuchennej z adrenaliną w stonku 5-ciu kropeł na 100 cm³.

Ta t. zw. adrenalinanemia trwa od półtorej do dwu godzin.
M. Dubicki (Lwów).

Wczesne wstawanie po zabiegach ginekologicznych. CHALIER (Lyon). Mond. Méd. Nr. 822, z 15/l. 1933.

Autor jest zwolennikiem wstawania z łóżka po 2—5 dniach po zabiegach ginekologicznych, nawet bardzo ciężkich, jak laparotomia przy włóknaku, raku macicy, zapaleniu przydatków macicznych, histerektomja pochwowa. Autor twierdzi, że zaletą tego wczesnego wstawania jest nie tylko szybki powrót do zdrowia i zdolności do pracy, ale też zapobieganie rozmaitym komplikacjom pooperacyjnym, jak odleżyny, zapalenie płuc, zatrzymanie wiatrów, stolca, moczu, a zwłaszcza zastojowi żylnemu w miednicy i jego skutkom, t. j. zakrzepom, zapaleniu żył i embolji. Chaliér zastrzega się, że wczesne wstawanie stosuje tylko u tych chorych, które przed operacją nie były obłożnie chore i u których niema po operacji krwotoku, zapadu serca ani zakażenia.

E. Frisch (Lwów).

Leczenie rzesistka pochwowego rozpylaniem chininy. J. H. SURE, J. E. BERCEY (Milwaukee, Mis.). Amer. Journ. of. Obst. a. Gyn. XXV. 1. 1933.

Autorzy przekonawszy się o niszczącym działaniu chininy na pierwotniaki, postanowili zastosować ten sposób leczenia w przypadkach rzesistka pochwowego. Narazie dobre wyniki dotyczą tylko 12 przypadków.

Wiślański (Lwów).

Przypadek wycięcia nerki i moczowodu u ciężarnej. R. B. KNIGHT, R. PATTERSON (Charlotte, N. C.). Amer. Journ. of. Obst. a. Gyn. XXV. 1. 1933.

Autorzy podają opis przypadku, dotyczący 19 letniej białej kobiety, u której spowodu ropienia miedniczek nerkowych i licznych abscesów w nerce lewej wykonano z początkiem ciąży wycięcie chorej nerki wraz z odpowiednim moczowodem. Kobieta ta urodziła naczynie zdrowe dziecko.

Wiślański (Lwów).

Medycyna sądowa i psychiatria.

Podstawy orzecznictwa dermatologicznego. M. GRZYBOWSKI. Czas. Sąd.-lek. 1933. Nr. 2.

Autor omawia w ogólnych zarysach obrażenia i schorzenia skóry, z jakimi styka się zazwyczaj lekarz orzekający, w szczególności rozpatruje te cierpienia, które są następstwem pracy zawodowej.

Dźułyński (Lwów).

Sprawozdanie z czynności Zakładu Medycyny sądowej Uniwersytetu Warszawskiego za rok 1932. Wiktor GRZYWO-DĄBROWSKI. Czas. Sąd.-lek. 1933. Nr. 2.

Autor podaje zestawienia statystyczne oględzin zwłok dokonanych w Zakładzie Medycyny sądowej w Warszawie w roku 1932, następnie podział tych przypadków według rodzaju wypadku względnie schorzenia, wkońcu załączą wykaz badań sądowo-lekarskich osób żywych i dowodów rzeczowych.

Dźułyński (Lwów).

Polska bibliografja kryminologiczna, sądowo-lekarska i działów pokrewnych za rok 1932. Wiktor GRZYWO-DĄBROWSKI. Czas. Sąd.-lek. 1933. Nr. 2.

Bibliografja obejmuje tytuły prac, nazwiska autorów i tytuły pism, w których prace, dotyczące zagadnień z zakresu medycyny sądowej i działów pokrewnych w r. 1932 wydrukowano.

Dźułyński (Lwów).

O nagłej śmierci we wczesnym wieku dziecięcym. TAMARA SZARBE (Moskwa). Czas. Sąd.-lek. 1933. Nr. 2.

Autor przytacza kilka przypadków sekcyjnych osesków zmarłych w następstwie utopienia, uduszenia i niewłaściwego karmienia, a także z przyczyn naturalnych, zwraca uwagę, że śmierć wskutek *debilitas vitae* spotyka się stosunkowo bardzo rzadko, nawet u dzieci niedonoszonych i podkreśla konieczność przeprowadzania badań mikroskopowych w przypadkach, gdy makroskopowy obraz sekcyjny wypadnie ujemnie.

Dźułyński (Lwów).

Orzecznictwo ginekologiczne i położnicze. A. NATANSON. Czas. Sąd.-lek. 1933. Nr. 2.

Po uwagach ogólnych dotyczących orzecznictwa narządów płciowych kobiecych omawia autor szereg spraw, z którymi najczęściej styka się lekarz orzekający, a mianowicie: urazy podczas i poza ciążą, zakażenia, wstrząsy psychiczne, następstwa zapobiegania i przerwania ciąży, wkońcu ujemny wpływ pracy zawodowej na ustrój kobiety.

Dźułyński (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH I ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

Sprawozdanie XVIII. posiedzenia naukowego z dn. 2 czerwca 1933 r.

Przewodniczy: Kol. Lenartowicz.

