

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁAD KLINICZNY.

Dr. med., Dr. fil. Tadeusz BILIKIEWICZ,
Docent Uniw. Jagiellońskiego.

Kraków.

Psychoanaliza życia płciowego kobiety¹⁾.

Nowość psychoanalizy polegała na tem, że po raz pierwszy zastosowano do psychologii i psychopatologii myśl genetyczną. Tę samą myśl genetyczną, która od czasów Darwina święciła triumfy na polu nauk przyrodniczych. Psychoanaliza w zastosowaniu do filogenetyki pogłębiła ogromnie badania psychologii porównawczej. Ale to, co wywołało największy ruch wśród lekarzy, co stanowiło prawdziwy przełom w ujmowaniu zjawisk psychicznych, to zastosowanie myśli genetycznej do psychologii i psychopatologii człowieka jako indywiduum. Nowość metody psychoanalitycznej polega więc na tem, że nie ograniczamy się do stwierdzania zjawisk normalnych lub anormalnych, lecz że stale szukamy ich genety. Psychoanalizie zjawisk psychicznych normalnych odpowiadały po stronie somatycznej embriologia. Podobnie zaś, jak tylko znajomość embriologii może nam dać wyjaśnienie pewnych wad rozwojowych — wyjaśnienie więc genetyczne — tak samo i psychoanaliza dąży do wyświetlenia zarówno normalnego *status praesens* jak i anormalnego — z punktu widzenia rozwojowego.

To postępowanie ma dobre i złe strony. Do ciemnych stron zaliczyć trzeba przedewszystkiem trudność orientacji w introspekcji chorego, która sprawia, że pierwiastki rozwojowe psychiczne nie są tak łatwo dostępne jak somatyczne. Jasną zaś stroną metody psychoanalitycznej jest to, że powiązanie objawów z odpowiednikami przyczynowymi, w sensie uświadomienia ich choremu, ma wybitne działanie lecznicze.

Jakimże to materiałem badawczym rozporządza psychoanalityk? Zużytkowuje on te przejawy życia psychicznego, które przez nie-psychoanalityków uważane są za zupełnie bezwartościowe odpadki normalnego lub anormalnego psychizmu. Treść tych materiałów długie stulecia była niedoceniana. A i dziś jeszcze nie-psychoanalityk nie może się dopatrzeć w wypowiedziach ludzi o zamroczonej świadomości, umysłowo chorych od najcięższych psychoz do skromnych dziwactw psychopatów, lub w marzeniach sennych — żadnej uporządkowanej treści. Osnowa marzeń sennych wydaje się chaosem, objawy cielesne psychorodne zdają się być zależne tylko od przypadku czy fantazji chorego, a treści chorobliwych lub nawet niektórych normalnych fantazji przedstawia się nam jak stek niedorzeczności. Te właśnie rzekomo bezproduktywne odpadki życia psychicznego zużytkowane zostały przez psychoanalizę do celów naukowych.

Stało się to przedewszystkiem dzięki odkryciu symboliki psychoanalitycznej, w świetle której te bezładne materiały nabrały ogromnej wartości. W symbolice psychoanalitycznej znaleziono klucz do zrozumienia genety treści nie tylko marzeń sennych, objawów chorobowych psychorodnych i t. p., lecz również wszelkiej twórczości kulturalnej od jej najprymitywniejszych zaczątków aż do najwspanialszych wykwitów twórczości artystycznej.

W niniejszym odczycie mam przedstawić w paru słowach wyniki badań psychoanalitycznych w odniesieniu do życia płciowego kobiety. Badaniom tym przyświecał ideał poszukiwań genetycznych w anatomii. Wiemy, że narządy płciowe rozwijają się stopniowo z nieodróżnicowanych zawiązków, że przechodzą okres nieodróżnicowania płci, że stopniowo ze wspólnych zawiązków rozwijają się poszczególne części narządów definitywnych. Ostatecznie porównując narządy płciowe obu płci widzimy zupełną analogię poszczególnych części składowych z tem, że dany narząd u jednej płci wybita się na maczelne miejsce, ulegając u drugiej płci redukcji. Jednakże przy najdalej posuniętym zaniku mogą szczególne badania wykryć istnienie tych narządów w stanie zaczątkowym. Są one niekiedy wciągnięte funkcjonalnie do innej roli, lub też wogóle żadnej roli widocznej mogą nie odgrywać.

Mojem zdaniem, jednym z najgenjalniejszych pomysłów twórców psychoanalizy było przeprowadzenie tej samej myśli prze-

wodniej w dziedzinie psychologii życia płciowego. Najpierw zwrócono uwagę na to, że seksualizm dziecięcy bynajmniej nie jest skierowany wyłącznie ku płci przeciwnej. Im bliżej i im bezstronniej poczęto podchodzić drogą żmudnych analiz do sfumionych wspomnień seksualnych wczesnego wieku dziecięcego, tem bardziej zaczęła uderzać dwupłciowość psychiczna dziecka. To co nazywamy popędem płciowym dorosłego, to odległy wynik zawiłych przekształceń dziecięcego biseksualizmu. Posuwając się wstecz tym szlakiem genetycznym, odkrywamy stopniowo psychiczne pierwiastki pochodzenia już nie tylko ontogenetycznego, ale i filogenetycznego.

Jest rzeczą godną podniesienia na wstępie, że rozwój popędu seksualnego nie idzie ściśle równoległe z fizycznym rozwojem narządów płciowych. Przy urodzeniu narządy płciowe są już zróżnicowane w wysokim stopniu. Okres nieodróżnicowania płci pod względem cielesnym przypada na wczesny okres życia płodowego. Natomiast psychologiczny rozwój życia płciowego, który stanowi pewną analogię do rozwoju cielesnego, przypada na okres życia pozapłodowego. W pierwszym okresie brak wogóle zróżnicowania płciowego. Obie płci przechodzą identycznie ten okres, gdy jedyną pobudliwą częścią ciała zdaje się być błona śluzowa ust. Po tym okresie oralnym zjawia się okres sadystyczno-analny, gdzie również jeszcze śladu zróżnicowania płci nie widać. W tym drugim okresie błona śluzowa кишки stolcowej zdaje się być głównym źródłem podnieć. Oba te pierwsze okresy obejmuje się wspólną nazwą popędu płciowego pregenitalnego. W głębokiej psychoanalizie można z tego okresu w szczęśliwych wypadkach wydobyc zafarte wspomnienia popędów, których się nie da w tych fazach odróżnić od popędu do ssania względnie wrażeń związanych ściśle z defekacją. Rozszerzono pojęcie seksualizmu jednakże aż na te przeżycia, gdyż ich ścisły związek z popędem płciowym nie ulega wątpliwości. Występuje on szczególnie jasno w pewnych chorobliwych fantazjach, łącząc się według określonych praw z osobami rodziców i t. p.

Dopiero w okresie genitalnym popęd płciowy poczyną się rozdawać na odrębne płci, atoli pod znakiem dwupłciowości. W tej to fazie rozstrzygają się losy owego sławnego kompleksu Edypa, którego zawiązki da się wysledzić już w fazie pregenitalnej. Rozwój tego kompleksu przebiega nieco odmiennie u obu płci, i normalnie nie pozostawia po sobie żadnych zaburzeń. Tylko w patologicznych przypadkach to zasadniczo normalne ustosunkowanie dziecka do rodziców staje się przez powikłanie z fantazjami treści seksualnej źródłem niebezpiecznych konfliktów.

Te fantazje wczesnego wieku dziecięcego pozwoliły nam wejść bliżej we współzależność popędu płciowego od etapów rozwoju cielesnego. Pokazuje się, że źródłem podnieć seksualnych w wczesnym okresie genitalnym u dziecka płci żeńskiej jest lechtaczka. Narządowi temu przypada w udziale ta sama rola, co pracici, przyczem analogia w zachowaniu się dzieci obojga płci może się posunąć aż do tego stopnia, iż dziewczynki wczuwają się w aktywno-sadystyczne sytuacje, zamiast w swych fantazjach zgodnie ze swoją płcią skłaniać się ku masochizmowi. Studja te oddały ogromne usługi przy wyświetleniu genety zbroczeń płciowych, które psychoanaliza wyjaśnia zjawiskami regresji z fiksacją na wczesnym stadium rozwojowym. Również dla genety nerwic badania te posiadają pierwszorzędną wagę. W tych pierwszych bo wiem latach dzieciństwa (mniej więcej do piątego roku życia) powinieli kompleks Edypa ulec zagładzie, wyparty przez stojący z tamtym w ścisłym związku t. zw. kompleks kastracyjny. W patologicznych przypadkach w tej właśnie fazie rozwojowej zawiązują się lękli i natrętne wyrzuty sumienia. Skłonne do fantazjowania dziecko tworzy sobie — nierzadko pod wpływem nieostrożnego otoczenia — własne hipotezy rozrodu i różnicy między płciami. Jak daleko w tych fantazjach posuwa się dziecko, to wiedzieć może tylko lekarz-psychoanalityk, wnikający w psychologię głębi. W fantazjach tych chłopcy drżą przed odcięciem członka za karę, iż uprawiali samogwałt, lub iż oddawali się grzesznym myślom. Możliwość tej kary upatrują dzieci w spostrzeżeniu odmiennej anatomii narządów płciowych dziewcząt. Ten sam kompleks kastracyjny u dziewcząt łączy się z poczuciem winy i poniżenia, względnie pokrzywdzenia przez naturę. Poczyną przenikać stopniowo do dziecięcych umysłów rozróżnienie istoty zła i dobra, przyczem

¹⁾ Odczyt wygłoszony na posiedzeniu T-wa Ginekologicznego w Krakowie, w dniu 14 marca 1933 r.

wszelkie tematy płciowe spotykają się z jaknajsurowszą oceną moralną. Do jeszcze większych konfliktów w dziecięcej duszy prowadzi bezwzględny obowiązek szanowania rodziców, z czym w sprzeczności stoją fantazje płciowe o charakterze wręcz kazirodczym. Różne poruszenia duszy, w których bez trudu odkryć można takie pierwiastki jak miłość, nienawiść, zazdrość i t. d., skłębają się w potężny konflikt, który w ustrojach psychicznych nieodpornych wyrzyna nieugaszone źródło lęków, samooskarżeń i natrętnych wyrzutów. Normalny ustrój dziecka rzuca na ten pierwszy akt psychicznej tragedii gęstą zasłonę stłumienia i wchodzi w następny okres organizacji płciowej ze zmienionem nastawieniem w stosunku do siebie i otoczenia.

Jest to okres względnej latencji płciowej. Aktywność sadystyczna chłopca raczej się wzmogła w tych walkach wewnętrznych. Natomiast nastawienie płciowe dziewczęcia nabiera zupełnie innego charakteru wskutek tego, iż aktywność poprzedniego okresu nie mogła iść w parze z anatomiczną i funkcjonalną wartością lechtaczki. Stąd dzieje kompleksu kastracyjnego już zgóry skazane są na zupełnie inny los. Również więc psychologicznie musi się dokonać zwrot od aktywnego nastawienia płciowego do pasywnego. Popęd płciowy musi porzucić prędzej czy później dotychczasowy teren bodźców, aby się stopniowo przetrząsnąć na części płciowe inne.

Naogół odróżnić można trzy typy reagowania dziewcząt na doznana t. zw. w języku psychoanalityków „kastację“ (czyli odkrycie braku prącia). Dodać tu oczywiście należy, że nie tylko same warunki anatomiczne składają się na te sposoby oddziaływania, lecz że i szereg innych momentów sprawia, iż dziewczynka z zawiścią i z poczuciem pokrzywdzenia patrzy na chłopców.

1) Pierwszy typ reaguje charakterystycznym poczuciem małowartościowości. Dziewczęta te pod wielu względami czują się w stosunku do chłopców upośledzone, z tym stanem rzeczy jednak się godzą, skierowując swe ambicje gdzieindziej. Zwłaszcza fantazje macierzyństwa stanowią dla tych dziewcząt pociechę. Jest to typ najpowszechniejszy.

2) Drugi typ reaguje głuchem poczuciem zemsty. Zawiść tych dziewcząt zwraca się głównie ku braciom, nierzadko cechuje je nienawiść ku ojcu. To, co w fantazjach tych dzieci, szczególnie jaskrawo w wypadkach chorobliwych, występuje jako wyraźna zazdrość o posiadanie członka, to w późniejszym życiu zamienia się w wybitną aktywność życiową i dążnością do współzawodniczenia z mężczyzną.

3) Te dwa typy, wyróżnione przez Abrahama, wzbogaciła Helena Deutsch trzecim, posiadającym ogromne znaczenie dla psychopatologii życia płciowego. Jest to typ, który jak gdyby negował brak prącia, jak gdyby zawierał kompromis między rzeczywistością i popędem. Popęd płciowy tych kobiet doznaje ustalenia na stadium, gdy *fallus* stanowi jedyny teren podnieć płciowych i nie przenosi się w późniejszym życiu na błonę śluzową pochwy. Tą regresją tłumaczy się oziębłość płciową kobiet. Tutaj zaliczyć też trzeba względną oziębłość płciową kobiet, które przy normalnym stosunku nie są w stanie dojść do orgazmu, które jednak orgazm łatwo wywołują masturbacją lechtaczkową w samotności, lub nawet drażniąc swą lechtaczkę w czasie stosunku płciowego. Z tego samego typu rekrutują się aktywne osobniki homoseksualne. Odkrycia te, znane pod nazwą kompleksu męskości, mają ogromne znaczenie dla leczenia psychoanalizą wymienionych zbroczeń płciowych, zwłaszcza oziębłości.

Wbrew temu, co by mogły mówić spostrzeżenia powierzchowne życia codziennego, również w okresie latencji popędu płciowego, a więc mniej więcej od 5 roku życia do wieku pokwitania, popęd płciowy bynajmniej nie jest różnicowany na dwie odrębne płci. Rzecz ta dokonuje się dopiero w okresie dojrzewania płciowego. Marzenia na jawie dzieci obojga płci, analizowane aktualnie lub *ex post*, nie pozostawiają najmniejszych wątpliwości, że przedmiotem płciowym pożądań mogą być nie tylko osoby płci przeciwnej, ale i tej samej, bez tego, by trzeba było zaraz mówić o zbroczeniach. Rzecz prosta jednak, że im bliżej lat pokwitania, tem wyraźniej zaczyna przeważać w normalnych wypadkach jedna strona nad drugą. Nie można przytem zamykać oczu na fakt, że w stosunkach kulturalnych wszystkie czynniki wychowawcze zmierzają do rozbudzenia heteroseksualnego nastawienia od najwcześniejszych lat. Te wpływy środowiska nie są w stanie jednakże nigdy silnie doszczętnić tych pierwiastków psychiczno-seksualnych, których rozwój przebiega równoległe ze stopniem różnicowaniem się narządów płciowych.

Pokwitanie połączone jest zwłaszcza u kobiety z szeregiem przeżyć, których ujemny wpływ zarówno na stronę cielesną jak i psychiczną ogólnie jest znany. Nie można bowiem zaprzeczyć, że miesiączka wogóle ze stanowiska historii kultury jest zjawiskiem patologicznym, jakkolwiek dzisiejszy ginekolog przywykł traktować ją jako sprawę fizjologiczną. Ścisłe biorąc miesiączka wogóle

nie powinna się zjawiać. Zapłodnienie kobiety powinno nastąpić, zanim jeszcze miesiączka zdąży się pojawić. Z czasem ludzkość poczęła wprowadzać szereg urządzeń społecznych, które miały na celu regulować stosunki płciowe niezależnie od popędów, jedynie pod hasłem wskazań wyższych. Od czasu ukazania się pracy Freuda „*Totem i tabu*“ rozpoczął się w psychoanalizie potężny ruch, który miał na celu wyświetlenie mnóstwa problemów drogą analizy obyczajów i przesądów u ludów pierwotnych, a nawet treści mitów. Za uwięzienie tych zajmujących badań, których znaczenia wciąż jeszcze się nie docenia, uważałbym prace Dally'ego. Badania te przekraczają ramy niniejszego odczytu, jednakże parę szczegółów z tego zakresu niewątpliwie rzuci nieco światła na znaczenie periodycznych zaburzeń ustroju kobiety dla psychologii i psychopatologii życia płciowego.

Krew dla człowieka pierwotnego jest czemś przerażającym, symbolizując grozę śmierci. Krew wytoczona z organizmu, to śmierć lub groźba śmierci. Zarazem jednak we krwi mieści się siła życia. Demonologia ludów pierwotnych musiała wciągnąć wszelkie krwawe zjawiska w supranaturalistyczny światopogląd i otoczyć je nimbem i grozą nadprzyrodzoności. Stąd też w wierzeniach religijnych ludów pierwotnych kobieta miesiączkująca uważana jest za nieczystą lub za nawiedzoną przez demona. Pod grozą najsurowszych kar nie wolno jej się zbliżyć w tym okresie do drugich, bywa głodzona, lub katowana. Niektóre obrzędy nakazują bicie dziewcząt w okresie pierwszej miesiączki tak straszliwie, iż nierzadko doprowadza ofiarę do okaleczenia lub nawet śmierci. Studja psychoanalityczne nad genetyką tych groźnych obrzędów wykazują, że pobudką do tych działań jest jakiś pierwotny lęk, czyto jak chce Freud t. zw. lęk kastracyjny, czy też jak twierdzi Dally jeszcze pierwotniejszy lęk przed śmiercią. Podobnie też wywołanie krwawienia defloracyjnego musiało się w umysłach pierwotnych skojarzyć z grzechem i poczuciem winy. Być może, to byłoby najwłaściwszym wyjaśnieniem genety operacji rytualnej, wykonywanej przez niektóre ludy środkowo-afrykańskie, zwanej „*ganza*“, polegającej na tem, iż kapłan-czarownik jednym cięciem usuwa u dziewczęcia przed dojrzewaniem płciowym *labia majora*, *labia minora* i *clitoris*. Kapłan bierze na siebie krew dziewczęcia, gdyż zna sposoby uchronienia się od zgubnych skutków przelania krwi, a przyszły małżonek nie będzie miał wyrzutów sumienia. Te okrutne obrzędy stoją ponadto w pewnym związku z pierwotnymi, ogromnie surowymi zakazami stosunków kazirodczych.

Psychoanaliza indywidualna zdolała wykryć szereg pierwiastków, które stanowią z dużem prawdopodobieństwem oddźwięk tych odległych wierzeń i lęków. Ujmuje się je pod wspólną nazwą kompleksu menstruacyjnego. W wypadkach patologicznych normalny wstret mężczyzny do krwawienia miesiączkowego może do tego stopnia opanować umysł człowieka, że wogóle zbliżenie się do kobiety, nawet poza tym okresem, staje się niemożliwe. Analogiczne natręctwa myślowe, odziane zazwyczaj w ninniej lub więcej zawiłą formę symboliczną, są na porządku dziennym u kobiet i z reguły wskazują na swój związek z krwawieniem miesiączkowym. Są to natrętne wyrzuty sumienia, łączące się zazwyczaj z szeregiem innych natręctw, które mają na celu odwrócić uwagę otoczenia od istoty konfliktu psychicznego; ich analiza wskazuje jasno na związek z masturbacją lechtaczkową, który to marząd z reguły w chorobliwych fantazjach odgrywa rolę prącia; przy czem pierwsze krwawienie miesiączkowe uważane jest za karę za wymienione nadużycia. Psychoanaliza jest w stanie mnóstwo zaburzeń psychicznych z okresu pokwitania, lub innych cierpień, pogarszających się z zasady w okresach miesiączkowania, postawić w związek z takimi to właśnie fantazjami dziecięcymi. Podobnie też wiele skarg cielesnych przy bolesnym miesiączkowaniu da się sprowadzić do czynników psychicznych, jakże często lekceważonych przez lekarzy. Tutaj interwencja psychoanalityka może niejednokrotnie oddziaływać leczniczo w wypadkach opornych na somatyczne leczenie, a to drogą uświadomienia kompleksów, z których kobieta z zasady nie zdaje sobie sprawy.

Jeżeli chodzi o pierwszą miesiączkę, to stanowi ona istotnie uraz psychiczny ogromnej wagi. Mówiłem już, że w tym okresie różnicuje się jednokierunkowość popędu płciowego, czego wyrazem cielesnym jest przeniesienie pobudliwości płciowej z lechtaczki na błonę śluzową pochwy, a później stopniowo i na inne zony erogiczne w sensie narcyzmu. Przekształcenie to komplikuje się faktem przymusowej abstynencji kobiety w warunkach kulturalnych, gdyż ostateczne ześrodkowanie się pobudliwości płciowej na błonę śluzową pochwy dokonuje się aż po akcie defloracji.

Do zrozumienia psychiki kobiety w okresie pokwitania pomogła analiza pewnych fantazji, jakimi oddają się dziewczęta, nie zdając sobie sprawy z ich pochodzenia. W wypadkach chorobliwych fantazje te są w stanie wypełnić całą psychikę chorej. Dzieli się je na dwie grupy.

1) Fantazje dzieworódcze polegają na wczuwaniu się w macierzyństwo bez udziału mężczyzny: „Posiadam dziecko z samej siebie, nie potrzebuję mężczyzny do podłożenia“. Do grupy tej należą typy o męskim nastawieniu wobec świata, rekrutujące się z dzieci, które na kompleks kastracyjny reagowały raczej poczuciem zemsty za doznane od natury upośledzenie. Poprzez kompleks kastracyjny typy te stoją w związku z kompleksem Edypa tak, iż dzieworódcze fantazje wywieść się da w głębokiej psychoanalizie ze stosunku dziecka do rodziców w pierwszych latach życia. Do tejże grupy należą też typy kobiet spragnionych macierzyństwa, które jednakże mężczyznę uważają za zło konieczne, a spółkowanie za przykry lub w najlepszym razie obojętny środek do upragnionego celu. Analiza tego gatunku oziębłości płciowej odkrywa zazwyczaj, że ten sposób reagowania stoi w służbie celowej samoobrony przed skutkami wielu konfliktów, przeżytych w odległym dzieciństwie. Fantazje dzieworódcze uważają od poczucia winy, płynącego z kompleksu Edypa; dalej hiperkompensują niedomogę kastracyjną, wzmagając męczyzm. Z tego typu dziewcząt wyrastają czasem drogą procesu sublimacji kobiety o silnych skłonnościach emancypacyjnych.

2) Druga grupa fantazji płciowych, jakie spotyka się w wieku pokwitania u dziewcząt, otrzymała nazwę fantazji prostytutacyjnych. I one wywodzą się z kompleksów Edypa i kastracyjnych, a dadzą się wy tłumaczyć mechanizmem psychologicznym podobnym do tego, który znamy popularnie „chińska zemsta“: powieść się na kłancę przeciwnika. Na doznany w seksualizmie dziecięcym zawód miłośny, odświeżony w podnieconej wyobraźni wieku pokwitania, reaguje kobieta fantazjami uprawiania nierządu. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że sprzyja rozwojowi tych stanów zbyt surowe wychowanie płciowe, które wyrabia w dziewczęciu przekonanie, iż wszelki odruch pożądania płciowego to grzech identyczny z nierządem. Ideałem tego ascetycznego wychowania byłoby kalectwo bezpłciowości. Z rozbudzeniem instynktu płciowego jawia się krótsza lub dłuższa walka wewnętrzna, kończąca się przeważnie klęską owego ideału i (tak często obserwowana reakcją) ku rozpuszczeniu. Z szeregów tej grupy wyrastają t. zw. prostytutki z zamiatowania, i dalej kobiety o wyraźnych skłonnościach poliandrycznych.

Jako trzecia grupa możnaby z poprzedniej wyosobnić typ dziewcząt, oddających się w wieku pokwitania z rozkoszą fantazjom, iż są gwałcone. Na genezę tych stanów rzuciły studia psychoanalityczne bardzo dużo światła. Tu powiem krótko, że fantazje te stanowią jakgdyby wzmocnienie normalnego dla psychiki kobiecej masochizmu. Właśnie w okresie pokwitania następuje potężne przekształcenie nastawienia płciowego w tym kierunku, iż pierwiastki aktywności, charakteryzujące seksualizm dziecięcy, ulegają redukcji na korzyść bierności. Rozbiór snów z tego okresu życia roi się od symbolicznych przedstawień zgwałcenia, przyczem słownik symboliki psychoanalitycznej rozporządza ogromnym bogactwem przedmiotów, oznaczających prącie w erekcji. Z tych normalnych snów podobnie jak z fantastycznych marzeń na jawie zrodzić się może w (psychopatologicznych) przypadkach chorobowy konflikt, tak często spotykany pod postacią czyto kłamliwych oskarżeń histeryczek o zgwałcenie, czy nawet ciąży wyimaginowanej. Te ostatnie przypadki nierzadko stanowią prawdziwą plagę lekarza-poloźnika, który żadnymi argumentami nie jest w stanie wytłumaczyć pacjentce, że jej ciąża jest fikcją. (Te przypadki, ogromnie ciekawe zresztą dla zagadnienia wpływu czynników psychicznych na ciało, są dla psychoanalizy ogromnie pouczające, nie mówiąc o tem, że psychoanaliza jest jedyną metodą, zdolną tu radykalnie zadziałać leczniczo.

Graviditas imaginaria jest oczywiście skrajnym wynikiem rozrostu fantazji zgwałcenia okresu pokwitania. Ale i w granicach normy mnóstwo zjawisk da się sprowadzić do tego zasadniczego sposobu reagowania, który w konflikcie między grzesznymi pragnieniami a zakazami etycznymi o tyle przynosi ulgę, że winę przerzuca na tego, który popełnia gwałt. Marzyć o zgwałceniu nie jest takim grzechem jak marzyć o dobrowolnym oddaniu się. Z czasem z tej grupy fantazji płciowych wyrastają kobiety, których bierność płciowa wymaga koniecznie elementu gwałcenia, chociażby inscenizowanego. Niejedno szczęście małżeńskie na tem tle zostało zdruzgotane. Są kobiety, które tylko w stosunkach pozamałżeńskich są w stanie dojść do orgazmu, co samo dla siebie już wskazuje na to, iż jak subtelnych warunków zależy szczęście płciowe i jak wielką rolę odgrywa psychologię musi posiadać lekarz poradni małżeńskich, instytucji mawiasem mówiąc u nas niemal zupełnie nieznanych.

Dok. nast.

PRACE ORYGINALNE.

Włodzimierz MIKUŁOWSKI.

Warszawa.

Przyczynę do hematologii koklusz u dziecka.

Ze szpitala Karola i Marii dla dzieci w Warszawie.
Lekarz Nacz.: Prof. Dr. Władysław Sz en a j c h.

Jadwiga Ł. (28417)¹⁾. Jednoroczne dziecko wiejskie przybywa dnia 6 września 1931 r. z powodu choroby od 4 tygodni trwającej, która przebiega wśród kaszlu, wymiotów i biegunki. Przed 5 miesiącami przechodziło zapalenie płuc, po którym w dalszym ciągu z przerwami kaszle. Brak obciążenia dziedzicznego.

Badanie stwierdza: dziecko przytomne, bardzo zmęczone, asteniczne i senne. Budowy dobrej, o wadze obniżonej 6,800 zamiast 9,950. Temperatura podgorączkowa do 38°. Odczyny skórne Pirquetta i Mantoux ujemne. Gruczoły niepowiększone. Na skórze brzucha i grzbietu drobne wynaczynienia wielkości soczewicy. Obrzęk powiek górnych i twarzy, obrzęk kończyn górnych i dolnych. Ściana obwodowa. Światłowstręt, odruchy źrenic na światło i konwergencję źrenic. U dziecka obserwowano synkinezje autonomiczne w postaci symetrycznego obejmowania ramionami głowy (*Umarmungsaktion*) i w formie rytmicznego prostowania i zginania nóg w kolanach. Tętno 200, (Tętno serca czyste. Oddech 60, nierówny. Ponad płucami wypuk bębnowy; osłuchowo liczne, drobne rzęzenia dźwięczne i półdźwięczne przy szmerze pęcherzykowym. Sledziona niemacalna. Wątroba na dwa palce pod łukiem żebrowym. Stolec wolny, śluzowy do 6 razy na dobę. Kaszel wybitnie konwulsyjny z wymiotami do 7 razy na dobę. Dziecko zanosi się przy kaszlu. Stan sił zły, łaknienie złe.

Płwocina ani kał nie zawierają pratków Kocha.

W moczu do 20 leukocytów w polu widzenia.

Krew: Hemoglobiny 50% (Sahl). Czerwonych ciałek 7.100.000. Białych ciałek 190.000 do 195.000. Płytek 350.000. Wzór: pałeczkowatych 13%, młodych 7%, myelocytów 4%, myeloblastów 1%, metamyelocytów 0,7%, kwasochłonnych 0,6%, segmentowanych 0,7%, limfocytów 73%. Czas krwawienia 13 minut, czas krzepnięcia 4 minuty. Kurczliwość skrzepu dobra. Objaw opaskowy ujemny. Zawartość białka w surowicy 5,78%. Refraktometr 1,3459. Lepkość krwi 1:8 (Hess). Odczyn Wassermanna krwi ujemny u dziecka i u rodziców.

W 3 dni po przyjęciu zejście śmiertelne dnia 9 września 1931.

Rzeczpoznanie kliniczne: *Pertussis - Pneumonia. Anasarca. Leucocytosis. Colitis. Pyuria.*

Sekcja 10 września (Dr. Pó ł t o r z y c k a) wykazała: odoskrzelowe obustronne zapalenie dolnych płatów płuc, rozedma płuc zastępcza. Anemja ogólna. Wyniszczenie. Wrzodziejące zapalenie grubej kiszki. Otłuszczenie wątroby (*Infiltratio adiposa permagna hepatis*). Nieznaczne powiększenie (*hyperplasia*) gruczołów krezkowych. Czerwony szpik. Dwa kamienie w prawej miedniczce nerkowej.

Badanie histologiczne szpiku kostnego: liczne niedojrzałe postaci krwinek białych, myeloblasty, myelocyty, nieliczne leukocyty z jądrami wielopłatomymi oraz nieco limfocytów. Obraz stanowi wyraz podrażnienia szpiku kostnego i wzmoczonej jego czynności.

Przypadek porusza: 1) zagadnienie poliglobulji reakcyjnej, 2) leukocytozy kokluszowej, zmuszającej czasem do różniczkowania koklusz z białaczką, 3) kwestję obrzęków kokluszowych, 4) tachykardji kokluszowej, 5) nawrotów koklusz, 6) objawów mózgowych znamienych dla dzieci kokluszowych, 7) zagadnienie interpretacji nieżytych jelita grubego u dzieci.

Poliglobulja w naszym przypadku była reakcyjna i kompensacyjna, czyli stanowiła t. zw. erytrocytozę w odróżnieniu od erytremji, czyli poliglobulji esencjalnej *Vaqueza*. Przyczyną jej jest schorzenie narządu oddechowego wywołane przez infekcję kokluszową. Krew zwiększa ilość krwinek, aby się bronić przeciw aneksemji. Podczas gdy zmiany w obrazie białych ciałek w kokluzie są bardzo częste, obraz czerwonych krwinek bywa tylko wyjątkowo zmieniony. W przypadku naszym zmiana obrazu czerwonych krwinek nie jest wielka w porównaniu z niezwykłym obrazem białych ciałek.

Leukocytoza kokluszowa w opisanym przypadku była bowiem rekordowa i przypomniała swoim nasileniem przypadek Seitz'a, który u 4-letniego Japończyka chorego na koklusz obserwował 116 do 192.000 białych ciałek w tem 61% limfocytów, 39% wielojądrazystych. W roku 1928 opisywałem w Pol. Gaz. Lek. (Nr. 2) przypa-

¹⁾ Przypadek, którego preparaty krwi i szpiku kostnego były demonstrowane przeze mnie na posiedzeniu Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego dnia 22 października 1931 r.

dek z leukocytozą 40.000, taką jaką spotykał Meunier, Fröhlich widział najwyższą leukocytozę 20.000, Carrière 28.000, Frank 90.000, Reiche 130.000.

Większość autorów notuje jako charakterystyczne dla koklusu zjawisko limfocytoze. (Meunier, Crombie, Hess, Heimann, Seitz, Naegeli, Baar i Stransky, Wildt-grube). Nie należy jednak zapominać, że najcięższe przypadki koklusu przypadają na wczesne dzieciństwo, a w tym wieku nawet 80% limfocytów nie jest rzadkością. Jest rzeczą możliwą, że i kaszel i krzyk mechanicznie przyczyniają się w znacznym stopniu do wypchnięcia limfocytów z ich siedzib do krwiobiegu (Hess, Wernstädt).