1. Kol. Ziemiński, czł. Twa przedstawia zdjęcia rentgenowskie *ropnia płuc, wyleczonego dożylnymi wlewaniemmi alkoholu*. Pacjentka, lat 26, od r. 1931 choruje na roponercze, dotąd nieoperowane. Wbrew radom lekarskim zaszła przed rokami w ciążę, przy której końcu pojawiły się wysokie gorączkowe tak, że prof. Bocheński postanowił uprzedzić poród naturalny cięciem cesarskim, które wykonał 14. I. 1933. Zaraz po porodzie pojawiła się wysoka gorączka o przebiegu septycznym; odnoszono ją naprzód jedynie do roponercza. Dziesiątego jednak dnia po porodzie powstał ogromny skrzep w prawej nodze, a po kilku dniach wystąpiły kolejno cztery bardzo ciężkie zawały płuca prawego, do których się dołączył później wysięk surowiczny prawej opłucnej. Mieliśmy wybór między leczeniem „skrzep rozpuszczającym” — stosowaniem tyroksyny, hirudyny, germaniny, promieni Roentgena, a leczeniem „skrzep umacniającym” — stosowaniem wapnia w dużych dawkach. Kol. Czerniecki przeważył szalę na rzecz codziennych domięśniowych wstrzykiwań 40 cm³ „Calcium-Sandoz”. Nadto stosowano obficie leki sercowo-naczyniowe i przemywania opłucnej riwanolem. Stan początkowo groźny polepszył się znacznie — w krótkim stosunkowo czasie tak, że z początkiem marca pacjentka opuściła lecznicę i jako wyleczona wróciła do domu. Nagle — z końcem marca wróciły wysokie gorączki o charakterze septycznym (do 39,5° wieczorem), powstała obfita plwocina, zawierająca włókna elastyczne; prześwietlenie zaś i zdjęcie wykonane przez Kol. Meiselsa przy łóżku chorej wykazało *ropień* dwukomorowy, wielkości jaja kurzego, przyścienny — pod nim i z boku dużo stosunkowo (jak na wynik ostatniej punkcji!) płynu. Ze względu na położenie ropnia tak bliskie żeber i możliwość przebicia do jamy opłucnowej, od miesiaca chorej, postanowiono konsyliarnie (Kol. Czerniecki) odstąpić od odmy, bezwzględnie nakazanej w podobnych przypadkach i stosować dożylnie wlewania alkoholu, mimo że nikt z nas nie miał osobistych doświadczeń z metodą Thursza, zastosowaną do ropni płuc przez Landaua i Fejgina. Na podstawie jednak wyników warszawskich uważaliśmy za nasz obowiązek spróbować leczenia tak gorąco polecanego przez doskonałych warszawskich internistów. Podano razem 21 g alkoholu w 20% roztworze cukrowym dla „ochrony wątroby”. (L. i F. rozpuszczają alkohol jak wiadomo w soli fizjologicznej, a dla ochrony wątroby dodają za każdym razem 5 jednostek insuliny podskórnie).

Wlewania wykonał Kol. Zajac w sposób mistrzowski — dla braku odpowiednich żył ramieniowych w najrozmaitszych miejscach ciała. Nigdy nie spostrzegliśmy najmniejszego odcznu ujemnego, ani bólu w przebiegu otwieranych żył. Skutek leczniczy był świetny, prawie natychmiastowy. Na drugi dzień po pierwszym wleaniu 3 g alkoholu, spadła ciepłota z 39,5° na 37,4° — po dwutygodniowym leczeniu spadła gorączka zupełnie, znikły na zawsze włókna elastyczne, po trzech tygodniach już plwociny wogóle nie było. Zdjęcie wykonane w drugiej połowie kwietnia już w pracowni Kol. Meiselsa (i dlatego technicznie nieco odmienne) wykazuje w miejscu dawnego ropnia wyraźną bliznę, zniknięcie zupełnie płynu i śródopłucnową włóknistą bliznę, przebiegającą w miejscach dawnych infarktów.

Nie wlega żadnej wątpliwości, że ropień płuc u osoby wymeżowanej dwumiesięcznym ogromnie ciężkim chorowaniem nie goi się samorzutnie w ciągu paru tygodni. Mamy dlatego prawo uważać zdjęcia te za dowód *wyleczonego alkoholem ropnia płuc*. Należy stosować warszawską metodę we wszystkich odpowiednich przypadkach.

W dyskusji: Kol. Węgrzynowski, czł. Twa nadmienia, że dwukrotnie stosował powyższą metodę leczniczą z wynikiem korzystnym.

Kol. Tomanek, czł. Twa zapytuje, czy badana była krew cytologicznie i jakie jest doświadczenie przy ropniach większych.

Kol. Pisek, czł. Twa: ocena wartości leku jest zawsze trudna — należy pogratulować wyniku — sposób ten jest dzielnym środkiem pomocniczym.

Kol. Ziemiński w odpowiedzi Kol. Węgrzynowskiemu zaznacza, że ceni bardzo stosowanie odmy przy ropniach płuc. Tutaj jednak prześwietlenie (lepiej jeszcze aniżeli zdjęcie), stwierdzające przysięciennosc ropnia przemawiało przeciw odmie, groziło bowiem przebiecie do jamy opłucnowej. Kol. Tomankowi odpowiada, że nie badał zbyt często krwi cytologicznie ze względów czysto zewnętrznych. Nadmieniam też, że nie miał sposobności obserwowania działania alkoholu przy ropniach większych, gdyż jak na wstępie wspomniał, jest to pierwszy jego przypadek. Sprawdzianem działania leczniczego alkoholu w tym przypadku był: a) nagły duży spadek gorączki już po pierwszym zastrzyku, b) oraz okoliczność że dwumiesięczne ogromnie ciężkie wyniszczenie chorobą chorej nie sprzyjałoby samoistnemu wyleczeniu.

2. Kol. Świątkiewicz M. jun., gość, przedstawił przypadki z *naskórnym odczynem tuberkulinowym*.

W 1932 roku pojawiła się praca Nathana i Kallosa o odczynie naskórnym tuberkulinowym. Autorzy stosowali go we formie przymoczek z roztworu tuberkuliny na skórę nieuszkodzoną i uważali, że reakcja ta pod postacią rumienia oraz pojawienia się szeregu guzków żywo czerwonych wielkości siemienia występuje tylko u chorych z gruźlicą skóry, nigdy natomiast nie stwierdzili w przypadkach kontrolnych i w przypadkach gruźlicy innych narządów. Na oddziale skórny męsk. Szpit. państw. przebadano 50 przypadków gruźlicy skóry w tem 3 przypadki gruźlicy stwardniałej, jeden przypadek tocznia rumieniowego, 7 przypadków gruźlicy rozplywnej, 37 przypadków gruźlicy toczniowej, oraz 2 przypadki gruźlicy brodawkowej. Wynik dodatni dostaliśmy w 78% przypadków. Do tych odczynów używaliśmy 10% roztworu tuberkuliny. Prócz tego przebadaliśmy 90 przypadków kontrolnych, i tylko w trzech przypadkach odczyn wypadł dodatnio. U tych chorych rentgenologicznie stwierdzono stare zmiany swoiste w szczytach. Ponadto przebadaliśmy 15 przypadków gruźlicy płuc, z tego 9 gruźlicy stwardniałej, i 6 rozpadowej i tylko w jednym przypadku gruźlicy stwardniałej odczyn wypadł dodatnio. U chorych z gruźlicą skóry wykonaliśmy ponadto odczyn Mantoux i przekonaliśmy się, że oba te odczyny przebiegają równolegle, co przemawia za swoistością odczynu. Równoczesne stosowanie przymoczek z roztworu karbolu i gliceryny t. j. składników znajdujących się w roztworze tuberkuliny, jakoteż roztworu soli fizjologicznej nigdy odczynu dodatniego nie wywołało.