W r. 1928 opisywałem i demonstrowałem przypadek dziewczynki 4-letniej²⁾, która miała w czasie swojego koklusu leukocytozę 38.600, śledzionę dochodzącą do pępka. W tym przypadku śledziona nie była macalna. Łatwo sobie wyobrazić, jak na wypadek obrzęku śledziona, przy zawrotnej leukocytozie 200.000, lekarz może znaleźć się w ambarasie rozpoznawczym, zwłaszcza jeżeli nie mając wytrawnego doświadczenia w tej chorobie czeka na objawienie diagnozy jedynie ze strony kaszlu. W tak ciężkim, jak nasz agonizującym przypadku na 3 dni przed śmiercią można się spodziewać braku tego odruchu nerwowego, jakim jest kaszel w koklusu, i braku wymiotów czy braku skurczu krtani (tych ekwiwalentów kaszlu). Tyłko umiejętność wykrycia zapalenia płuc u takiego dziecka, sztuka wykluczenia gruźlicy i umiejętność stosownego wyzyskania dla syntezy rozpoznawczej wywiadów, dawać może rękojmię, że lekarz obrazem krwi białaczkowym i obrazem wynacznienia skórnego nie dalby się spłoszyć, nawet przy równoczesnym obrzęku śledziona i anemii i w rezultacie odniósłby triumf rozpoznawczy. Reakcja hematologiczna u dziecka była i limfatyczna i szpikowa. Obie reakcje były spowodowane przez zakażenie kokluszowe. Reakcje te poruszają zagadnienie wąskiej granicy demarkacyjnej, jaka zachodzi nieraz między białaczką a leukocytozą zakaźną tak pod względem elementów limfatycznych, jak i szpikowych.

Obrzęki obserwane u naszego dziecka są znamienym dla koklusu objawem pomocniczo-rozpoznawczym, który i w tym przypadku nie został przez nas przeoczony, ale przeciwnie utwierdził nas w diagnozie.

Takim samym znamieniem dla koklusu objawem patognomicznym jest obserwowane w naszym przypadku przyspieszenie tętna (200).

Charakterystycznym w naszym przypadku faktem, niepozbanym znaczenia, jest okoliczność przebytego anamnestycznie przed 5 miesiącami przez dziecko zapalenia płuc, „po którym w dalszym ciągu z przerwami kaszle“. Dla lekarza „wtajemniczonego“ w zagadnienie kliniki koklusu nie będzie trudno domyśleć się, że ostatni — 3 dni przez nas obserwowany — incydent płucny dziecka nie był zjawiskiem odosobnionem od uprzednio przebytego zapalenia płuc i następowo utrzymującego się kaszlu, ale że jest „recydywą“ czy zaostrzeniem, nasileniem i dalszym ciągiem dłużej, bo 3 miesięcy, trwającego zakażenia płucnego, jakim jest koklusz.

Zauważone w naszym przypadku synkiniezy automatyczne są przyczynkiem do bogatego pod względem objawów obrazu encefalopatii kokluszowych, które u naszego chorego były wyrazem obrzęku mózgu (towarzyszącego zjawisku obrzęków ogólnych). Sekcja zwłok wspomina o przekrwieniu żylnym opon i o rozszerzeniu komór.

Stwierdzony anatomicznie niezbyt jelita grubego obok otłuszczenia wątroby i kamicy miedniczkowej z ropomoczem, mógł przy mylnej interpretacji klinicysty nadać także sprawie płucnej charakter zapalenia płuc przykręgowego i przez to samo spowodować rozpoznanie przypadku, jako zejścia sprawy kiszkiowej i niedomogi wątrobowej na tle t. zw. neuroartretyzmu. Niektórzy autorowie w Polsce, jak Michałowicz i Wiszniewski, uważają neuroartretyzm za chorobę zdolną w wieku dziecięcym doprowadzić do śmierci. W pracy swej w „Medycynie“ Nr. 12, 1932, wykazałem na szeregu przypadków, jak rozmaicie można interpretować anatomicznie i klinicznie pozornie łatwe i proste zjawisko zapalenia płuc, czy zapalenia jelita grubego i następowej śmierci u dziecka.

Przypadek opisany dziecka agonizującego, mimo że był przez 3 dni zaledwie przedmiotem obserwacji klinicznej i laboratoryjnej, posłużyć może, jak widać z opisu, do szeregu refleksyj na zajmujący temat kliniki koklusu i stosunku rozpoznania anatomicznego do rozpoznania klinicznego. Przypadek dowodzi, że skuteczność wyzyskania materiału kazuistycznego zależy w dużej mierze od umiejętności staylorizowania go pod względem interesu naukowego.

Streszczenie.

Dziecko, które przez 5 miesięcy chorowało na zapalenie płuc — przybywa do szpitala z powodu od miesiąca trwających wymiotów, kaszlu i biegunki w stanie ciężkiej astenji z obrzękami całego ciała. Dziecko ma silne ataki kaszlu konwulsyjnego i zapalenie płuc kokluszowe. Badanie krwi stwierdza 7.100.000 czerwonych ciałek, 195.000 białych ciałek. Na skórze brzucha i grzbietu liczne wynacznienia krwawe. U dziecka obserwowano światłowstręt i synkiniezy automatyczne w postaci symetrycznego obejmowania ramionami głowy (*Umarmungsaktion*) i w formie rytmicznego prostowania i zginania nóg w kolanach.

Sekcja potwierdziła rozpoznanie zapalenia płuc odoskrzelowego i wykazała oprócz tego istnienie wrzodziejącego zapalenia grubej kiszki, otłuszczenie wątroby i obecność dwu kamyczków w jednej nerce. Badanie szpiku wykazało obecność licznych niedojrzałych postaci krwinek białych.

Przypadek porusza: zagadnienie poliglobulji kompensacyjnej i reakcyjnej. Leukocytoza była rekordowa i przyponiina tylko przypadek Seitz'a.

Stwierdzony anatomicznie niezbyt jelita grubego obok otłuszczenia wątroby i kamicy miedniczkowej z pyurią, mógł — przy mylnej interpretacji klinicysty — nadać także sprawie płucnej charakter zapalenia płuc przykręgowego i przez to samo spowodować rozpoznanie przypadku jako zejścia sprawy kiszkiowej i niedomogi wątrobowej na tle neuroartretyzmu.

Przypadek porusza kwestję obrzęków kokluszowych, tachykardji kokluszowej, nawrotów koklusu i objawów mózgowych znamienych dla dzieci kokluszowych. Przypadek dowodzi, że obraz krwi w przebiegu koklusu zmuszać może czasami do różniczkowania koklusu z białaczką.

Piśmiennictwo:

- 1) Baar H. und E. Stransky: Die klinische Hämatologie des Kindesalters. Leipzig u. Wien, Deuticke, 1928. — 2) Cima: *Pediatrics*, Sept. 1899. — 3) Crombie: *Edinb. Med. Journ.*, Vol. 1, p. 222, 1908. — 4) Fröhlich: *Jhb. f. Kindh.* Bd. 44, S. 53, 1897. — 5) Heimann: *Amer. Jour. of Dis. of Childr.* Bd. 28, S. 257, 1922. — 6) Hess: *Zeitschrift f. Kindh.* Bd. 27, S. 117, 1921. — 7) Hillenberg: *Zeitschrift f. Kindh.* Bd. 37, S. 222, 1924. — 8) Lasch, Fischer, Miemitz: *Jrb. f. Kindh.* Bd. 108, S. 337, 1925. — 9) Michałowicz i Wiszniewski: Zaburzenia w czynnościach i stany zapalne grubego jelita, ich patogeneza i leczenie. Warszawa, 1930. — 10) Mikułowski Wł.: *Pedjatria Polska*, T. XII, Z. 4, 1932. — Tenże: *Medycyna Warszawska*, Nr. 8, 1929. — Tenże: *Medycyna*, Nr. 12, 1932. — 11) Reiche: *Zeitschrift f. Kindh.* Bd. 25, S. 28, 1920. — 12) Schneider: *Münch. Med. Wochf.*, 1914. — 13) Seitz: *Amer. Jour. of Childr.* T. 30, p. 659, 1924.

Dr. Ludwik SCHNEK.

Lwów.

Przypadek kamicy oskrzelowej z porażeniem nerwu krtaniowego dolnego.

Złogi płucne znajdują się dość często w ciągu autopsji, rzadziej spotyka się z niemi, przeważnie przypadkowo, lekarzy praktyk, a już wyjątkowe są przypadki, znane z piśmiennictwa, by chory zwracał się do lekarza z powodu odkasliwania kamieni, choć objaw taki każdego chorego musi zaniepokoić i skłonić do natychmiastowego zasięgnięcia porady lekarskiej.

Zarówno w czasie autopsji, jak i w praktyce, stwierdza się złogi płucne w rozstrzeniach oskrzelowych w ilości nieznacznej, rozmaitej wielkości, składają się one ze zgęszczonego wysięku przepojonego solami wapniowymi. Rzadko powstają one z powłoknikowych blizn, wychodzących z gruczołów węzkowych lub okołoskrzelowych i sięgają niekiedy aż do światła przewodu oddechowego. Dalej konjoży, kiedy to proch dostaje się do komórek wzdłużających i nabłonkowych, później do samej ściany oskrzeli. Część nieznaczna tylko dostaje się do samych pęcherzyków płucnych i tam może wywołać stany zapalne z t. zw. niezłym deskwamiacyjnym, który prowadzi do induracji. Te małe ogniska Kaufmana oznaczają jako bronchopneumonje prosówkowe. W regule proch dostaje się do dróg limfatycznych w przestrzeniach okołoskrzelowych (przy zatankaniu tychże może tworzyć konjotyczne konkrementy), a stamtąd do gruczołów.

Rzadsze są złogi moczanowe lub kamienie, wytworzone dookoła ciał obcych zachłyśniętych. Najczęstsze są złogi, powstałe w ogniskach serowatych na tle zmian gruźliczych, jako objaw wtęczny, objaw gojenia się procesu. Wszystkie też niemal przy-

²⁾ Przypadek demonstrowany na posiedzeniu Polskiego Towarzystwa Pedjatricznego w Warszawie dnia 26 września 1928 r.

padki, opisane w piśmiennictwie, dotyczą chorych na gruźlicę. Myliłby się jednak, kto by sądził, że nawet u chorych gruźliczych zostają one tak często za życia wykazane. Jako przykład niechaj posłuży statystyka Vajny, który na 5.670 badanych w jednym tylko przypadku wykazał kamienie płucne. Również statystyki innych autorów, jak Scharera, wielkiego podręcznika Brenner-Schröder-Blumenfeld, Ritschela i innych są analogiczne. Opisują one również kamienie rozmaitej wielkości, zależnie od ich miejsca powstania od małych ziarenek, powstałych w małych oskrzelach, do wielkich, sekwestrowanych, zwapniałych gruczołów wnękowych, które przedostają się do światła, jak np. przypadku Burgera, który usunął taki kamień o wadze 185 g drogą bronchoskopii.

Z chorób, nienależących do żadnej z wyżej wymienionych grup, wspomina Nikiforow w swym podręczniku anatomii patologicznej o teoretycznej możliwości zejścia ognisk zapalenia odoskrzelowego w zwapnienia, lub nawet długotrwałe nieżyty oskrzeli, zwłaszcza nieżyty włóknikowe. Morandi obserwował taki przypadek zwapnienia, jako następstwo ognisk pozapalnych. Francuzi nazywają obraz taki *pseudophtises pulmonaires d'origines calculeux*. Przypadek taki demonstrował w roku 1904 Elischer, który o tyle był sensacją, że był to pierwszy przypadek wykryty przy pomocy Roentgena.

Z nieswoistych procesów zwapnienia w błonie śluzowej dróg oddechowych należy wspomnieć o metaplastycznych zmianach, które powodują powstawanie złożeń, objęte nazwą *tracheopathia osteoplastica*. Zmiany te jednak nie dają żadnych objawów przyżyciowych i zwyczajnie dopiero przypadkowo wykrywa się je na stole sekcyjnym.

Grunmach i Bickel opisują przypadek odkaszliwania kamyków oskrzelowych w ilości większej i przez czas dłuższy u 35-letniej chorej, która, po przebyciu zapaleniu płucnej i róży, zaczęła kaszleć i w ciągu 7 lat odkaszlała około 30 kamyków różnej wielkości. Kaszel zaczął się mniej więcej rok po przebyciu wyżej wspomnianych chorób, miał charakter napadowy, jeden do dwóch napadów w roku, a płwocina zawierała prócz kamyków także domieszkę krwi. Badanie fizykalne potwierdzone przez zdjęcia rentgenowskie wykazało jednak zmiany gruźlicze w płucach. Jest to jedyny w piśmiennictwie przypadek zbliżony do naszego, z tą tylko różnicą, że w naszym przypadku, jak się zaraz dowiemy, nie mamy podstawy do przyjęcia tła gruźliczego.



Ryc. 1.

Nasz przypadek dotyczy chorego lat 73, kupca, który w roku 1912 upadłszy doznał złamania dwóch żeber. Kilka miesięcy po upadku wystąpiła chrypka, skutkiem porażenia prawego nerwu krtaniowego dolnego. Leczenie nie dało wówczas żadnego wyniku. Po dalszych kilku miesiącach, a więc mniej więcej rok po wypadku,

wystąpił kaszel. Ponieważ badanie fizykalne nie wykazywało poważniejszych zmian, zrobiono w roku 1914 zdjęcie klatki piersiowej (ryc. 1), które wykazuje liczne po obu polach płucnych nieregularnie rozsiane, wysyczone cienie o rozmaitej wielkości, od ziarenka grochu aż do wielkości jednogroszówki i na podstawie zdjęcia podejrzywano sprawę nowotworową. W roku 1922 pokazała się po raz pierwszy krew w płwocinie. Ponowne zdjęcie klatki piersiowej w roku 1922 (ryc. 2) wykazuje większą ilość cieni, bardziej kaskadowato ugrupowanych. W r. 1924 chory zauważył po raz pierwszy kamyki w płwocinie. Od tego czasu, zwracając na to baczną uwagę, odkaszuje co kilka tygodni wśród dość gwałtownych napadów kaszlu jeden lub więcej nawet kamyków. Stan ten trwa po dzień dzisiejszy, a ilość kamyków jest tak znaczna, że chyba tylko wagaby ją można oznaczyć. Przytem samopoczucie chorego jest dobre, nigdy nie ma podwyższonej ciepłoty, nie traci na wadze.



Ryc. 2.

Badanie krtani wykazuje porażenie prawego nerwu krtaniowego dolnego z następowym zanikiem prawego więzadła i prawej połowy krtani. Badanie internistyczne poza nieżytem oskrzeli i rozedmy płuc odpowiadającej wielkości nic nie wykazuje. Zdjęcie klatki piersiowej (ryc. III.) nie różni się wiele od zdjęć poprzednich. Ilość cieni jest może w porównaniu ze zdjęciem z roku 1922 raczej mniejsza.

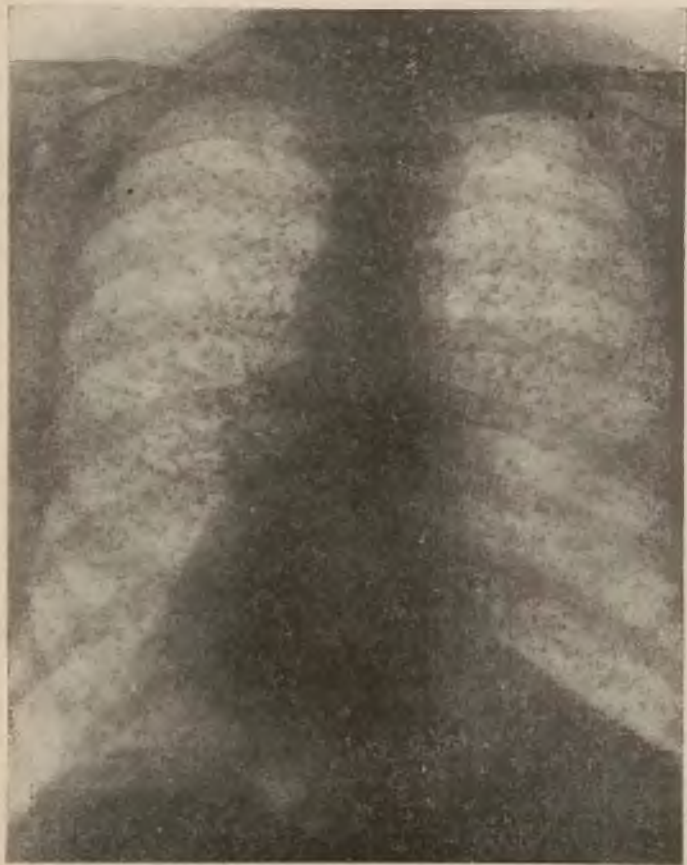
Badanie płwociny w preparatach mikroskopowych wykazuje liczne leukocyty, stosunkowo mniej liczne nabłonki, śluz, rozpadłe krwinki i włóknik. Miernie obfita flora bakteryjna złożona z rozmaitych bakterij okrągłych i podłużnych. Włókien elastycznych nie stwierdzono. Prątków Kocha także po powieleniu antyformina nie znaleziono. Hodowla podług Löwensteina dotychczas (po 11-tu tygodniach) ujemna.

Kamyki wielkości ziaren pszenicy i większe, żółtawe, twarde. W płomieniu zwęglają się, wydzielając woń palonych organicznych substancyj azotowych. Pozostaje obfity popiół, w którym wykazano wapń. W wodzie nie rozpuszczają się, ze słabym kwasem solnym wydzielają CO₂. Pozostaje miękka grudka kształtem i wielkością odpowiadająca kamykowi. W grudce tej stwierdzono organiczne substancje azotowe, pod mikroskopem widoczny *detritus*, gdzieśniedzie zarysy komórek i jąder. W kwasie, użytym do rozpuszczania kamyka, wykazano chlorek wapnia. Kwasu mlekowego nie wykazano.

Rozważywszy ten ciekawy wywiad jakoteż wyniki badań pomocniczych musimy starać się odpowiedzieć na szereg pytań:

1) Czy powstanie kamicy jest w związku przyczynowym z urazem? Tu wchodziłyby w grę dwie możliwości: a) zator tłuszczowy pourazowy z następowym zwapnieniem cząsteczek tłuszczu, b) zwykły nieżyt oskrzeli po urazie u osobnika bądźco bądź już wówczas niemłodego, lub nawet zapalenie odoskrzelowe z zejściem w zwapnienie poszczególnych ognisk. Przeciwno zatorowi tłuszczowemu przemawia badanie drobnowidowe kamyków, które wykazują wy-

rażną budowę białkowa z jądrami komórek. Za niezłym oskrzeli lub też zapaleniem płuc, powstałym bezpośrednio po urazie, przemawiałoby porażenie prawego nerwu kraniowego dolnego, które wystąpiło kilka miesięcy po urazie. Jeśli sobie uprzytomnimy, że nerw ten po stronie prawej przebiega ponad kopułą opłucnową szczytu i owija się dookoła tętnicy podobojczykowej, moglibyśmy przyjąć, że ogniska zapalne przeszedłszy na opłucną szczytu, wywołały zrosty i spowodowały porażenie nerwu. Przeciwno temu jednak przema-



Ryc. 3.

wiałoby zdjęcie rentgenowskie z r. 1914. Trudno przypuścić bowiem, by tak liczne ogniska w tak krótkim stosunkowo czasie, bo w ciągu jednego roku uległy takiemu pełnemu zwapnieniu, choć z drugiej strony możliwości tej stanowczo wykluczyć nie można.

2) Czy istniała ta kamica już przed urazem, który stał się dopiero czynnikiem prowokującym objawy?

Za tem przypuszczeniem przemawia zdjęcie, również porażenie nerwu kraniowego dolnego możnaby sobie tłumaczyć oderwaniem się konkretnemu od swego podłoża lub krwotokiem w okolicy przebiegu nerwu.

3) Wreszcie pytanie, na jakim tle mogła powstać w tym przypadku kamica?

Ponieważ wszelkie inne podłoża, jak gruźlica, konjozy, ciała obce i t. d., jak wykazują wyniki badań można wykluczyć, pozostaje przyjąć za przyczynę tylko nieswoiste zmiany niezbytowe.

4) Dlaczego kamyki dopiero po tak długim czasie dostały się do płwociny i czy uraz ma w tem swój udział?

Na to pytanie możemy odpowiedzieć twierdząco, jeśli sobie przypomnimy wywiad. Chory dopiero rok po urazie zaczął kaszleć, po dalszych kilku latach wystąpiła w płwocinie krew, a niedługo potem kamyki.

Otóż kamyki przymocowane do swego podłoża nie muszą dawać żadnych objawów za życia, ale dopiero złuźnione powodują następstwa natury mechanicznej lub zakaźnej, jak krwawienia, ropnie, napady kaszlu, często z napadami duszności (zwłaszcza przed wykaszlaniem kamienia). Niemieccy lekarzy stany te obejmują nawet specjalną nazwę „*Steinasthma*“ a francuscy „*Crisis bronchialitiques*“. Otóż w naszym przypadku był uraz tym czynnikiem, który spowodował oderwanie kamyków od ich podłoża.

Oczywiście są to tylko przypuszczenia.

Przypadek ten, dla którego właściwa nazwa byłoby „*lithoptoe*“, jest jedynym w swoim rodzaju i tak odeszczonym w piśmiennictwie, że nietylko klinicznie nie da się całkowicie wyjaśnić, lecz niewiadomo nawet, czy także w czasie autopsji toby się w zupełności udało.

Piśmiennictwo:

K a u f m a n n: Handbuch der Patholog. Anath. — H o f m a n n: Die Krankheiten der Bronchien (Nothnagels Handbuch 1897). — B a y e r: Münch. med. Woch. 1909. 22. — K o f f l e r: Wien. Klin. Woch. 1915. (40) 41. — V a j n a: Zeitschft. f. Thc. B. 63. — G r u n m a c h i B i c k e l: Berl. Klin. [Woch. 1908. — S c h ö n b e r g: Berl. Klin. Woch. 1912. 47.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. Szymon STARKIEWICZ.

Busko - Zdrój.

„Górka“

uzdrowisko p. n. „Kolonja Lecznicza Dziecięca im. Dr. Med. Rektora J. Brudzińskiego przy Zdroju w Busku“.

jako wyraz dążenia do racjonalnego leczenia dziecka przewlekle chorego w Polsce.

Korzystam z łaskawego wezwania Wielce Szanownej Redakcji „Polskiej Gazety Lekarskiej“, aby zapoznać ogół lekarski z życiem naszego uzdrowiska dziecięcego.

Ale ilekroć mam zabierać głos w sprawie powyższej, zaczynam niestety muszę od tego, że wciąż niedość uświadamiamy sobie w Polsce, iż leczenie przewlekle chorych dzieci musi być uznane nietylko za jakąś sprawę humanitarną, ma bowiem ono stać się pilną potrzebą społeczno-państwową, wykonywaną z zupełnie jasnym, świadomym celu planem, z całą konsekwencją aż do zupełnego osiągnięcia celu: aby dziecko chore stało się dzieckiem zdrowym na ciele i na duchu¹⁾.

Przed wojną nie leczyliśmy właściwie dzieci przewlekle chorych, jedynie zamożniejsi ludzie wywozili dzieci swoje, dotknięte gruźlicą tego czy innego stawu, do Berck-sur-Mer czy Leysin: wiadomo, mniemano powszechnie, że tam ono jedynie może być uleczone!

W wyzwolonej Polsce, zaraz w pierwszym roku Jej powstania, aż w 2-ach miejscach naraz, na Bystrem w Zakopanem i na Górcie przy Zdroju w Busku Kieleckim, rzucono myśl i podjęto pracę — a dziś to wśród innych zakładów dziecięcych powstają i idą jakby na czele, choćby z tytułu swego starszeństwa dwie instytucje leczniczo-wychowawcze. dwa uzdrowiska dziecięce, ale każde o odmiennym nieco charakterze.

Gdy z tytułu Zakopanego i założeń prof. - kurator. E. Godlewskiego i dyr. K. Dadeja Zakład Leczniczo - Wychowawczy na Bystrem przeznaczony jest głównie dla dziecięcej gruźlicy pozapłucnej, na Górcie choćby z tytułu innych warunków klimatyczno-atmosferycznych i z tytułu posiadanych leczniczych źródeł mineralnych oprócz leczenia gruźlicy pozapłucnej (ortopedyczno-chirurgicznej, którą należy leczyć, jak wiadomo, wszędzie) leczy się wszelkie inne przewlekle schorzenia wieku dziecięcego, poczynając od t. zw. ustrojowych, reumatycznych, nerwowych i neuro-psychoatycznych i innych, aż do przyniotu włącznie. Jeden i drugi zakład nie przyjmuje dzieci z otwartą gruźlicą płuc. Oba te zakłady, nie ustępując zakładom zagranicznym, tem się wszakże różnią od tamtych, że u nas nie są w rękach chirurgów iak tam, lecz naczelne kierownictwo należy tu do lekarzy-pedjatrów i społeczników, zespolonych bardzo w pracy nad uzdrowieniem dziecka z personelem nauczycielsko-wychowawczym, korzystającym z równych praw z lekarzami ordynującymi.

Daży się do stworzenia warsztatu możliwie najbardziej wzorowego dla sanatoryjnego leczenia dzieci przewlekle chorych, gdzie w odpowiednio przyjaznej, cieplej a możliwie podniosłej atmosferze, pozbawionej ujemnych cech życia szpitalnego, dzieci się leczy, wychowuje i uczy jednocześnie zgodnie z wymaganiami specjalnej pedagogiki współczesnej, w ścisłej łączności z medycyną dziecięcą. Uczy się też i młodzież lekarska studująca, odbywając *stage* paromiesięczny, a jedynie to także miejsce, gdzie uzupełnia się zarazem na wykładach i ćwiczeniach praktycznych braki niedość może wykwalifikowanego personelu sanatoryjnego: lekarskiego, pedagogicznego, pielęgniarskiego i gospodarczego.

Od lat szeregu jednakże odczuwamy duże bolączki, trudne wciąż do przewyciężenia, bo wynikające, jak to zobaczymy, w pierwszym rzędzie z braku uświadczenia sobie przez niemal

¹⁾ Pam. I. Zjazdu Nauczycieli i pedjatrów sanatoryjników na Górcie w maju 1932 roku.

„O leczeniu przewlekle chorych dzieci...“ — wygl. w roku 1930/31 w 10-ciu miejscowościach kraju.

„Leczenie przewlekle chorych dzieci w zdrojowiskach“ — odb. Lekarz Polski 1932 rok.

wszystkie czynniki w kraju potrzeby (nie podleczenia, czy czynienia tylko pozorów leczenia), lecz wyleczenia dzieci przewlekle chorych ze schorzeniami kostno-stawowymi tego czy innego pochodzenia lub innymi schorzeniami natury zakaźnej, czy ustrojowej lub nerwowej i t. p.

Raz wraz bowiem zmuszeni jesteśmy np. do przerywania kuracji, a w dzisiejszych czasach coraz znowu częściej się to zdarza, po 3-ch najdalej 6-ciu miesiącach pobytu dziecka w uzdrowisku, gdy powinno przebywać ono w zakładzie to wiele dłużej, żeby być zupełnie wyleczonym, jak się to dzieje w Leysin, w Berck-sur-Mer i t. p. miejscowościach zagranicznych.

Śmiem twierdzić, że nie kryzys to gospodarczy z brakiem gotówki (skoro w Zakopanem jest kontyngent wypelniony) i nie ustawy Kas Chorych, gdzie w dalszym ciągu znajdują się jednak środki na leczenie wogóle dzieci, lecz brak odczucia i zrozumienia tego, iż leczenie poronne, paljatywne, nieracjonalne — to większa strata materialna i moralna, niż długotrwałe byleby racjonalne leczenie sanatoryjne choćby mniejszej garstki dzieci! Na tem wszakże miejscu nie mogę nie wyrazić głębokiej wdzięczności i lekarsko-społecznego uznania dla tych nielicznych kierowników Kas Chorych i paru miast, którzy trzymają dzieci, raz skierowane przez ich organizacje do uzdrowisk naszych, tak długo (rok, dwa i trzy lata nawet), dopóki dzieci zupełnie nie zostały wyleczone — co też ma zawsze miejsce, bo wyleczenie następuje i trwałe, czego już dowody mamy dość liczne.

Górka, gdzie znajduje się nasze uzdrowisko, jest wzgórzem, wysokiem około 200 m n. p. m. o 1/4 km odległem od poniżej o 30 m leżącego Państw. Zakładu Zdrojowo-Kąpielowego w Busku, dziś zwanym Busko-Zdrój, — a posiadającym — jak wiadomo — głośnie, od lat 100 zgorą znane źródła siarczano-słone, o dużej zawartości siarkowodoru i soli siarczanych oraz 1% chlorków wraz z innymi dość różnorodnymi składnikami, wśród których stwierdzono ostatnio (analiza prof. Marchlewskiego) i ślady jodu.

Jesteśmy w tem szczęśliwym położeniu, że posiadamy własne czynne przez cały rok kąpielnie, z wodą siarczano-słoną, z której też korzystają mali pacjenci latem i zimą. O kuracji tej, jako o bodźcu umiarkowanym, bardzo przez nas pedjatrów cenionym, mówiłem obszerniej we wspomnianych publikacjach z powołaniem się na odpowiednie piśmiennictwo, a przedewszystkiem na opinie co do ważności kuracji wogóle kąpielowej u dzieci, prof. Groëra, prof. Jasińskiego i innych naszych i zagranicznych balneologów i pedjatrów.

Górka znajduje się w położeniu ładnym, z rozległym horyzontem, otoczonym niewielkimi zalesionymi wzgórzami, na południu widocznymi wdali od czasu do czasu Beskidami, a bliżej rozległą niziną Powiśla. Teren samego uzdrowiska duży, bo jest rozłożony na przestrzeni 50 morgów, w połowie północnej dobrze już zadrzewionej i zalesionej, na południowym zaś spadku, na przestrzeni 18 morgów założony został ogród warzywno-owocowy z 1.500 drzew owocowych. Zakład posiada też własną fermę gospodarczą z oborą mleczną i hodowlą świń — a oprócz tego na osobnym 20-morgowym terenie własną cegielnię mechaniczną, której przeznaczeniem jest, czy będzie, oddawać czyste zyski właśnie na leczenie i utrzymanie dzieci, którymżeś przerywa się kurację, gdy niema kto za nie płać.

Akcja nasza lecznicza idzie w dwóch kierunkach: 1) stałego dłuższego leczenia w pawilonie głównym o 200 łódeczkach, z usilnem dążeniem aż do ukończenia leczenia dziecka, przez cały ten czas wychowywanego w przedszkolu względnie uczonoego w ramach 7-klasowej szkoły powszechnej lub nawet wyższych klas gimnazjalnych i kursów seminarjalnych; 2) sezonowego leczenia w 6 pawilonach letnich, 360 ogółem łódeczek mieszczących. Mamy oddziały izolacyjny i izolacyjno-obszerny dla 14 dniowej kwarentanny dzieci sanatoryjnych świeżo przybywających. Mamy oprócz tego pracownię kliniczno-analityczną, gabinet dentystryczny, rentgenologiczny, lampy do naświetlań (kwarcowe, Vitalux, Sol-lux, używane prawie wyłącznie porą zimową), diatermię, pantostat, ortopedyczne urządzenia z salami opatrunkowymi i operacyjną.

Rozpoczęto budowę werand o 4 leżalniach, z których 2 już są w użytkowaniu.

Obecny kontyngent dzieci sanatoryjnych waha się od 130 zimową porą do 180 letnią porą — sezonowych zaś w roku 1932 mieliśmy więcej, niż 1.000.

Pracuje nas wraz z autorem na czele, jako dyrektorem, czworo osób personelu lekarskiego i czworo osób personelu pedagogicznego, oraz 16—20 osób personelu pielęgniarskiego z przełożoną jako ich kierowniczką, ale siostry zależne są pod względem fachowym ściśle od kol. Salamańczuka, naszego adjunkta — też pedjatrzy.

Na jednego lekarza przypada około 50 łódeczek. Dzieci z gruźlicą ortopedyczną, przy stałej naszej także opiece ortopedycznej,

konsultowane są systematycznie przez p. Dr. Kosińskiego, chirurga-ortopedę z Krakowa. Poza opieką pielęgniarską (obowiązują 8-godzinny dzień pracy) siostry są obowiązane wpisywać wszystkie dane kliniczne, dotyczące się dziecka, do specjalnych kart, gdzie poza zwykłymi danymi temperatury, wagi tygodniowej i t. d. odnotowuje się codziennie ilość wyznaczonych przez ordynujących lekarzy a spożywanych przez dziecko H-Nemów Pirquet, a następnie liczbę godzin werandowania i szczególnie czasu naświetlania oraz naświetlań sztucznych, kąpeli i innych zabiegów (masaże, ortoped., elektryzacje i t. p.), a także wyniki analiz krwi, płynu mózgowo-rdzeniowego, moczu i t. p. i wszelkich odczynów, jak O. Biernackiego, Schillinga, Wassermanna, Pirqueta (25%, 50%, *per se*) względnie Mantoux i inne.