W dyskusji: Kol. Ostrowski St.: Odnośnie odczynu tuberkulinowego Nathana mówca podkreśla częstotliwe występowanie odczynu dodatniego u chorych z gruźlicą skóry w odróżnieniu od odczynu ujemnego występującego przeważnie u chorych dorosłych z gruźlicą płuc oraz u kontrolnych. O. przypomina badania własne nad zachowaniem się układu vegetacyjnego u chorych z gruźlicą skóry, które wykazały wahania i odmiennie zachowanie się tego układu, aniżeli wykazali je Gutth, Moro i Stal u chorych z gruźlicą płuc. Już w roku 1925 i 1926 O. starał się uzasadnić te różnice z jednej strony różnicą wprowadzenia tuberkuliny stosowanej podskórnie przez autorów niemieckich, podczas gdy sam wprowadzał tuberkulinę metodą Mantoux a z drugiej strony rodzajem chorych t. j. z gruźlicą płuc u powyższych autorów, z gruźlicą skóry i błon śluzowych w badaniach własnych. Również badania ówczesne jak i późniejsze nad zachowaniem się odczynu tuberkulinowego Mantoux pod wpływem jądów vegetacyjnych wykazały odmiennie zachowanie się tego odczynu, aniżeli to miało miejsce u autorów niemieckich. Spostrzeżenia i badania późniejsze pozwoliły O. na postawienie tezy, że alergja ustroju może ulegać wahaniom w zależności od miejsca chorobowego, czyli że alergja skórna bywa podobna, ale jest równocześnie inna w przypadkach gruźlicy skóry u dorosłych, niż u chorych z gruźlicą płuc.

Potwierdzenie powyższej tezy znalezione w naskórnym odczynie Nathana, który wypada dodatnio u chorych z gruźlicą skóry, zaś naogół ujemnie u chorych z gruźlicą płuc i kontrolnych. Mimo że odczyn Nathana nie jest w 100% przypadków dodatni, u chorych z gruźlicą skóry należy uznać go jako odczyn swoisty u dorosłych.

Kol. Węgrzynowski, czł. Twa odnośnie do poruszonego tematu, wspomina o pracy Kol. Bühna o t. zw. pirquetyzacji.

Kol. Gąsiorowski, czł. Twa: z powyższego jasno widać, że te same bakterje, te same toksyny gdzieindziej umieszczone dają inną idiosynkrazję, o czem zresztą już Landsteiner wspomina.

Kol. Musiał, czł. Twa zauważa, że odczyn ten jest podobny do odczynu wywołanego ektebiną w okulistyce.

Kol. Legeżyński St., czł. Twa uważa, iż dla określenia istoty tych odczynów na skórze występujących zapożyczony należało pojęcia wprowadzonego do nauki o odporności przez Besredkę, — mianowicie pojęcia alergji miejscowej. Wyniki lecznicze po miejscowym stosowaniu roztworu tuberkuliny — o których wspominał prelegent, również przemawiałyby za takim tłumaczeniem tych faktów.

Kol. Progulski, czł. Twa zaznacza, że ten odczyn wykonywano na klinice dziecięcej a odczyny tłumaczy sobie młodym wiekiem chorych.

Kol. Lenartowicz, czł. Twa podnosi, że odczynem Nathana posługiwano się w klin. dermat. bezpośrednio po zaznajomieniu się z pracą Nathana. Odczynów tak wyraźnych, jak to przedstawił prelegent, nie otrzymano w żadnym przypadku; niektóre odczyny dodatnie przedstawiały się pod postacią drobniutkich guzków na przestrzeni stosowanej naskórnie tuberkuliny i były ściśle ograniczone do miejsca stosowania. Różnica w wynikach otrzymanych na Oddz. Kol. Ostrowskiego a otrzymanych w klinice polegać mogła na tem, że trzymaliśmy się ściśle przepisu Nathana i używaliśmy roztworów tuberkuliny głównie 1. 10 — a najwyżej 20% wch, podczas gdy na oddziale Kol. Ostrowskiego stosowano przeważnie stężenia 20% a niejednokrotnie 50% wch. Prelegent niedostatecznie podkreślił znaczenie odczynu naskórnego Nathana; nie na tem polega wartość odczynu Nathana, że otrzymujemy odczyn skórny, bo odczynów tuberkulinowych skórnych znany dosyć — wskazują one jedynie na to, że dany ustrój jest gruźliczym, nie dowodzą bynajmniej, że ta lub owa zmiana chorobowa na skórze jest zmianą gruźliczą. Wartość odczynu Nathana polegać ma głównie według tego autora na tem, że dodatnio na ten odczyn oddziałują jedynie choroby z jakimkolwiek zmianami gruźliczemi *na skórze* — natomiast mają nie oddziaływać choroby z ogniskami gruźliczemi w narządach wewnętrznych. Gdyby dalsze badania potwierdziły te spostrzeżenia Nathana — to jego odczyn naskórny byłby cennym nabytkiem w odróżnianiu wykwitów gruźliczych od innych schorzeń klinicznie do nich podobnych. Zastąpiłby on wówczas poślukowanie się t. zw. odczynem ogniskowym, często niepewnym, a uzyskiwanym wówczas, gdy właśnie w celach rozpoznawczych i dla uzyskania odczynu ogniskowego posługujemy się dosyć znacznymi dawkami tuberkuliny wstrzykiwanej podskórnie.

Kol. Ostrowski St., czł. Twa podnosi, że spostrzeżenia poczynione przez klinikę dziecięcą, iż przymoczek z altuberkuliny wywołują odczyn naskórny, prawdopodobnie nie były zanotowane w piśmiennictwie i dlatego musi się dodawać nazwisko Nathana jako autora odczynu tuberkulinowego naskórnego. W odpowiedzi, czy odczyn Nathana jest swoisty dla gruźlicy skóry, O. zwraca uwagę na badania przeprowadzone na Oddziale własnym, które w ogólności potwierdzają wyniki Nathana, zatem wskazują one, że odczyn ten wypada ujemnie u chorych z gruźlicą płuc. Trudno w tych przypadkach mówić o różnicy w chłonności skóry roztworów tuberkuliny przez skórę chorych na gruźlicę, skóry odmiennie od chorych z gruźlicą płuc. Może to jedynie wskazywać na odmienną czułość chorych z gruźlicą skóry a zatem inną alergję aniżeli w gruźlicy płuc. Badania naszych chorych dotyczyły przeważnie chorych w wieku średnim, aczkolwiek są badani również chorzy pomiędzy 5 a 15 r. życia, jak również badani byli chorzy starsi wiekiem. Nie wyklucza możliwości odmiennego zachowania się odczynu w wieku niemowlęcym i dziecięcym, ale wiemy też, że alergja ustrojowa w tym wieku jest wyraźnie odmienna aniżeli w późniejszym okresie życia.