Odczynowi Biernackiego specjalną od samego początku poświęciliśmy uwagę, nakreśliwszy sobie pewne wytyczne w kierunku możliwie lepszego poznania O. B.; wynikami opartymi na 2.000 badań podzieliłmy się wkrótce z Kolegami.

Jakie schorzenia, z jakim czasem pobytu w uzdrowisku były dzieci i ile ich było, widać ze statystyk. O ile w poprzednich trzech latach mieliśmy około 70% dzieci z gruźlicą czynną, a 30% z innymi schorzeniami, w ubiegłym roku 1932 przeszło przez nasz pawilon główny 229 dzieci z *tbc.* na ogólną liczbę 357 dzieci, co w procentowym ustosunkowaniu wynosi 61,3% dzieci z gruźlicą czynną, a na inne schorzenia przypada 38,7%.

Poszczególne schorzenia wynoszą:

I.

W statem sanatorium r. 1932:

<i>Spondylitis tbc.</i>	42
<i>Coxitis tbc.</i>	32
<i>Gonitis tbc.</i>	25
<i>Tbc.</i> drobnych kości (ręki i stopy)	2
<i>Tbc.</i> stawu skokowego	6
<i>Tbc.</i> stawu łokciowego	4
<i>Tbc.</i> skóry i innych narządów	7
<i>Tbc.</i> gruczołów chłonnych zewnętrznych	79
<i>Scrophulosis</i>	26
<i>Arthritis rheumat.</i>	24
<i>Arthritis deformans</i>	6
<i>Rachitis</i>	17
<i>Lues</i>	8
Schorzenia układu nerwowego	21
<i>Status post gonitid.</i>	2
<i>Status post tbc.</i> stawu łokciowego	1
<i>Status post</i> innych schorzeń	5
Inne choroby	41
<i>Osteomyelitis</i>	6
Gruźlica płuc	3

357

w tem gruźliczych 229 — czyli 61,3% i 38,7% — innych schorzeń.

II.

W kolonjach letnich, leczniczo-sezonowych w r. 1932:

Na 906 rozpoznanych:

<i>Scrophulosis</i>	761
<i>Coxitis, spondylitis, gonitis, tbc. cutis, lymphogl.</i>	824
<i>Bronch. et cervic., tbc. ossium metatarsi</i>	63
czyli 85%	
<i>Rheumatismus</i>	35
Wady, nerwice serca	25
<i>Rachitis</i>	20
<i>Diatesis exsudativa</i>	16
<i>St. post pleuritidem</i>	9
<i>St. post. m. Heine-Medini, Morb. Littlei</i>	4
<i>Lues congenita</i>	4
Inne	29

Razem

966

142 czyli 15%

Co się tyczy sposobów leczenia, to poza wspomnianym bodźcem leczniczym (o charakterze umiarkowanie aktywnym, niekiedy i objawowym), jaki stanowią nasze kąpiele siarczano-słone, w pewnych przypadkach dających nam najwyraźniej efekt wprost nieoczekiwany (jak np. u 6-letniej dziewczynki I. W. z ciężką postacią *polyarthritis deformans*, od 2 lat trwającej i niepoddającej się żadnemu dotąd leczeniu, a także w innych schorzeniach układu kostno-stawowego, nerwowego, skóry i t. p.) stosuje się u nas

szeroko werandowanie latem i zimą, oraz systematyczne, ogólnie dawkiowane nasłonecznianie, a naświetlania sztuczne porą zimową w sposób opisany przeze mnie w innym już miejscu. Dietetyka z uwzględnieniem dokładnego obliczania posiłków pod względem jakościowym i ilościowym według zasad Pirqueta i czynniki natury psychicznej, wśród których zajęcia dziecka (2—4 godziny) w szkole i przedszkolu, uzupełniają nasze metody lecznicze.

Na innym też miejscu uderzająca może poniekąd nasza farmakofobia, uzasadniana zresztą przez życie i przez najważniejszych pediatrów i balneologów, zaczyna i w Górcie ustępować dziś już miejsca tym i innym środkom lekarskim farmakologicznym. Tran oczywiście zawsze miał tu prawo obywatelstwa i kuracja swoista — ale stosowane będą farmakologiczne środki w poszczególnych przypadkach ze specjalnem zawsze uwzględnieniem i badaniami.

Rola z m i a n y bodźców szczególnie tak złożonych, jak klimatyczno-atmosferycznych, jest w dalszym ciągu przez nas bardzo ceniona, dlatego też nie ustaniemy w dążeniach, aby reaktywować naszą kolonię morską i uruchomić i w tym sezonie leśną.

Na 253 dzieci, wypisanych w roku sprawozdawczym 1932 wyjechało jako wyleczonych zupełnie 9 dzieci (3,5%), z dużą poprawą ogólną i miejscową (*tbc.*) 31 (12%), z dużą poprawą ogólną 181 (71,8%) i z nieznaczną poprawą 12 (5%), co stanowi ogółem 92,5% wogóle poprawy; 11 dzieci wyjechało z różnych powodów zbyt wcześnie bez zmian wyraźnych; zmarła jedna starsza dziewczynka przy objawach skrobiawicy gruźliczej przy *coxit. tbc.*

O wieleż wydatniejszym byłby odsetek wyleczonych, gdyby dzieci nie zabierano nam w chwili dużej czy rozpoczynającej się poprawy ogólnej i miejscowej.

A wyniki szkolne mieliśmy u przedszkolnych 103 dzieci i szkolnych 254 dzieci według klasyfikacji klas następujące:

Oddział	B. dobry		dobry		dosta- teczny		niedosta- teczny		Niekla- syfik.		Razem	Dzieci promo- wano	nie z wyny chor.	Ogólna liczba
	Rok	szkolny	1931	1932	1931	1932	1931	1932						
I	5	15	28	5	10	63	16	3	82					
II	3	16	9	3	—	31	23	—	54					
III	3	7	14	1	—	25	15	—	40					
IV	4	7	7	2	5	25	10	—	35					
V	1	5	9	2	3	20	7	2	29					
VI	1	—	7	—	2	10	2	2	14					
Razem	17	50	74	13	20	174	73	7	254					
%	9,3	28,8	43,6	6,9	11,4									

Kończąc niniejsze sprawozdanie podkreślić muszę, że poza obowiązkiem zdawania sprawy ze społeczno-lekarskiej akcji naszego uzdrowiska (kliniczne sprawozdanie opisowe podamy też wkrótce do wiadomości), kierowała nami jak zawsze myśl zwrócenia uwagi Szanownych Kolegów w tym kierunku, iż byśmy lekarze społem podjąć chcieli i popularyzowali ideę szerszego i racjonalniejszego sanatoryjnego lecznictwa dziecięcego.

Wkońcu podaje się do łaskawej wiadomości, iż Stowarzyszenie nasze, w którego skład wchodzi ze strony rządu Ministerstwo Opieki Społecznej (w 20%), kilkanaście Kas Chorych ze Związkiem Kas Chorych na czele (w 60%), Związki Komunalne kilkunastu miast i sejmików (w kilkunastu procentach), wreszcie kilka instytucji i zrzeszeń społecznych, — dąży stale do obniżenia opłaty dziennej za dziecko, pobierając obecnie za całodzienne utrzymanie w stałym pawilonie uzdrowiska wraz z leczeniem i nauką (bez żadnych dopłat) po 5 zł 50 gr i 6 zł za dzień z gruźlicą ortopedyczno-chirurgiczną (od prywatnych do 7 zł najwyżej), zaś w pawilonach sezonowo-lężniczych projektuje się opłata około 3 zł dziennie (łącznie z kąpielami i innymi zabiegami leczniczymi).

BIBLIOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach. Piśmiennictwo polskie.

Przegląd Dentystyczny, Nr. 2, 1933. Z. Heyman: O technice hekolitowej.

Przegląd Ubezpieczeń Społecznych, Nr. 6, 1933. Luigi Clerici: Ubezpieczenia społeczne w Italii. — Fidler: Uwagi w sprawie lecznictwa zapobiegawczego, stosowanego przez Zakłady Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych. — H. Niedzielski: W sprawie lekarzy domowych. — H. Kluszyński: Zarys społecznej medycyny. — W. Dobrzyński: Ubezpieczenia na życie bez badania lekarskiego w P. K. O. — Z. Łomnicki: Re-

forma ubezpieczenia od wypadków przy pracy w Czechosłowacji. — A. Utrysko: Uporządkowanie gospodarki finansowej w Kasach Chorych.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, Nr. 20, 1933. J. Flaks i A. Ber: Wpływ surowic szczurów normalnych, szczepionych nowotworami i zakażonych bakteriami na pierwotniaki — *paramacium caudatum*. — E. Salmań: Przypadek gruźliczego zapalenia opon mózgowych o niezwyklej przebiegu.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, Nr. 21, 1933. H. Kołodziej: Przypadek wgiobienia jelit w przebiegu ostrego zatrucia cłowiem. — W. Szeniwicki: Rzadkie powikłanie trzeciego okresu porodowego, powstałe przez zatrzymanie łożyska wskutek zwężenia skurczowego w okolicy ujścia wewnętrznego macicy. — W. Proszower: Promieniowanie mitogenetyczne (komórkowe).

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, Nr. 22, 1933. A. Festensztat: O pewnych rzadszych schorzeniach mięszu płucnego u dzieci. — F. Lidzka i T. Wasowski: Przyczynek do występowania i przebiegu zapalenia opon mózgowych w następstwie schorzeń usznych u dzieci. — H. Łukaczeński: Przypadek zatrucia somnifenem.

OCENY.

Leçons sur l'alimentation. Physiologie-régimes, G. LORENZINI, Paris, Masson, 1933, str. 324. Cena 36 fr. fr.

Wykłady o odżywianiu Lorenzini'ego ujmują zagadnienie bardzo szeroko. W pierwszych rozdziałach oznacza autor podstawowe zagadnienia chemii fizjologicznej: przemianę wody, związków mineralnych, węglowodanów, tłuszczów i lipidów oraz białek. Osobny rozdział poświęca czynnikom regulującym przemianę pokarmów, a mianowicie: zacynom, hormonom, witaminom i systemowi nerwowemu. Podział i skład środków spożywczych jest przedmiotem dalszego rozdziału. Po tych, niejako wstępnych, wiadomościach, przechodzi autor do właściwej sprawy odżywiania, a mianowicie odżywiania dziecka w pierwszym roku życia, człowieka dorosłego i starca. Pięć dalszych rozdziałów, stanowiących zwyż jednej trzeciej części całej książki, poświęcone są rozpatrzeniu diety w stanie choroby.

Książka przeznaczoną jest dla lekarza-klinicyisty i zadanie swoje spełni, jeżeli lekarz zachował z lat swoich studjów pewne ogólne wiadomości chemiczne; rozdziały wstępne pozwolą mu te wiadomości rozszerzyć i podadzą w przystępnej formie zdobyte ostatnich lat. Rozdziały dalsze pozwolą je zastosować w praktyce przy łóżku chorego. W. Mozołowski (Lwów).

Pneumolyse intrapleurale. (Operacja Jakobaeusa i torakokautyka według Maurera przy odmie piersiowej), LOUIS SAYÉ, Str. 242. Wyd. Masson et Co. 1932. Cena 40 fr. fr.

Jako trzecie wydawnictwo „Biblioteki fizjologicznej“ redagowanej przez L. Bernarda opuściło prasę nadzwyczaj starannie wydane dzieło prof. Sayé z Barcelony o przecinaniu zrostów przy odmie piersiowej.

Wyniki lecznicze odmy piersiowej przy gruźlicy płuc przewyższają niewątpliwie wszelkie inne sposoby, o czym świadczą statystyki, obejmujące wiele przypadków, obserwowanych przez kilkanaście nawet lat. Dla uzyskania dalszej poprawy tych wyników należy: 1) zacząć leczenie odmą możliwie wcześniej, 2) przecinać zrosty, o ile stanowią one przeszkodę w zapadnięciu się chorego płuca, 3) wspomagać leczenie odmowe np. stosowaniem preparatów złota i 4) stosować odpowiednie postępowanie przy powikłaniach podmowych.

W rozdziale o zrostach opłucnowych omawia autor anatomję patologiczną przedmiotu. W następnym rozdziale wspomina autor o przecinaniu zrostów przy otwarciu jamy opłucnowej, a wkońcu opisuje metodę torakoskopji. Znajduje się tu szczegółowy opis instrumentarjum Jacobaeusa i Unverrichta, Kremera, Maurera i in. Szczegóły techniczne torakoskopji i torakokautyki tak metodą Jacobaeusa jak i Maurera zostały przedstawione bardzo jasno i wyczerpująco.

Prof. Sayé wykonał przecięcie zrostów opłucnowych u 37 chorych: 66 razy, posługując się metodą wstępnej diatermji i następnej galwanokautyki według Maurera. Jedynie raz wystąpiło krwawienie do jamy opłucnowej; odma podskórna, zwykle bardzo nieznaczna, ustępowała do kilku dni. Na 28 przypadków, w których przed zabiegiem nie stwierdzono płynu w jamie opłucnowej, w 19 wystąpił wysięk, który jednak z wyjątkiem jednego przypadku wnet uległ wessaniu. W jednym przypadku wystąpiło zejście śmiertelne na czwarty dzień po zabiegu przy objawach niedomogi narządu krążenia i znacznem przesunięciu śródpiersia.

Następnie autor przedstawia wyczerpująco szereg historii chorób swoich pacjentów i omawia rozmaite zagadnienia, będące w związku z zabiegiem. Podkreśla przytem wielkie znaczenie praktyczne terakokaustyki.

Książka przeznaczona dla fizjologów daje wiele ciekawych obserwacji i spełnia w zupełności rolę informującą o tak potrzebnym zabiegu, jakim jest usunięcie zrostów dla skutecznego przeprowadzenia leczenia zapadowego gruźlicy płuc.

S. Hornung (Lwów).

Traité de technique opératoire oto-rhino-laryngologique. (Podręcznik techniki operacyjnej oto-rhino-laryngologicznej). GEORGES PORTMANN, Masson et Cie. Paris, 1932, 1 vol. 900 pag. 467 fig. et 2 pl. en couleur.

W ostatnim roku wydał prof. G. Portmann z Bordeaux wspomniały podręcznik — atlas techniki operacyjnej z zakresu uszu, nosa, gardła i krtani. Autor podaje technikę stosowaną na swojej klinice. Przed przystąpieniem do omawiania techniki poszczególnego zabiegu operacyjnego w krótkości lecz szczegółowo i wyczerpująco przedstawia wskazania i przeciwwskazania do tegoż zabiegu, przygotowanie chorego, sposób znieczulenia i instrumentarium operacyjne. Dalej przedstawia znakomicie technikę każdego zabiegu na tablicach, przytem omawia każdą fazę zabiegu bardzo szczegółowo i jasno. Tablice tak pod względem anatomicznym, artystycznym jak i praktycznym są wykonane finezyjnie. Po każdym zabiegu omawia wszelkie możliwe komplikacje pooperacyjne.

Podręcznik obejmuje prawie wszystkie zabiegi operacyjne stosowane obecnie w dziale oto-rhino-laryngologii. Dzieło jest wydane bardzo ładnie tak pod względem dydaktycznym jak i artystycznym i może zadowolić najbardziej wymagającego czytelnika. Krótko — uczy dużo i łatwo.

Dantelwicz (Lwów).

Les fonctions gastro-duodénales. DIMITRESCO - POPOVICI (z przedmową F. Ramonda). Masson et Cie. Paris, 1932, str. 250. Cena 28 fr. fr.

Lekarz rumuński, pracujący na oddziałach początkowo prof. Villaret'a a następnie, a to głównie prof. Ramonda w Paryżu, przedstawił w książce swej obecny stan nauki o czynności żołądka i dwunastnicy oraz metody badań czynnościowych tych narządów. Ponieważ czynność dwunastnicy, która tworzy często drogę zakażenia dla dróg żółciowych i trzustki, pozostaje w bardzo znacznym związku z czynnością wątroby i trzustki, przeto autor w pracy swej uwzględnia również badanie żółci i soku trzustkowego.