Kol. Luftman, czł. Twa zapytuje, dlaczego te same ciała odpornościowe miałyby odmiennie dawać odczyny.

Kol. Gąsiorowski, czł. Twa udziela wyjaśnień w tej kwestji.

Kol. Węgrzynowski, czł. Twa zapytuje, jak wytłumaczyć sobie wystąpienie gruźlicy brodawkowej na rękach, która jest jak wiadomo wywołana prątkiem typu zwierzęcego, w przypadku spostrzeganym przez siebie, gdzie chory z gruźlicą płuc zakaził się wydzieliną z ust i nosa.

Kol. Lenartowicz, czł. Twa: Odnośnie do uwag Kol. Węgrzynowskiego dotyczących gruźlicy brodawkowej skóry i jej najczęstszego usadowienia się na rękach to nie da się zaprzeczyć, że w większości przypadków mamy do czynienia z zakażeniem od zewnątrz bądź typem zwierzęcym bądź ludzkim — ale bywają zakażenia, które uznać należy za nadkażenie i to nadkażenie prątkiem własnym przy spadku odporności i przy stałym dostawianiu się w skórę dużych ilości prątków, wykrztuszanych np. z płucową chorego. Umiejscowienie na rękach wytłumaczyć

łatwo stałem obcieraniem ust i wąsów grzbietem ręki po kaszlu. Nie jest to jednak droga jedyna powstawania ognisk gruźlicy brodawkowej skóry, bo przy spadku sił ochronnych ustroju, prątki rozsiiane drogą krwi mogą również dać ogniska pojedyncze lub wielokrotne gruźlicy brodawkowej. O postaci klinicznej gruźlicy rozstrzyga, zdaje się, nie droga zakażenia ale stosunek sił ochronnych ustroju do czynnika zakażającego a w dużej mierze także okolica skóry. Z gruźlicą brodawkową spotykamy się najczęściej tam, gdzie przyskórek jest zgrubiał.

3. Kol. Ostrowski St., czł. Twa: Pokaz trzech przypadków gruźlicy stwardniałej.

W ostatnim czasie mamy możność dokładnego spostrzeżenia 4-ch przypadków, których mianownictwo jest różne, jednakowoż zachowanie się odczynu histologicznego, utkanie histologiczne, spistość nacieków, oraz badanie rentgenologiczne, wskazują, że mamy prawdopodobnie do czynienia z jednym i tym samym procesem chorobowym, z tem, że umiejscowienie nacieków skłania autorów do nadania tym zmianom różnego mianownictwa. Przypadki te zgodnie z tezą Lewandowskiego chcemy zaliczyć do *Tbc. indurativa cutis*. 2 przypadki *lupus pernio cum ostid. cyst. tbc.* Jüngling tyczą chorego lat 38 (pokaz fotografii) oraz chorego lat 34 z ubytkiem części miękkich nosa i górnej wargi. Barwa sino-fioletkowa, spisty naciek w obrębie nosa i policzków, utkanie gruźlicze drobnowidowe, odczyn B.-W. ujemny, w jednym przypadku odczyn Mantoux ujemny, w drugim odczyn Mantoux i Nathana dodatni, rozdęcie palców rąk i nóg oraz rozrzedzenie w członach palców i w pierwszym przypadku kości nosa wskazują jednolite pochodzenie, przemawiają za tłem gruźliczem.

1 przypadek tyczy chorego lat 29, u którego istnieją zmiany naciekowe na grzbiecie nosa o charakterze nacieku naskórkowo-skórnego, ponadto podobne zmiany o ułożeniu skórno-podskórnem na policzku prawym, również rentgenologicznie wykazano rozszerzenia w członach palców rąk i nóg. O. W. ujemny. O. Mantoux i Nathana ujemny. Badanie histologiczne ze skrawków nosa i policzka wykazuje utkanie o charakterze gruźliczym, z różnym jedynie uwarstwieniem nacieku. Wystąpienie u tego samego chorego nacieków w odmiennym ułożeniu pozwala na zaliczenie tej formy mieszanej do *Lupus pernio + sarcoid Boeckia*.

Jeden przypadek tyczy chorego lat 35, u którego stwierdzamy pod sino-brunatnem zabarwieniem skóry nacieki umieszczone w tkance skórno-podskórnej na obu policzkach oraz na brodzie. Badanie histologiczne wykazuje utkanie gruźlicze, odczyn biologiczne wypadły ujemnie, badanie rentgenowskie bez zmian. Ze względu na umiejscowienie nacieku zalicza się tę postać do sarkoidów Darier-Roussy. Zmiany spostrzegane w powyższych przypadkach wykazują podobieństwo w utkaniu i w ułożeniu nacieków do zmian spotykanych w *erythema induratum* Bazin. Różnice spotykane w lokalizacji powodują jak wspomnieliśmy różne mianownictwo, przez co wprowadzała pewien nieporządek, lub nieporozumienie w piśmiennictwie dermatologicznem. W powyższych przypadkach stwierdzamy zbieżność, jeżeli chodzi o spistość nacieków i o utkanie histologiczne, istnieje również rozbieżność, jeżeli chodzi o uwarstwienie nacieków, o zmiany rentgenologiczne w kościach i odczyn biologiczny, niemniej przewaga jednych cech nad drugimi pozwala zaliczyć wszystkie te zmiany do *Tbc. indurativa*, zwłaszcza że w przypadku II-gim *Lupus pernio* nastąpiło *restitutio ad integrum* pod wpływem przymoczek z roztworu alttuberkuliny.

Również 2 przypadki „sarkoidów” wykazują pewne rozmiękanie nacieków pod wpływem stosowania powyższych przymoczek. Byłby to jeszcze jeden dowód (*ex iuvantibus*), że wszystkie te procesy mają jedno wspólne tło etiologiczne.

W dyskusji: Kol. Kwiatkowski, czł. Twa: Ujmowanie szeregu postaci gruźlicy głębszych warstw skóry i tkanki podskórnej w jedną grupę „*Tuberculosis indurativa*” ułatwia nam niewątpliwie systematykę schorzeń gruźliczych skóry. Jednakże określenie to jest zbyt ogólne i sędzę, że przeciw należałoby zachować cały szereg dawnych nazw i jednostek chorobowych, wyodrębnionych przez dawniejszych autorów. Takie postacie chorobowe, jak *Erythema induratum* Bazin, *Lupus pernio*, sarkoidy Dariera i Roussyego — są tak charakterystyczne, przedstawiają tyle różnic pod względem klinicznym, że przeciw należałoby zachować te nazwy i wyodrębniać wspomniane jednostki. Przypada, że niektóre nazwy są nieodpowiednie, jak np. nazwa „sarkoidy”, wprowadzona przez Dariera. Słusznie też nazywają ją autorowie niemieccy nazwą straszliwą, „*entsetzlich*”. Co do wyników leczenia, jakie uzyskał Kol. Ostrowski trzeba przyznać, że są one doskonałe. Niektórych chorych mieliśmy sposobność oglądać przed leczeniem i stan, w jakim ich dziś widzimy, jest naprawdę bardzo dobry. Jeśli się do tego zważy, że i pod wzglę-

dem kosmetycznym leczenie przymoczkami z tuberkuliny dało bardzo korzystne wyniki, a mianowicie równe, gładkie, niepozaciągane blizny — należy pogratulować Kol. Ostrowskiemu jego nowej metody.

Kol. Goldschlag, czł. Twa: Przedstawienie jednoczasowo 3 przypadków powyższych zasługuje na szczególną uwagę; tem mógłby się poszczycić każdy nawet większy kongres. Rzecz inna, że byłby przeciwny łączeniu tych jednostek chorobowych w jedną całość tem bardziej w tem gronie. W niektórych przypadkach nie mamy dowodu, że tło sprawy jest gruźlicze.

Kol. Gąsiorowski, czł. Twa: Tło gruźlicze tej sprawy potwierdza leczenie (przymoczek z tuberkuliny).

Kol. Goldschlag, czł. Twa podnosi, że nie jest to dowodem, ponieważ mamy dobre wyniki lecznicze także i po salwarsanie, który nie jest lekiem swoistym.

Kol. Gąsiorowski, czł. Twa zaznacza, że salwarsan należy zaliczyć do środków chemoterapeutycznych.

Kol. Ostrowski St., czł. Twa: W dyscyplinie dermatologicznej istnieje skłonność do szukania 100% pewności, jeżeli chodzi o postawienie takiego lub innego rozpoznania. W ten sposób dochodzi się zamiast do uproszczenia do nadmiaru podziału rozmaitych zmian skórnych w zależności już to od ułożenia na policzkach czy na nosie na kończynach górnych czy dolnych lub tułowiu.

Również umiejscowienie nacieku w tej lub innej warstwie skóry lub tkance podsk. powoduje, że do podobnych utkaniem histol. zmian przyczepia się nieraz niestosownie określenia, oraz nazwisko autora. Do chaosu tego przyczynia się niejednokrotnie brak jednego lub więcej elementów, które wykazano w podobnym obrazie klinicznym.

Np. w sarkoidach jedynie Volk znalazł prątki Kocha. Liczne badania innych autorów nie wykazały w podobnych przypadkach powyższego zarazka. Zatem stawia się w wątpliwość czy sarkoidy są pochodzenia gruźliczego, skoro nie znachodzi się prątków Kocha, mimo iż utkanie histologiczne niedwuznacznie wskazuje na tło gruźlicze tego schorzenia. Odrzuca się etiologię gruźliczą, mimo że dostatecznie udowodniono, że *ost. cyst. Jüngling* jest pochodzenia gruźliczego. Jeżeli ponadto odczyn biologiczny wypadnie ujemnie, to kładzie się na karb innego tła aniżeli gruźliczego. Zapomina się przytem, że w sprawie gruźlicy nie wypowiedziano ostatniego słowa, że istnieje możliwość obecności *virus filtrans* i że obok alergii znamy pojęcie anergii.

Zdaje się, że wynik korzystny leczenia przymoczkami roztworu tuberkuliny pozwala i z tej strony na potwierdzenie przypuszczenia, że postaci powyższe można zaliczyć do gruźlicy skóry. Przyrodnik, który szuka 100% pewności, w medycynie będzie doznawał często zawodu.

Kol. Węgrzynowski, czł. Twa uważa, że wskazaniem byłoby w poszczególnych przypadkach stosowanie odpowiednich przymoczek (z *typus humanus, bovinus* i *gallinaceus*).

Sprawozdanie XIX. posiedzenia naukowego z dnia 9 czerwca 1933 r.

Przewodniczy: Kol. Lenartowicz.

1. Kol. Dobrzaniecki, czł. Twa przedstawił przypadek wycięcia nadnerczy przy zgorzeli stopy.

W dyskusji: Kol. Węgrzynowski, czł. Twa zapytuje jak sobie wytłumaczyć w tym przypadku szybkie działanie lecznicze przez wycięcie nadnercza, skoro zostaje w organizmie drugie, mogące wycięcie zastępczo funkcję.

Kol. Schramm nie z zapalemy się oduosił do powyższej operacji, bo może to być wynik chwilowy; robiono to już przy innych okazjach. Nie rokuje temu zabiegowi większej przyszłości.

Kol. Hilarowicz, czł. Twa: Nerw trzewny jest nerwem wydzielniczym dla nadnerczy. Czasowa czy trwała blokada nerwu trzewnego mogłaby również wpłynąć w tych przypadkach korzystnie.

Kol. Ostrowski T., zgadza się z zapatrywaniem Kol. Schramma, że poprawa natychmiastowa może być spowodowaną *shockiem* pooperacyjnym — a że może być jedynie czasową to z tego względu, że drugie nadnercze może działać zastępczo — ale wynik opłaca się bezwzględnie choćby za cenę zagojenia się rany i czasowego usunięcia czy złagodzenia bólów, które chorego zupełnie wyczerpują i przysparzają o bezsenność.

Kol. Grabowski, czł. Twa nadmienia, że w przypadkach zgorzeli stosuje się również naświetlanie nadnerczy promieniami Roentgena i w piśmiennictwie komunikują o dobrych wynikach. Prelegent miał wyniki zmienne.

Kol. Dobrzaniecki w odpowiedzi.

2. Kol. Finkel, gość wygłosił: *Obraz cytologiczny krwi u ludzi karmiących wszy.* (P. G. L. Nr. 32. 1933.).

W dyskusji: Kol. Lenartowicz, czł. Twa zapytuje, czy prelegent nie zauważył przy obecności na skórze *melanoderma e pediculosi* również i plam barwikowych na błonach śluzowych, co jest sprawą dość rzadką.

Kol. Finkel w odpowiedzi: plam barwikowych na błonach śluzowych w żadnym przypadku nie zauważył.

Sekretarz: T. Chorążak.

LIST DO REDAKCJI.