Autor podzielił materiał na trzy części. W pierwszej skreślił uwagi anatomiczne, embriologiczne i histologiczne oraz czynność wydzielniczą żołądka. Uwzględnił przytem odczyny, służące do wykrycia kwasu solnego, kwasu mlekowego i zczynów soku żołądkowego. Omówił w tym rozdziale znaczenie unerwienia na czynność żołądka. Rozdział ten zamyka zapytaniem, czy żołądek koniecznym jest do życia. Czerny w r. 1876 po raz pierwszy usunął zupełnie żołądek u psa, a dalsze doświadczenia Ludwiga i Ogata, Carvalla i Pachona, Filippóego i Monariego na zwierzętach wykazały, że one żyć mogą i po pozbawieniu ich żołądka. Pierwszym, który praktycznie wykorzystał te doświadczenia i przeprowadził całkowitą gastrektomię był Schatler (1897) (u kobiety z rozlanym rakiem żołądka). Badania Hoffmanna i Wróblewskiego stwierdziły, że odżywianie ogólne chorego nie cierpi zbyt wiele po zupełnym usunięciu żołądka. Wynika z tego, że narząd ten nie jest nieodzownym do życia, fakt, który posiada wielkie znaczenie w przypadkach raka żołądka.

Druga część książki poświęcona jest czynności dwunastnicy. Uwzględniając stosunki anatomiczne dwunastnicy przechodzi autor do omawiania czynności motorycznej, podkreślając znaczenie ruchu robaczkowego dwunastnicy dla wydzielania żółci i trzustki. Hipertonja dwunastnicy, towarzysząca hipertonji żołądka, wywołuje w następstwie silniejsze wydzielanie żółci i soku trzustkowego, natomiast atonja bywa przyczyną *dnodenitis*, *paraduodenitis*. Następstwem patologicznym tego objawu jest zmniejszony odpływ żółci i soku trzustkowego (dwunastnica bowiem kurcząc się, ssie z dróg żółciowych i trzustki wydzielinę), który doprowadza do uszkodzenia wątroby z powodu zastój żółci i mniejszej pracy wątroby, podobnie jak hipertonja dwunastnicy wywołuje uszkodzenie wątroby z powodu hiperfunkcji. Zastój żółci bywa dalej przyczyną kamicy oraz umożliwia szybsze zakażenie dróg żółciowych i trzustki (atonja sprzyja rychłemu rozmnażaniu się flory drobnoustrojowej w prawidłowo ubogiej w drobnoustroje dwunastnicy). Autor w dalszych rozdziałach poświęca uwagę czynności wydzielniczej dwunastnicy (sekretynie, prosekretynie).

Trzecia część książki poświęcona jest badaniom czynnościowym żołądka i dwunastnicy. Tę część opracował autor praktycznie, ujmując klinicznie wszystkie metody badania, a więc rentge-

nologiczne, przy pomocy gastroskopji, gastrofotografji oraz chemiczne zapomocą zglębniaka. Część ta opracowana jest bardzo szczegółowo, zadowolić może zupełnie. Przy omówieniu odczynu histaminu autor powołuje się na prace Koskowskiego, przy badaniu kwasoty żołądka metodą oznaczania stężenia jonów wodorowych kilkakrotnie cytuje Cytronberga. Autor podkreśla, że w każdym przypadku należy przeprowadzać wszystkie badania, a nie zadowalać się tem lub owem poszczególnem badaniem.

Dziwnem jest, że autor tak szczegółowo opisując metody badania chemizmu żołądka, nie wspomina nawet o odczynie czerwieni obojętnej, odgrywającej dzisiaj wielką rolę rozpoznawczą w przypadkach *achylia gastrica* w niedokrwistości złośliwej.

W ostatnim rozdziale omawia autor metody badania soku dwunastnicowego, żółci oraz soku trzustkowego do oznaczenia lipazy; najlepszą jest zdaniem autora metoda Bondi'ego z modyfikacją Chiray'a.

Książka pisana jest zajmująco, ujmującym stylem, nie nuży przeto czytelnika, pomimo „suchości“ materiału. Może ona służyć za pewnego rodzaju podręcznik, który przydać się może nie tylko klinicyście, lecz również każdemu praktykowi

Ungar (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA.

Patologia.

Eksperymentalne wywołanie białaczki, aleukemicznej myelozy, limfadenozy i mięsaka chłonnego. W. BUENGLER. Klin. Wschr. Nr. 48, 1932.

Przed jakimś 10 laty Fischer-Wasels wypowiedział teorię regeneracyjną powstawania nowotworów, opartą na rozległych badaniach na ludziach i zwierzętach. Według tej teorii powstawanie nowotworów może zachodzić w procesie regeneracyjnym, jeżeli tylko istnieje w ustroju usposobienie nowotworowe. Na wspólnych doświadczeniach wraz z autorem można było wykazać, że procesy regeneracyjne, które zwyczajnie kończą się zupełnem odtworzeniem ubytku jakiegoś, prowadzą do tworzenia nowotworu, jeżeli zwierzęta odnośnie wprowadzono w stan usposobienia nowotworowego przez podawanie przez czas dłuższy smoły i arsenu. Przekonano się też, że ten stan ogólnego usposobienia nie polega na jakichś zmianach w narządach, lecz na zaburzeniu w przemianie materji. Zasadniczo autorowie stwierdzili takie zaburzenia w przemianie materji, jakie Warburg wykazał odnośnie do komórki nowotworowej, a więc przede wszystkim obniżenie oddechania tkankowego i wzmocnienie procesów fermentacyjnych.

Autorowie zadali sobie pytanie, czy pewne produkty przemiany białkowej nie wywołują podobnych zmian w oddychaniu i procesach fermentacyjnych, jak arsen i smoła. Otóż autorowie już dawniej zdawali sprawozdanie, że indol, jako produkt rozpadu białka u człowieka, posiada własności nowotworotwórcze. Autorowie wykazali też, że indol jednorazowo wprowadzony wywołuje w przemianie materji podobne zmiany, jak arsen. W konsekwencji autor przeprowadził badania eksperymentalne z wprowadzaniem (zatrucaniem) do ustroju indolu celem wywołania w nim usposobienia nowotworowego w znaczeniu Fischer-Waselsa. Otóż autor mógł stwierdzić u tych zwierząt powstawanie zczasem niedokrwistości, tworzenia się wybujałości z tkanki limfatycznej lub szpikowej, podobnych do nowotworów, jednym słowem aleukemiczne limfadenozy i myelozy, a nawet guzy o zupełnym charakterze mięsaka chłonnego. Co do przemiany materji, to stwierdził u tych zwierząt obniżenie oddechania tkankowego, glikolizę, anaerobiozę wzmoczoną — a więc stany charakterystyczne dla usposobienia nowotworowego. Te bujania tkanek hematoblastycznych były początkowo stanami odrastania uiszczonych przez indol elementów składowych krwi, a potem przedstawiały obraz bujania nadmiernego, wprost nowotworowego.

W. Nowicki (Lwów).

Białaczka benzolowa u człowieka i u białych myszy. G. O. E. LIGNAC. Klin. Wschr. Nr. 3, 1933.

Autor w pracy swej zdaje sprawozdanie ze swych doświadczeń na myszkach, którym wstrzykiwał benzol wolny od tiofenu w ilości 0,001 cm³ rozpuszczony w oliwie. Wstrzykiwań zaprzestawał z chwilą, gdy występowały pierwsze objawy zatrucia. W doświadczeniach tych chodziło autorowi o wywołanie białaczki. Poza badaniem hematologicznem przeprowadzał autor badania bakteriologiczne i histopatologiczne. Z 54 myszy u 8 powstała białaczka, względnie *lymphoblastoma aleucaemicum*, u poszczególnych innych myszy rozwinęła się *lymphosarcomatosis*, *myelosis aleucaemica*,

leucaemia myeloides kwasochłonna, a także białaczka z komórkami tuczniemi. Białaczka powstawała u niektórych myszy dopiero w 1—3 miesiący po zaprzestaniu podawania benzolu. Autor zwraca uwagę na znaczenie małych dawek benzolu u robotników benzolowych. *W. Nowicki* (Lwów).

Przyczynę do sprawy leukocytozy ciążyowej i porodowej. E. FAUVET. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 90, z. 1—2.

Zdaniem autora należy leukocytozę ciążową i porodową uważać za dwie zupełnie odrębne sprawy. Podczas gdy w ciąży leukocytoza jest następstwem zwiększającej się kwasoty krwi dzięki gromadzeniu się bliżej nam mieznanych kwasów, to w czasie porodu, będącego znacznym wysiłkiem fizycznym, leukocytoza jest reakcją na szybkie zakwaszenie się ustroju kwasem mlekowym i acetonem. Toteż leukocytoza porodowa jest większa niż ciążowa. Badania autora stwierdzają szybki wzrost leukocytozy obojętnochłonnej od początku I-go okresu. Maksimum osiągnięte zostaje w okresie III-cim, co zupełnie logicznie zgadza się z pojęciem pracy fizycznej, jako przyczyny leukocytozy porodowej. Przemawia zatem również fakt, że u pierwiastek leukocytoza osiąga cyfry wyższe, niż u wieloródek (przeciętnie 18.200—14.800). Obraz morfologiczny i tu również, jak w ciąży, nie wykazuje żadnych postaci patologicznych, jedynie przesunięcie ku formom młodym. Mimo że w samoistnych porodach wykazano w znacznym odsetku bakterjemię (u autora w 40% porodów samoistnych *streptoc. haemoliticus*), to jednak obraz leukocytarny zdaje się być od tego zupełnie niezależny, o ile naturalnie położnica nie wykazuje klinicznie objawów zakażenia.

Leukocytoza porodowa spada do normy w 4—5 dniu pogołu, a więc w czasie, kiedy flora pochwowa zajmuje jamę macicy. Wygląda to tak, jak gdyby ustrój utrzymywał w ostrem pogotowiu wszystkie swoje siły obronne aż do chwili, w której regenerująca się błona śluzowa macicy zdoła sama uchronić macicę od zakażenia. *Dr. Lenczowski* (Lwów).

Rozpoznawcze i lecznicze znaczenie zmniejszenia się obojętnochłonnych. Ch. A. DOAN. Jour. of the (Americ. Med. Assoc. 1932. V. 99, str. 194.

Neutropenia miernego stopnia jest objawem fizjologicznym we wieku starszym. Roberts i Kral znaleźli neutropenię u 50% kobiet pomiędzy 40—60 rokiem życia. Na 8.000 chorych każdy czwarty wykazywał nieznaczny stopień granulopenji. Lecz ciekawem jest, że już przy tych małych zmianach narzekania na osłabienie, wyczerpanie i zmęczenie o dwakroć częściej występowały u chorych z granulopenją, aniżeli z prawidłową ilością granulocytów. Uderzającym był związek, zachodzący pomiędzy ciężkością objawów a stopniem granulopenji. Neutropenia nie jest wtórnym stanem z powodu toksycznego działania zakażenia, ponieważ może być okresowa i objawiać się może wcześniej aniżeli miejscowe symptomy zakażenia, a nie jest wywołana aplazją komórek myeloidowych w szpiku kostnym. Prawdopodobnem jest, że bodziec drażniący, który prowadzi do wydzielenia znacznej ilości obojętnochłonnycy do krwi, wywołany jest przez ciała, które powstają przy rozpadzie tych komórek we krwi. Poważną i znaczną rolę odgrywa tu kwas nukleinowy. Celem zwiększenia bakterjobjęcej własności krwi polecano lecznicze stosowanie kwasu nukleinowego w zastrzykach. Tu miała jednak miejsce kilka godzin trwająca faza neutropenji, zanim osiągnano wydzielenie młodych obojętnochłonnycy. Odpowiedniejszym okazały się: kwas adenilowy i gwanilowy, które po zastrzyku nie posiadają tej fazy neutropenji. Przy pomocy tego leczenia udało się Rernikoffowi ocalić 3 chorych na ogólną liczbę 4 z angina agranulocytarną, która jest jednym z najzłośliwszych stanów neutropenji.

Autorzy sami przeprowadzili szereg doświadczeń na królikach przy pomocy zastrzyków kwasu nukleinowego i stwierdzili, że: 1) kwas nukleinowy działa chemotaktycznie na prawidłowe ogniska myeloidowe i prowadzi do zwiększenia ilości granulocytów we krwi. 2) długotrwałe powtarzane zastrzyki wielkich dawek nie wiodły ani do wyczerpania, ani do złośliwego przerostu elementów myeloidowych u zdrowych zwierząt, 3) krótka seria wiedzie do przerostu myeloidowego bez szkodliwych następstw.

Klinicznie da się neutropenia przedstawić w kilku postaciach: 1) przewlekła neutropenia, tu chodzi bądź o chorych, u których wprawdzie stale obniżona jest liczba obojętnochłonnycy, lecz którzy posiadają dostateczną rezerwę i są w stanie samoistnie oddziaływać na bodziec zakaźny, bądź też są to chorzy, którzy nie są w stanie reagować na bodziec zakaźny dzięki temu, że posiadają bardzo małą rezerwę. Odczyn ich na kwas nukleinowy jest nieznaczny. Przecież jednak możliwym jest zastrzykami kwasu nukleinowego usunąć okresową niedomogę szpiku. Niektórzy z tych chorych wykazują skłonność do dekompensacji szpiku w ciągu lat.

2) Złośliwa neutropenia. Możemy odróżnić ten zespół objawów od innych stanów neutropenji na podstawie: a) szczegółowych wywiadów, wskazujących na okres osłabienia i wyczerpania przed zakażeniem, odnoszący się do pierwotnej neutropenji; b) nagłego, złośliwego rozszerzania się zakażenia, które w prawidłowych okolicznościach ograniczyłyby się do banalnego zakażenia jamy ustnej; c) prostracji, trwania i rozszerzania się zakażenia z pewnym wynikiem bakterjologicznym (las. sienna, krętek Vincenta, pał. błękitna).

Ta złośliwa neutropenia i jej kliniczny stan, angina agranulocytarna wykazuje w przypadkach nieleczonych śmiertelność ponad 90%. Bardzo ciekawa jest tabela różnych wyników leczenia: śmiertelność nieuleczonych 90%, leczenie mieszane 74%, zastrzyki arsefenaminy 72%, przetaczanie krwi 64%, rentgenoterapia 53%, nukleotydy 25%. Ostatnie trzy sposoby leczenia posiadają podobny mechanizm działania, drażniąc i pobudzając szpik kostny do zwiększonej czynności. Przetaczanie krwi działa dzięki zawartości zasad nukleinowych, lecz z powodu małego ich stężenia nie ustępuje czystym nukleotydom. Leczenie promieniami Roentgena stosowane być musi ostrożnie, ponieważ narządy krwiotwórcze są bardzo czułe na naświetlania. Często występuje już przy nieznanym przedawkowaniu niszczące działanie promieni rentgenowskich w postaci bądź nagłego spadku białych ciałek krwi po początkowym zwiększeniu ich liczby, bądź przyspieszenia śmiertelnej niedomogi szpiku kostnego. Względnie najlepszym i najbezpieczniejszym środkiem jest leczenie zapomocą zastrzyków nukleotydy.

Ungar (Lwów).

Sposób równoczesnego liczenia i różniczkowania ciałek białych. M. GUTSTEIN. Med. Klin. [Nr. 44, 1932.

Do pipety do liczenia ciałek białych pobieramy krew po znaczek I, zaś po znaczek II płynu o składzie: *Neublau R. Rhodulin-violet* w stosunku 2 : 1 we wodzie destylowanej. Następnie wtrząsa się kilka minut, krwinki czerwone hemolizują. Po 3—5 min. w komorze Bürckera oblicza się ilość ciałek białych w stu dużych kwadratach, a otrzymaną liczbę mnoży się przez 25, z czego otrzymujemy liczbę dającą ilość ciałek białych w 1 mm³ krwi. Oglądając w komorze krwinki okularem (Nr. 6 lub 7, jesteśmy też w stanie różnicować jakość ciałek białych.

Godłowski (Kraków).

Odczyn opadania krwinek u osobników alergicznych. K. SCHULHOF. Journ. of the Am. Med. Assoc. Nr. 5, 1933.

Zdaniem autora, obok przyspieszenia opadania ciałek czerwonych krwi ma także opóźnienie opadania znaczenie diagnostyczne. Opóźnienie opadania krwinek występuje u osobników alergicznych. Autor badał ten odczyn u 63 chorych na rozmaite choroby alergiczne (dychawica, błonica śluzowata jelit (*colica mucosa*), pokrzywka etc. i u 55 (= 89%) opadanie krwinek było opóźnione (120—200 minut, zamiast 90 minut u osobników normalnych, według metody Linsenmeiera).

W wyniku badań podaje autor, że opóźnienie opadania krwinek występuje stale u osobników alergicznych, o ile nie zmaci tego obrazu równoczesne wystąpienie choroby zakaźnej. Zjawisko to może mieć duże znaczenie przez zwrócenie uwagi na alergiczne podłoże pewnych chorób o nieznannej etiologii.