Otrzymałmy następujące pismo z prośbą o zamieszczenie.

Słownik czyli Redakcja Gazety Lekarskiej zagalopowała się.

W numerze 20-tym, 1933, Polskiej Gazety Lekarskiej, w dziale: „Różne“ znajduję „dziwolaż“ redakcyjny tragicomicznej natury. Opiewa on, że „Nasz świat lekarski w Ameryce ma widocznie zbyt małą łączność z piśmiennictwem polskim, jeżeli dopuszcza w swym organie różne dziwolaży językowe“.

Numer 25-ty b. r., str. 496 mówi, że: „Pod literą C „lekarzkiego słownika“ w *The Bulletin of the Polish med. a. dent. ass.* (dla pewności skraca się Ass'n., bo ass. z kropką czy bez kropki znaczą: osioł, etc.) *of America* znajdujemy dalsze curiosa: ciężkowiedło (barometr), cudotwórczy prętek (bac. proteus, odmieniec), cukroród (glikogen), cukrownica (cukrzyca), cycek (sutek), cycowaty (sutkowy), cycowa nora (jama sutkowa), cynczyca (zatrucie cyną). Wyrażenie chrząstka cymbałowata (nalewkowata) chociaż niedopuszczalne jako pomysł jednostki, godne jest jednak zastanowienia się przy nowym wydaniu słownika lekarskiego Akad. Umiejętności w Krakowie“.

Aby nie zaszło przypadkiem dalsze nieporozumienie, podam interesowanemu do wiadomości, że autor niniejszego ma niezaprzeczalnie bliższy kontakt z piśmiennictwem polskim niż recenzent, co wykaże się poniżej, zaś łączność naogół, jaka istnieje, zprecypitował z gazowej dziedziny marzeń i mów bankietowych wobec nawet negatywnego stanowiska obydwu stron interesowanych.

The Bulletin of the Polish Med. a. Dent. Ass'n. of A., jest właśnie jednym z poważnych czynników przygotowania i nawiązania pożądanej łączności. Jednak próby potęgowania tego uczucia za pośrednictwem notatek, jak powyższe ze strony macierzystej, uważam, całkowicie chybiamą celu poza nadwyższe-niem prestiżu sprawozdawcy.

Dla umożliwienia dostępu do literatury polskiej (ludziom studiującym medycynę w języku angielskim) postanowiłem wydać słownik polsko-angielski. Jest rzeczą znaną, że zebranie terminów popularnych i ogólnie znanych kwestii nie rozwiąże, czego miałem dowód przy streszczaniu piśmiennictwa polskiego do *Journal of Am. Med. Ass'n.*, postanowiłem więc wydać słownik obejmujący całość piśmiennictwa medycznego polskiego. Po źródło do tej pracy udałem się do Polskiego Słownika Lekarskiego (prof. dr. Fr. Giedroyc, Warszawa 1933, wydawnictwo Kasy Imienia Mianowskiego). Tu właśnie jest źródło tej boleśnie niezdarnej terminologii, ale prof. Giedroyc z palca jej nie wysłał a zebrał ją z piśmiennictwa przy olbrzymim nakładzie pracy widocznej na każdej stronie swego dzieła.

Jest dla mnie rzeczą całkiem niezrozumiałą, aby ta praca mogła redakcji nie być znaną, ale, jeżeli trzeba, to poproszę o przekartkowanie przynajmniej Słownika Języka Polskiego a nikt na przyszłość nie będzie więcej obwiniał wychodźtwa o paczenie języka polskiego. Równocześnie nie mogę pominąć milczeniem faktu, że podczas, gdy drukowaliśmy początek części angielsko-polskiej, a opracowywałem ją bez żadnych źródeł polskich, nie podniósł się żaden głos protestu o paczenie polskość. Gdzież więc właściwie jest ten język polski, jeżeli zgryźliwie narzeka się na żywce przedrukowaną część polską z najnowszego dzieła wydanego w Polsce?

Pozwoli autor notatki, że poproszę o odrobinę cierpliwości a ukażą się i ulubione słowa, wyjdzie słownik polsko-angielski i angielsko-polski niedługo, może zacieśni „łączność“, ale z pewnością umożliwi światu angielskiemu dostęp do literatury polskiej, a może, z biegiem czasu, wychodźtwa postara się o zaprowadzenie jednolitej terminologii w medycznym piśmiennictwie polskim przez wydanie ekspurgowanego słownika, jeżeli profesja w Polsce tego przedtem nie zrobi.

Co do drugiej notatki to pragnę stwierdzić fakt, że Akademia Umiejętności w Krakowie, która nie nosi się z zamiarem

wydania słownika według autentycznych wiadomości (Kraków wydał już słownik w 1905 r.), gdy zdecyduje się tę pracę podjąć, to z pewnością zamieści tak chrząstkę nalewkowatą jak i cymbałowatą, bo ten ostatni termin, jakkolwiek bardzo potrzebny w życiu ogólnym, to w medycynie powinien być stosowany częściej niż to działo się dotychczas.

Kończąc pozwolę sobie wyrazić radość, że mój apel, zamieszczony w kilku wydaniach *Bulletin'u*, o współpracy profesji w sprawie słownika przynosi owoce. Forma współpracy nikogo na wychodźtwie nie rozczaruje ani też zdziwi, uwzględniając w całej rozciągłości chwalebne wysiłki Biura Propagandy Med. Polskiej i Związku Polaków z Zagranicy, nie zdziwi powtarzam po przejściu wyczerpującego leczenia odwracającego, stosowanego nagminnie we wszystkich przejawach kontaktu wychodźczo-macierzystego.

Dr. W. F. Kalisz (Chicago).

Odpowiedź.

Z konieczności odpowiadamy tylko na zupełnie zrozumiałe ustępy pisma Dra Kalisza. Takie jak sprawa „*sprecypitowania z gazowej dziedziny marzeń*“ musimy pominąć. Ponadto zgóry przepraszamy Autora za użycie skrótów ass. zamiast właściwego Ass'n. gdyż nie chcieliśmy wcale łączyć skrótów z podaniem przez Autora tłumaczeniem: *osioł*. Podajemy natomiast w wątpliwość kompetencje Autora do układania słownika.

Giedroyc, na którego się Autor powołuje, określa sam charakter swego słownika w przedmowie: „Dwojakie zadanie może mieć słownik: dydaktyczne, jeśli stanowi kodeks, którym kierować się powinien mówiący i piszący albo też archiwalne, jeżeli ogarnie całe bogactwo języka, aby je w druku utrwalić i udostępnić badaczom. Zbiór niniejszy ma spełnić wyłącznie drugie z tych zadań“. Dr. Kalisz, usiłował przeciwnie spełnić pierwsze właśnie zadanie; oparł się na Giedroyciu niesłusznie a wybierał z jego skarbnicy źle i poomacku.

Zgodnie z zapowiedzią znajdujemy u Giedroycia wyrażenia z gwar różnego rodzaju (znaczone*) i staropolskie (ze znakiem †), których nikt nie zalecałby dla umożliwienia dostępu do literatury polskiej; nawet bez gwiazdki i krzyżyka umieszcza G. także pod literą *Ch* określenia np. części rodnych, które w lekarskim piśmiennictwie współczesnym są niedopuszczalne.

Notatki nie kierowaliśmy przeciw wychodźtwa ale przeciw Autorowi słownika polsko-angielskiego i przeciw Redakcji *Bulletin'u* za umieszczanie go w dotychczasowej formie. Zupelnie też niepotrzebnie miesza Dr. K. pojęcia autora słownika polsko-angielskiego z pojęciem wychodźtwa. Dr. K. dał się również zbyt nieumiejętnie marzeniom nad wydaniem *ekspurgowanego słownika*. Wbrew Jego *autentycznym wiadomościom* Polska Akademia Umiejętności w Krakowie rozpoczęła już pracę nad nowym słownikiem lekarskim i wezwała ogół lekarski do pomocy. Wiadomość o tem umieszcza P. G. L. w swoim czasie. Praca ta jednak postępuje z natury rzeczy powoli i nawet początek jej nie ukaże się z pewnością bez dokładnego przestudowania źródeł.

Mamy nadzieję, że wychodźtwa polskie w Ameryce nie uczuje się dotknięte naszą notatką, że natomiast Autor słownika polsko-angielskiego będzie drukował dalsze jego części przybrawszy Sobie dobrego pomocnika, który znając ducha języka polskiego sięgnie po materiał do współczesnego piśmiennictwa. Giedroycia lepiej pozostawić archiwom i badaczom. Radzimy wziąć za podstawę „*Słownik Lekarski Polski*“ opracowany przez T. Browicza, St. Ciechanowskiego, St. Domańskiego i L. Kryńskiego i wydany w Krakowie w r. 1905. W Redakcji naszej korzystamy zeń bardzo często.

Dr. K. Czyżewski (Lwów).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Zmarli.

Prof. dr. W. Storm van Leeuwen, dyrektor instytutu leczniczego w Leiden (Holandia) zmarł 30. VI. Uczony ten wstąpił się swymi badaniami nad schorzeniami alergicznymi i ich leczeniem.

Sprawy zawodowe.

Ministerstwo W. R. i O. P. zatwierdziło uchwałę senatu uniwersytetu wileńskiego o wstrzymaniu nostryfikacji zagranicznych dyplomów lekarskich.

Różne.

Instytut Balneologiczny w Krakowie zyskuje stałe fundusze. Blankiety na zniżki kolejowe z uzdrowisk zostały opodatkowane w tym celu w wysokości 5 gr, ponadto komisje uzdrowiskowe oddają 1% wpływów z taks kuracyjnych. Dotychczasowy fundusz przekracza 60 tys. i dojdzie prawdopodobnie w tym roku do 80 tys.

Przyrost naturalny ludności Polski, który w roku 1930 wynosił 525.000 (16,7 na 1.000 w stosunku rocznym), obniżył się w 1931 na 470.000 (14,7) a w 1932 na 444.000 (13,7). Obniżenie to spotykamy we wszystkich krajach europejskich (za wyjątkiem Portugalii), wcale silnie występuje ono we Włoszech, mimo znanej akcji Mussoliniego (liczby za powyższe trzy lata: 516.000 (12,6), 417.000 (10,2) i 379.000 (9,1), najgwałtowniejsze jest w Niemczech (1930 — 416.000 i 1932 — 280.000) tudzież na Węgrzech (1930 — 81.000 i 1932 — 45.000). Trwale najniższy przyrost utrzymuje się we Francji.

Choroby zakaźne w Polsce. Ostatnie tygodnie czerwca, b. r. wykazały wzmogone ilości zachorowań na dur brzuszny w województwach zachodnich. Poza to nasilenie głównych chorób zakaźnych nie odbiega od przeciętnej z ostatnich lat.

Choroby zakaźne w Niemczech w pierwszym półroczu 1933 wykazują w porównaniu z rokiem ubiegłym wzmogoną ilość zachorowań na błonicę (32.971), nagminne zapalenie opon mózgowych (363). Inne choroby zakaźne wykazują zmniejszoną zachorowalność, jednak umieralność z ich powodu, — prawdopodobnie wskutek ogólnego wyniszczenia ludności w związku z kryzysem — przewyższa ilość zgonów z roku ubiegłego. Dotyczy to czerwonki, zatruc mięsnych, choroby Heine-Medina. Gorączkę połogową stwierdzono w 2.418 przypadkach, z czego zmarło 674 kobiet.

Pharm. Post. donosi, że dr. Butenandt z Getyngi stwierdził doświadczalnie, że w roślinach (badał palmy) znajdują się te same hormony płciowe, co w ciele zwierzęcym.

Wykonywanie wzywiskacji zostało we Włoszech ustawowo bardzo silnie ograniczone. Wykonywać je może tylko dyrektor instytutu doświadczalnego lub jego uprawniony zastępca, w żadnym wypadku studenci. Powtarzać doświadczenia raz dokonanego nie wolno. Kontrolę instytutów mają wykonywać urzędnicy prywatnych towarzystw ochrony zwierząt i policja. Ustawa ta jest wśród lekarzy rozmaicie oceniana. — Podobną ustawę miało wydać również i w Niemczech, brak jednak co do tego ścisłych informacji.

Komunikaty.

Program IV. Zjazdu Związku Lekarzy Słowiańskich i XIV. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich. — Niedziela, dnia 10 września 1933: Godzina 13.30: Powitanie na dworcu uczestników IV Zjazdu Związku Lekarzy Słowiańskich. Godzina 17: Manifestacja przy Lipie Słowiańskiej. Godzina 20: Akademia ku uczczeniu 250-lecia Odsieczy Wiednia. Wieczorem: Zebranie zapoznawcze w Adrii. pl. Wolności.