A. Selzer (Lwów).

O odczynie opadania krwinek. H. J. SCHATTEBERG. Arch. of Int. Med. V 50, [Nr. 4, 1932.

Na podstawie przerobienia tego odczynu na materiale 1.100 przypadków osobników zdrowych i chorych, autor uważa, że wszelkie odchylenia tutaj zachodzące są doskonałym wskaźnikiem obecności wszelkiego rodzaju schorzeń. Odczyn ten posiada duże znaczenie również w ginekologii i chirurgji. Przyspieszenie opadania krwinek w czasie menstruacji i ciąży polega na wzroście substancji włókninorodnej.

Tomanek (Lwów).

Zgęstnienie krwi jako możliwa przyczyna śmierci w samotrąwieniu wątroby. MASON, LEMON. Surg. Gyn. a. Obst. LV. 1932.

Tkanka wątrobowa poddana samotrąwieniu w jamie otrzewnej walcia substancje, które powodują chemiczne zapalenie otrzewnej połączone ze znaczną przepuszczalnością trzewi brzusznych. Ilość wolnego płynu w jamie brzusznej dochodzi wówczas do połowy całej zawartości krwi. Sączkowanie jamy brzusznej po zabiegu raczej skraca niż przedłuża życie zwierzęcia. Podawanie płynów doustnie i dożylnie nie przyczynia się do przedłużenia życia.

Janik (Iwonicz).

Chirurgia, położnictwo, ginekologia i stomatologia.

Znaczenie zewnętrznych pomiarów miednicy dla rozpoznania ścieśnienia miednicy. I SHORDANIA. Arch. f. Gyn. T. 148, z. 1.

Autor dokonał pomiarów 93 miednic kostnych, 250 miednic kobiet żyjących i u 52 kobiet z miednicą o wymiarze prostym zewnętrznym 17,5 cm i mniej. Z porównania wyników pomiarów wszystkich trzech grup wynika, że wymiary zewnętrzne, poprzeczne (*dist. troch., dist. spin., dist. crist.*, jakoteż różnica między obu ostatnimi wymiarami) nie mają żadnej wartości rozpoznawczej w oznaczeniu długości wymiaru prostego wchodu miednicy. Przy pomiarach miednic niewyberanych specjalnie, a więc miednic ścieśnionych, obszernych i normalnych, najwięcej na uwagę zasługuje wymiar prosty, zewnętrzny (*Conj. ext.*), gdyż obliczenie na podstawie tego wymiaru długości wymiaru prostego wchodu najlepiej odpowiada rzeczywistości. [Wymiary poprzeczne do tego celu wcale się nie nadają. Jeszcze większa różnica co do wartości rozpoznawczej wspomnianych wymiarów występuje w grupie miednic ścieśnionych, gdyż w tych miednicach wymiary poprzeczne, jako niepozostające w żadnym stosunku do wymiaru prostego wchodu, nie dają żadnego wyobrażenia o jego długości. Wartość wymiaru prostego, zewnętrznego, w miednicach ścieśnionych jest również mniejsza aniżeli w miednicach niewyberanych (t. j. wszystkich grup), lecz może jeszcze służyć do obliczenia wymiaru prostego wchodu z prawdopodobieństwem mniej więcej 30%. podczas gdy wartość ta wymiarów poprzecznych wynosi 0%.

Analizując cały badany przez siebie materiał, twierdzi autor, że w tych przypadkach, w których wymiar zewnętrzny prosty wskazuje na skrócenie wymiaru prostego wchodu, żaden inny wymiar zewnętrzny nie daje żadnych innych szczegółów, mogących wpłynąć na oznaczenie długości wymiaru prostego wchodu. W wielu przypadkach nawet te inne pomiary mogą wprowadzić w błąd, gdyż określona na ich podstawie miednica jako ścieśniona może się okazać jako prawidłowa lub nawet obszerna. Wobec tego uważa autor pomiary te za zbędne, a nawet szkodliwe, gdyż mogą one w wielu przypadkach dyskredytować wyniki obliczeń, uzyskanych na podstawie wymiaru prostego zewnętrznego.

K. B. (Lwów).

W sprawie radiograficznego rozpoznania obumarcia płodu wewnątrz macicy. G. DANIELINS I K. HEYROWSKY. Arch. f. Gyn. T. 148, z. 1.

We wstępie poddają autorowie analizie 3 przypadki, w których na podstawie obrazu rentgenowskiego rozpoznali obumarcie płodu w macicy. Z opisywanych dotychczas objawów stwierdzili objaw Spalding-Hornera i spłaszczenie czaszki płodu. Zagięcie kręgosłupa płodu w stosunku do główki nie uważają za objaw patognomiczny, ponieważ u jednego płodu żywo urodzonego, w stanie zupełnie dobrym stwierdzili w obrazie rentgenowskim takie zagięcie w obrębie kręgów szyjnych i to prawie o 90°.

Co się tyczy nadmiernego wygięcia lub wyprostowania kręgosłupa płodu, zauważają, że tylko uderzająco wielkie odchylenia mają wartość rozpoznawczą i przypominają, że wyprostowanie kręgosłupa po pęknięciu pęcherza płodowego jest nawet zjawiskiem fizjologicznym. Jest rzeczą absolutnie niedopuszczalną wysnuwać jakiegokolwiek wnioski o obumarcie płodu z ułożenia kończyn górnych i dolnych.

W przypadkach swych nie stwierdzili w obrazach rentgenowskich zubożenia kości płodu w wapń, być może dlatego, że od chwili obumarcia płodu aż do czasu zdjęć rentgenowskich upłynął zbyt krótki czas.

Na podstawie swych obrazów rentgenowskich wyrażają autorowie przekonanie, że po ustaniu krążenia płodowego mózg płodu traci swą jędrność (napięcie), ciśnienie wewnątrzczaszkowe zmniejsza się tak, że ogólne ciśnienie wewnątrzmaciczne zyskuje na przewadze. Powstała wskutek tego różnica ciśnień powoduje zniekształcenie czaszki płodu. Jeśli w czasie porodu przyłączy się do tego jeszcze działanie skurczów macicy, to zniekształcenie to może być nawet bardzo znaczne. Nie można stanowczo określić granicy pomiędzy fizjologiczną konfiguracją główki a jej zniekształceniem według pojęcia Spalding-Hornera, dlatego jest rzeczą bezwarunkowo konieczną, by w przypadkach granicznych zużytkować obrazy rentgenowskie w celach rozpoznawczych tylko przy równoczesnym uwzględnieniu stanu klinicznego i to z jaknajwiększą ostrożnością. Na moment ten ten zwracają autorowie uwagę dlatego, że zdaniem ich wielu autorów w sprawie tak ważnej, a nieraz nawet odpowiedzialnej, zbyt pochopnie przypisuje ważne znaczenie obrazom rentgenowskim. Jako dowód przytaczają własny przypadek, w którym, mimo niewątpliwego obumarcia płodu, nie wykazali ani jednego z objawów rentgenowskich, przemawiających za obumarciem płodu. I przeciwnie spostrzegali przypadki, w których nawet przy

utrzymanym pęcherzu płodowym, stwierdzili w obrazach rentgenowskich tak znaczne zniekształcenie czaszki, że bez znajomości stanu klinicznego (ruchy płodu, tętno) stanowczo musieliby byli rozpoznać objaw Spalding-Hornera.

K. B. (Lwów).

Znaczenie podniesienia ciepłoty sutka w ciąży i połogu. L. BICKEL. Mschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 90, H. 3—4.

Na dużym materiale ciężarnych w ostatnich miesiącach ciąży i położnic autor starał się wykazać, czy z różnicy ciepłoty między pachą a sutkami można sądzić o większej lub mniejszej zdolności sutków do produkcji mleka. Okazało się, że istotnie, im różnica ta pod koniec ciąży była większa, tem czynność wydzielnicza gruczołu sutkowego okazywała się silniejsza. Naogół u ciężarnych różnica ta wahała się od 0,1° do 1,2°. Jeszcze większe różnice zachodziły w połogu podczas karmienia. Na podstawie swoich obserwacji autor stwierdził, że różnica poniżej 0,2° przemawiała zazwyczaj za niedostateczną czynnością gruczołu, powyżej 0,2° — za normalną lub nadmierną wydzielaniem mleka. Obliczanie sekrecji na podstawie wysysanego przez noworodka mleka nie zawsze jest pewne, gdyż często noworodek z tych lub owych względów nie wyciąga całego pokarmu. I dlatego w 30-tu przypadkach autor po każdym karmieniu wypompowywał resztki pokarmowe z sutka i w ten sposób określał całą produkcję dzienną. Badania te potwierdziły, że produkcja mleka była tem obfitsza, im wyższa różnica zachodziła w cieplocie pod pachą i pod sutkami. Niemale znaczenie posiada kształt i wielkość sutka. Naogół sutki zwisające wykazywały ciepłotę wyższą, sutki jędrne ciepłotę niższą. Duże różnice w cieplocie u kobiet, mających małe dzieci, wskazywały zawsze na bardzo znaczną czynność gruczołu, podczas gdy różnice nieznaczne u tej kategorii położnic jeszcze nie przemawiały za słabą czynnością wydzielniczą gruczołów. W pierwszej połowie ciąży u jednej trzeciej części ciężarnych występuje również podniesienie ciepłoty pod sutkami, aczkolwiek nieznaczne. Zazwyczaj u tych kobiet stwierdzało się nadmierne wydzielanie się mleku. W przypadkach obumarcia płodu w ciąży różnice w cieplocie pachowo-sutkowej jednak dłuższy czas utrzymywały się, chociaż nie w takim stopniu, co u położnic karmiących. Podniesienie ciepłoty pod sutkami autor obserwował i u noworodków w pierwszych kilku dniach ich życia. W 20% nieciężarnych autor również stwierdził podniesienie się ciepłoty pod sutkami. Gorączka w połogu w znacznym stopniu niweluje różnicę w cieplocie pachowej i sutkowej.

J. Lenczowski (Lwów).

Bakterje kwasu mlekowego jako środek zapobiegawczy i leczniczy w położnictwie i ginekologii. ROGOWENKO — Leningrad. Rev. Franc. le 'Gyn. et d'Obst. [Nr. 1, 1933.

W myśl wyniku badań Kalinina i Mejerowicza, którzy przestudowali dokładnie *in vitro* wpływ pałeczki kwasu mlekowego na rozwój innych bakterij, autor stosował hodowlę tych bakterij w następujących sprawach: w 101 przypadkach zapaleń pochwy, szyi macicy lub zwykłych upławów (niespecyficznych) z wybitną poprawą po 5—25 seansach, zależnie od zaawansowania choroby. U 15 pacjentek obserwowanych w ciągu 10—12 miesięcy nawrót nie wystąpił. W połogu w ranach pochwy i kroczu, w przypadkach ropni sutka, w 10 przypadkach ran ropiejących pooperacyjnych — rany naogół oczyszczały i goiły się szybciej. W celu zapobiegawczym stosował autor pał. kw. mlek. do pochwy w pęknięciach kroczu po porodzie, jednak ilość niezgojonych kroczu, jak również ilość przypadków gorączkujących nie zmniejszyła się; winę przypisuje autor wadliwej technice stosowania, gdyż zakładał kultury do pochwy po zeszcyciu kroczu, czyli że zakażenie pozostawało w ranie ukryte. Czynność pałeczki polega na stałym wytwarzaniu kwasu, co niemniej wpływa na rozwój innych bakterij i hiszczy działalność ich toksyn.

H. Newlińska (Lwów).

Doświadczenia z znieczuleniem lędźwiowym w przypadkach cięcia cesarskiego brzuszego. F. SIEGERT. Zschr. f. Geb. u. Gyn. T. 103, z. 1, 1932.

Materiał autora obejmuje 191 przypadków cięć cesarskich brzusznych, w których celem znieczulenia wprowadzono do lędźwiowo 0,8 cm³ 10% tropokokainy. Dodanie eteru okazało się potrzebnem 10 razy (7,0%). Największą ilość wskazań dawały miednice ścieśnione (76 przyp.), pierwotnie słabe bóle u starszych pierwiastek (53 przyp.) oraz łóżyska produkujące (32 przyp.). Ciepłota w czasie porodu była podwyższoną w 4 przypadkach (2%). Śmiertelność matek wynosiła 1,6% (3 przyp.). Przyczyną zgonu było raz zakażenie wychodzące z przymacicza, drugi raz zator, a w 3 przypadkach zapalenie płuc, przyczem stwierdzono sekcynie równocześnie zmiany w parenchymie mózgu i rdzenia, które klinicznie ujawniły się dopiero 5-tego dnia po zabiegu pod postacią trudności w odde-

chaniu, porażeni skurczowych i śpiączki. Ciśnienie krwi było nieco zwiększone, ilość, jakość i ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego były prawidłowe. Ciekawym był ten przypadek z tego powodu, że rodząca przeszła już jedno cięcie cesarskie w znieczuleniu łądźwiowym i to bez powikłań. Zaburzenia mózgowe klinicznie się cofały, jednakże zapalenie płuc doprowadziło *ad exitum*.

Z innych zaburzeń po znieczuleniu łądźwiowym stwierdzono raz ostry bezdech z następowym porażeniem nerwów okoruchowych i twarzowych. Objawy te ustąpiły po kilku tygodniach prawie zupełnie. Bóle głowy stwierdzono w 6 przypadkach. Śmiertelność dzieci wynosiła 2,6% (5 przypadki), przyczem żadnego z tych przypadków nie można było kłaść na karb metody. Zwyczaj ciepłoty w położu stwierdzono w 18,5% przypadków. I tak 27 razy ciepłota pochodziła z części rodnych a 9 razy wystąpiła z innych powodów.

Autor jest gorącym zwolennikiem wykonywania cięcia cesarskiego brzuszego w znieczuleniu łądźwiowym.

Zb. Rychłowski. (Lwów).

Leczenie spraw zapalnych narządu rodno kobiety szczepionkami wielowalnymi. L. J. BUBLITSCHENKO. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 90, z. 3—4.

Wychodząc z założenia, że leczenie spraw zapalnych narządu rodno u kobiety powinno polegać na uodpornianiu ustroju przeciwko najróżnorodniejszym drobnoustrojom, podaje autor wyniki po leczeniu w jego zakładzie przygotowanymi szczepionkami. Szczepionki przygotowywano z następujących szczepów: gronkowce, paciorkowce i pałeczka błękitna. Materiał obejmował osiemdziesiąt przypadków, głównie spraw zapalnych, powstałych w związku z poronieniem lub porodem. Były to przeważnie sprawy ostre lub podostre. Leczenie dało wyniki bardzo zachęcające: w 83,8% wyleczenie, w 12,5% stan się nie zmienił, i tylko w 3,7% stwierdzono pogorszenie się sprawy zapalnej. Wyleczenie zwykle dawały te przypadki, w których zaznaczył się dość znaczny odczyn miejscowy i ogólny (ciepłota i obraz krwi), aczkolwiek nigdy nie dochodziło do zbyt wielkiej ciepłoty i osłabienia organizmu.

J. Lenczowski (Lwów).

Działanie farmakodynamiczne wyciągów z tylnego płatu przysadki mózgowej i sztuczne wywołanie porodu. J. WODON — Bruxelles. Rev. Franc. de Gyn. et d'Obst. Nr. 1, 1933.

Opierając się na własnych badaniach i doświadczeniach innych — autor stwierdza, iż wyciąg z tylnego płatu przysadki działa jakościowo i ilościowo jedynie na kurczący się mięsień macicy. Minimalna dawka t. j. 2 jednostki Voegtlin'a wywołują przejściową hipertonię i nie wpływają ujemnie ani na matkę ani na dziecko. W celu wywołania porodu lub przyspieszenia go kombinowano wyciąg z tylnego płatu przys. ze środkami, które mechanicznie pobudzają macicę, w ten sposób zapomocą małych dawek tych środków można otrzymać doskonałe wyniki. Do takich środków należy: olej rycynowy w dawce od 15—30 g wzmacnia skurcze macicy; chinina w dawce 0,65 wzmacnia, w większych poraża mięsień macicy i może wpłynąć ujemnie na dziecko, — wobec tego nie należy stosować dawki ponad 1 g. W przypadkach przedwczesnego odejścia wód płodowych, w przenoszonej ciąży szczególnie w wieloródce i w celu wywołania porodu, autor przeważnie stosuje wyciąg z tylnego płatu przysadki w dawkach domięśniowych po 2 jednostki co pół godziny, a następnie 5 jednostek, o ile skurcze macicy nie są zbyt silne (ponad 10 jednostek nie należy stosować). Celem usunięcia skurczu macicy nie radzi podawać morfiny, gdyż według badań Lenz'a i Ludwig'a wzmacnia ona napięcie mięśnia macicy — stosować należy jedynie sole magnezowe, które w dawkach 3—4 g wstrzyknięte domięśniowo znoszą zupełnie ciężar macicy, albo papawerynę.