Poniedziałek, dnia 11 września: Godzina 10: Otwarcie IV Zjazdu Związku Lekarzy Słowiańskich, w Auli Uniwersytetu: a) Zgajenie, b) Wybór prezydium Zjazdu i prezesów honorowych, c) Przemówienie przewodniczącego Zjazdu, d) Przemówienia oficjalnych delegatów słowiańskich, e) Przemówienia przedstawicieli władz, f) Wykłady na temat: „Wole na Ziemiach Słowiańskich“. Godzina 13: Wspólne śniadanie w Hotelu Bazar. Godzina 15: Posiedzenie Prezydium Związku Lekarzy Słowiańskich. Godzina 15.30: Posiedzenie plenarne: a) Wykład Prof. dra. L. Hirszfelda p. t.: Grupy krwi w medycynie sądowej, b) Oznaczenie miejsca następnego Zjazdu Związku Lekarzy Słowiańskich, c) utworzenie specjalistycznych towarzystw słowiańskich w ramach Związku Lekarzy Słowiańskich. Godzina 20: Bankiet, wydany przez Prezydium Związku Lekarzy Słowiańskich w hotelu Bazar. Godzina 22: Koleżeńskie zebranie dla wza-

jemnego zapoznania się członków XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w dolnych salach Hotelu Bazar.

Wtorek, dnia 12 września: Godzina 9: Nabożeństwo w Fardze. Godzina 10: Otwarcie XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Auli Uniwersytetu: a) Zgajenie (przewodniczący Komitetu Organizacyjnego), b) Wybór rzeczywistego prezydium Zjazdu i prezesów honorowych, c) Przemówienie przewodniczącego Zjazdu, d) Lista oficjalnych delegatów i nadesłane życzenia (odczytuje sekretarz generalny), e) Przemówienie przedstawicieli Rządu, Uniwersytetu i Miasta, Towarzystw naukowych i Zrzeszeń Przyrodniczych i Lekarskich, f) Przemówienia Delegatów Zagranicznych, g) Przemówienie Prezesa Delegacji Zjazdów i sprawozdanie Delegacji, h) Wykład Prof. Dr. Władysława Szafera z Krakowa p. t. Ochrona przyrody i higiena społeczna. Godzina 12.30: Otwarcie Wystawy „Przyroda, Zdrowie i Opieka Społeczna“, na terenach Targów Poznańskich. Godzina 13—15: Przerwa obiadowa. Godzina 15.30.—18: Posiedzenia w sekcjach naukowych. Godzina 18: Pokaz sportowy na Stadionie Miejskim. Wieczorem: Raut, wydany z okazji Zjazdów przez Pana Prezydenta Rzeczypospolitej na Zauku.

Środa, dnia 13 września: Godzina 9—10: Drugie posiedzenie plenarne w Auli Uniwersytetu: a) Wykład Gen. Dra. S. Roupperta p. t.: „Nauka Polska a Zagadnienie ochrony Kraju“, b) Nadanie doktoratu honorowego U. P. Prof. Dr. St. Zarembie i Prof. Eug. Romerowi. Godzina 10—13: Posiedzenia w sekcjach naukowych. Godzina 13—15: Przerwa obiadowa. Godzina 15—19: Posiedzenia w sekcjach naukowych. Godzina 19: Posiedzenie wspólne Delegacji Stałej z Komitetem Organizacyjnym. Wieczorem: Raut wydany z okazji Zjazdu przez Prezydenta m. Poznania w Auli Uniwersytetu.

Czwartek, dnia 14 września: Godzina 9—10: Trzecie posiedzenie plenarne w Hali Reprezentacyjnej Targów Poznańskich: a) Wybór Delegacji Stałej Zjazdów Lekarzy i Przyrodników Polskich na następną czterolecie, b) Wykład Prof. Dr. Cz. Biało-brzeskiego p. t.: „Idee podstawowe nowej fizyki“, c) Wykład Prof. Dr. L. Hirszfelda p. t.: „Zagadnienie współżycia drobnoustrojów i człowieka“. Godzina 10: Posiedzenie wspólne Delegacji Stałej z nowoobraną Delegacją. Godzina 10—13: Posiedzenia w sekcjach naukowych. Godzina 13—15: Przerwa obiadowa. Godzina 15—19: Posiedzenia w sekcjach naukowych. Godzina 15—20: Wycieczka do Ludwikowa na otwarcie Wielkopolskiego Parku Narodowego. Godzina 20: Przedstawienie w Teatrze Wielkim.

Piątek, dnia 15 września: Godzina 8—10: Posiedzenia w sekcjach naukowych. Godzina 10: Czwarte posiedzenie plenarne w Auli Uniwersytetu: a) oznaczenie miejsca przyszłego Zjazdu, b) Uchwalenie wniosków, przedłożonych Ogólnemu Zgromadzeniu przez Delegację Stałą i poszczególne sekcje, c) Wykład Prof. Dr. Fr. Grödera p. t.: „Psychologia wychowania“, d) Zamknięcie Zjazdu (przemówienie Przewodniczącego Zjazdu).

Na XIV. Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu utworzona została podsekcja dla walki z alkoholizmem. Posiedzenie odbędzie się we czwartek dnia 14-go września 1933 r. o godzinie 15 w sali Domu Akademickiego przy Wałach Leszczyńskiego 6. Referaty wygłoszą: 1) Dr. S. Stypułkowski: System Walki z alkoholizmem na terenie I. Miejskiego Ośrodka Zdrowia w Warszawie. 2) Dr. Cieszyński: Alkohol a dziecko. 3) Dr. Henryk Zajączkowski: Lecznica dla alkoholików. 4) Ks. Dyr. Gałdyński: Doświadczenia w Pracy Poradni Polskiej Ligi Przeciwalkoholowej. 5) Red. Kazimierz Kalinowski: Pacjent-abstynent. 6) Jan Szymański: Walka z alkoholizmem i lekarze. 7) Dr. Stan. Leszkiewicz: Dlaczego ludzie piją? 8) Doc. Dr. J. Huryłowicz i Dr. J. Krasowska: O niektórych zmianach we krwi u alkoholików. 9) Dr. Tadeusz Frąckowiak: Alkohol chroniczny z punktu widzenia charakterologii. 10) Doc. Dr. G. Szule: Czy alkohol jest pożywnością. 11) Prof. Dr. Gantkowski: Dzisiejsze poglądy na alkohol jako lek.

Biuro pośrednictwa pracy dla lekarzy przy Izbie lekarskiej w Krakowie posiada zgłoszenia o kilku wolnych placówkach i posadach dla lekarzy. Zainteresowani mogą się zgłaszać po bliższe informacje w poniedziałki i czwartki od 6—7 wiecz. w lokalu Izby lekarskiej.

CENY OGŁOSZEŃ	¹ / ₁	¹ / ₂	¹ / ₃	¹ / ₄	¹ / ₁₆	PRENUMERATA NA KWARTAŁ III-ci
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.—						