H. Newlińska (Lwów).

Krytyka leczenia hormonami jajnikowymi. H. R. SCHMIDT i K. J. ANSELMINO. — Düsseldorf. Zschr. f. Geb. u. Gyn. T. 103, z. 1, 1932.

Dotychczasowe wyniki leczenia hormonem jajnikowym uzyskanym z moczu ciężarnych dowodzą, że zawodzi ono najczęściej tam, gdzie staramy się usunąć zaburzenia w przemianie materji lub w krążeniu wywołanem przez zmiany jajnikowe. Natomiast nieprawidłowości anatomiczne w macicy oraz zmiany na skórze i w stawach zależne od jajnika dają po podaniu hormonu jajnikowego wybitne polepszenia. Z tego wynika, że w pęcherzu jajnikowym musi się znajdować jeszcze drugi hormon mający wpływ na przemianę materji. Hormon ten udało się autorom wyosobnić. Posiada on własności pobudzające resztę gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu. Ilość jego w moczu ciężarnych jest tylko nieznacznie wzmożona. Stąd też niema go w preparatach hormonalnych znajdujących się obecnie w handlu, zwłaszcza w tych, które uchodzą za bardzo dokładnie

oczyszczone. Podobnie jak w płynie pęcherzyka, znajduje się i w ciałku żółtem oprócz dziś znanego hormonu jeszcze drugi, który ma wpływ hamujący na resztę gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu. Wyosobnienie tego hormonu dotychczas się jeszcze nie udało. Czy nowo wyosobniony hormon pęcherzyka spełni pokładane w nim nadzieje, wykażą doświadczenia kliniczne. Kto wie, czy nie okaże się potrzeba powrócić do dawnych, zarzuconych już wyciągów z całości narządu.

Zb. Rychłowski. (Lwów).

O dożywianiu dzieci przedwcześnie urodzonych folikuliny. W. SCHILLER. Arch. f. Gyn. T. 147, z. 1.

Doświadczenia swe przeprowadził autor w 68 przypadkach. Stosował mianowicie *Follikulin* — *Menformon* w dawce 4—40 jednostek dziennie. Dobrego działania folikuliny dowodził przybytek na wadze, względnie bardzo mały spadek wagi i rychły powrót do wagi pierwotnej. Z chwilą zaprzestania iniekcji następował spadek wagi. Największe zapotrzebowanie hormonu istnieje w pierwszych dniach po porodzie. U dzieci urodzonych na czasie czas ten wynosi najmniej 4 dni.

K. B. (Lwów).

Aparat DRGM. służący do wprowadzania tamponów pochwo- wych. M. FRAENKEL. Med. Klin. Nr. 50, 1932.

Celem uniknięcia zakażenia tamponu florą bakteryjną z dolnych odcinków pochwy i stosowania wzierników, która to czynność czasami jest nawet bolesna, poleca autor aparat sporządzony w formie walca metalowego, którego dno ruchome połączone jest z prętem metalowym służącym do przesuwania go, a przez to wydalania z walca metalowego tamponu przepojonego lekiem.

Godłowski (Kraków).

Choroby skórne i weneryczne.

Reakcje skórne a patogeneta stanów przewrażliwości. A. SĚZARY i G. MAURIC. Pres. méd. Nr. 51, 1932.

Autorowie omawiają bezpośrednio i pośrednie odczyny skórne i dzielą wszystkie te odczyny (reakcja skórna, śródskórna i naskórna, oraz pośrednia reakcja Prausnitza-Küstnera) na 3 typy. Pierwszy typ to bąbel pokrzywkowy, ma on dowodzić obecności przewrażliwości humoralnej (reakcja pośrednia Prausnitza-Küstnera jest w tych przypadkach zawsze dodatnia), — taka przewrażliwość jest to anafilaksja. Drugi typ, który cechuje się występowaniem odczynu guzkowego, — to przewrażliwość tkankowa specjalnie skóry. Takie stany można zaliczyć do alergii. Wreszcie III. typ, charakteryzujący się występowaniem odczynów rumieniowo-pęcherzykowych lub rumieniowo-luskowych, można zaliczyć do przewrażliwości tkanki naskórka. Taki podział odczynów na 3 typy ma znaczenie nietylko teoretyczne, ale może być też podstawą do postępowania leczniczego.

Skowroński (Lwów).

O sposobach oddziaływania skóry na zastrzyki doskórne soli mineralnych. O. ECKART. Med. Klin. Nr. 48, 1932.

W solach wprowadzonych doskórnie działają tylko kationy, zaś aniony wzmagają lub osłabiają siłę reakcji zależnie od siły anionu, mającego zdolność uruchomienia kationów znajdujących się pierwotnie w skórze. Kationy w skórze wywołują reakcję dla siebie typową, tak co do jakości jak i ilości. Działanie ich bywa niekiedy antagonistyczne tak, że przy zachowaniu stosunków ilościowych możemy wzajemnie działanie ich znosić. Jako swoistą reakcję dla kationów przyjmujemy tę reakcję, która powstaje przy wprowadzeniu roztworów o stężeniu równem fizjologicznemu.

Godłowski (Kraków).

Żółtaczka przy leczeniu bizmutem. L. LANGERON, M. PAGE'U i C. DEVRIENDT. Pres. Méd. Nr. 61, 1932.

Autorowie zwracają uwagę na żółtaczkę, występującą u kilowych przy leczeniu bizmutem i podają kilkanaście obserwacji klinicznych. Jest to żółtaczka toksyczna, podobnie jak po salwarsanie. Występuje znacznie rzadziej jak po salwarsanie, zazwyczaj u osobników z wątrobą poprzednio uszkodzoną przez alkohol, przez długotrwałe leczenie rtęcią i salwarsanem. Za działaniem trującym bizmutu na wątrobę przemawia także i to, że w jednym przypadku stwierdzono w tkance wątrobowej bardzo dużo bizmutu, a zaledwie ślady arsenu. Mechanizm występowania takiej żółtaczki może być różny: można myśleć o uczynieniu ukrytego zakaźnika, o manifestacji żółtaczki kilowej, o właściwym trującym działaniu bizmutu na wątrobę (choć doświadczenia nie da się wywołać takiej żółtaczki), oraz o reakcji alergicznej organizmu kilowego poprzednio uczulonego na bizmut.

Skowroński (Lwów).

Leczenie zakażeń rzeączkowych zapomocą ogólnego przegrzania. STAFFORD L. WARREN K. M. WILSON, (Rochester, N. Y.). Amer. Journ. of. Obst. a. Gyn XXIV. 4. 1932.

Autorzy stosowali skombinowane przegrzania umieszczając chorego w kabinie elektrycznej, z której jedynie tylko głowa wystawała nazewnątrz, a oprócz tego równocześnie stosowano diatermię. W ten sposób osiągnano z łatwością ciepłotę ciała około 41.5 C. mierzona ciepłomierzem w odbytnicy. Badanie białych ciałek krwi wykazywało znaczne zwiększenie się ich liczby (do 15,000). Leczone w ten sposób 20 kobiet i stwierdzono poprawę ogólną i miejscową. Ze względu na małą liczbę chorych, autorzy piacę swą uważają za doniesienie tymczasowe.

Wiślański (Lwów).

Leczenie dietetyczne toczeniu żrącego. S. BOMMER. Med. Klin. Nr. 46, 1932.

Stosowanie diety Hermansdorfera-Sauerbrucha w gruźlicy w ogólności, a w toczeniu w szczególności daje korzystne wyniki. Celem skrócenia czasu leczenia autor podawał doustnie borowaną cholinę. Przy tej sposobności przedstawia autor przez siebie stworzoną teorię pomocniczą w szerzeniu się gruźlicy, przyjmując istnienie dysfunkcji naczyniowej w okolicy ogniska chorobowego, będącej w stanie przewrażliwości na zapalenie gruźlicze.

Gołowski (Kraków).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

Sprawozdanie z VII. posiedzenia naukowego z dnia 10 marca 1933 r.

Przewodniczy: Kol. Lenartowicz.

1. Kol. Jaburek, czł. Twa przedstawił *chorego po operacji nowotworu mózdzka*, 38-letniego, cierpiącego od 6 tygodni na napadowe, gwałtowne bóle głowy bez szczególnego umiejscowienia, zawroty głowy i wymioty. Przedmiotowo stwierdzono tarczę zastoinową i zataczającą się chód. Rozpoznano guz mózgu i umiejscowiono go w mózdzku ze względu na wczesną tarczę zastoinową i wyraźną tendencję chorego do trzymania głowy w pewnym stałym ułożeniu. Ze względu na ciężkie objawy ogólne wykonano operację, odsłonięto obie półkule mózdzkowe i stwierdzono guz w lewej półkuli. po nakłuciu którego wydobyto około 20 cm³ płynu. Operację na tem przerywano z powodu chwilowego zapadu. Wszystkie objawy od tego czasu ustały i chory czuje się zupełnie zdrowy, na drugi akt operacji chory się nie zgodził. W przypadku tym niezwykle jest brak objawów miejscowych przy dużym stosunkowo nowotworze mózdzka.

W dyskusji: Kol. Ostrowski T., czł. Twa: Zwraca uwagę na zastosowaną w danym przypadku technikę operacyjną; podnosi doniosłość w tego rodzaju przypadkach stosowanego znieczulenia miejscowego i operowania chorego w pozycji siedzącej. Stosowanie uspienia wywołuje zmiany w krążeniu, zwłaszcza żylnem, co odbija się ujemnie na krwawieniu pola operacyjnego przy trepanacji czaszki. Pozycja siedząca chorego warunkuje łatwiejsze oddechanie, co odbija się korzystnie także i na stanie wypełnienia naczyń żylnych mózgowych; ułożenie wysokie czaszki przy pozycji siedzącej chorego wpływa również korzystnie na stan żył czaszkowych. Cięcie skórne wykonano wedle Cushinga „*en arbutète*”; zabezpiecza ono dolny dostęp do mózdzka i utrzymanie sprawności mięśni pokrywających po operacji pole, pozbawione ochrony kostnej. Po nawierceniu kości potylicowej świdrem de Martela odsłonięto mózdzek, usuwając definitywnie łuskę kości kleszczami Luer'a; zabieg tak wykonany jest odpowiedniejszy, niż wypylowywanie jednego wielkiego płata kostnego świdrem, który to zabieg w okolicy rdzenia przedłużonego może wywołać łatwo zaburzenia ośrodków życiowych. Po opróżnieniu torbieli mózdzka, naciętej opony twardej nie zeszywano, dzięki czemu lewa półkula mózdzka znajduje się w korzystnych warunkach ciśnienia śródczaszkowego (odbarczenia), co może wpłynąć korzystnie na przedłużenie okresu poprawy klinicznej, stwierdzonej w tak wybitnym stopniu po operacji, pomimo możliwego nawrotu torbieli mózdzka.

Kol. Rothfeld, czł. Twa zaznacza, że przypadki te są rzadkie. Przypomina o jednym przypadku z guzem mózdzka, który poza tarczą zastoinową i atrofią nerwu wzrokowego nie miał żadnych objawów mózdzkowych, całkiem dobrze chodził i dobrze się orjentował w przestrzeni — później operowany przez Prof. Rydygiera wykazywał guz wielkości 5-złotówki. Jak z tego widać, guz nawet duży może nie dawać objawów mózdzkowych — a niekiedy przy guzie małym dominują objawy mózdzkowe.

Kol. Halban, czł. Twa zaznacza, że nowotwory mózdzkowe są rzadkie z wyjątkiem dzieci.

Kol. Pisek, czł. Twa wspomina o przypadku z r. 1880 nowotworu perlakowego (*cholesteatoma*) lewej półkuli mózdzka, znacznej wielkości stwierdzonego na sekcji przez siebie u staruszki, u której za życia żadnych objawów ze strony systemu nerwowego nie było, i dziś, jak z dyskusji widać, niezadkie są przypadki tych nowotworów, stwierdzanych przypadkowo przy badaniu pośmiertnym a za życia przebiegających zupełnie skrycie. Ścisłego wyjaśnienia mimo przeszło półwiekowej pracy neurologów i anatomo-patologów nie posiadamy.

Kol. Gąsiorowski, czł. Twa zapytuje, czy wydobyta treść była badana, czy nie chodziło o bąblowca.

Kol. Jaburek w odpowiedzi: wygląd guza wskazywał na glejaka. Badania treści nie wykonano.

2. Kol. Moraczewski, czł. Twa wygłosił: *Wpływ diety na wydzielanie kwasu moczowego i jego zawartość we krwi*. Za źródła kwasu moczowego w ustroju uważano ciała nukleinowe, które ustrój sam wytwarzać może, jak wykazuje znane spostrzeżenie Mieschera, dotyczące przemiany mięśni lososia na sperme. Horbaczewski uważał ciała białe za materiał, z którego kwas moczowy powstaje w ustroju ludzkim, Burian czynność mięśni, Mareš produkty wydzielania gruczołów trawienia. Hirschstein wskazał na okresowość wydzielania moczanów, i zależność od trawienia porcji, ale i od innych przypuszczalnie nerwowych lub naczynioruchowych czynników. Sprawa zachowania się moczanów w ustroju podlegała również długiej dyskusji. Niektóre zwierzęta wydzielają kwas moczowy jako główny produkt odbudowy białek, inne wydzielają głównie mocznik, a tylko ubocznie kwas moczowy. Oba te procesy zależały od sprawności wątroby (Minkowski) i podlegały wahaniu. Niektóre zwierzęta utleniają kwas moczowy do alantoiny (królik) inne — jak np. człowiek zdolności tej nie posiadają (Wiechowski). Przypuścić możemy, że są pewne indywidualne własności, które sprawiają, że pewien ustrój wydziela więcej, inny mniej moczanów. Poza tem przyjąć musimy za Hirschsteinem, że ciała nawet pozbawione grup purynowych jak ser, mogą podnosić ilość moczanów we krwi i w moczu. Zadaniem autorów było sprawdzić, jaki wpływ wywierają rozmaite składniki pożywienia: cukry, tłuszcze, białka na zawartość moczanów we krwi i wydzielanie moczanów w moczu, a poza tem jaki wpływ wywiera dieta tłuszczowa, węglowodanowa i białkowa na tolerancję ustroju dla ciał purynowych. Jako ciał purynowych użyto w jednym szeregu doświadczeń mózgu gotowanego w ilości 250 g. w drugim szeregu 4 g kwasu nukleinowego i nukleinatu sodowego. Oba doświadczenia wykazały, że pomimo indywidualnych różnic, przy diecie tłuszczowej i węglowodanowej kwas moczowy powiększa się we krwi i wydziela się mniej lub więcej w moczu, nie wpływając na ilość azotu pozabiałkowego we krwi, natomiast przy diecie białkowej, choćby bezpurynowej jak ser, podnosi się azot pozabiałkowy we krwi, natomiast obniża się kwas moczowy krwi i obniża się względnie wydzielanie moczanów w moczu. Jeżeli wzmoczenie moczanów we krwi po bezpurynowym białku możnaby porównać do swoistej energii białek, podnoszącej spalanie ustroju, to brak wydzielania i powiększenie azotu pozabiałkowego z jednocześnie obniżeniem moczanów krwi, świadczy o zmianach w sposobie rozpadu białek, których narazie wyjaśnić się nie daje.

W dyskusji: Kol. Fels, czł. Twa: Wywody prelegenta podtrzymują spostrzeżenia nasze. Już oddawna panuje dewiza przy skazie moczonowej „dużo chodzić, dużo spać, mało jeść”. Wiadomo, że istnieje kwas moczowy egzogenny i endogenny. Naogół jednostajność diety nie jest wskazana.

Sprawozdanie z VIII. posiedzenia naukowego z dnia 17. marca 1933 r.

Przewodniczy: Kol. Lenartowicz.

1) Kol. Demianowska, czł. Twa przedstawiła *przypadek surowiczego zapalenia opon mózgowych na tle kiłowym*.

Chory 30 letni bez obciążenia dziedzicznego. W 16 roku życia przeszedł zapalenie płuc. W r. 1931 kiła, jedno leczenie. O. W. krwi stale ujemny.

Od początku stycznia cierpi na silne bóle głowy w całej głowie, najsilniejsze nad oczodolami, czasem wymioty.

Obiektywnie stwierdzono tarczę zastoinową i znaczne zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym (608/3 limfocytów i dodatnie odczyn białkowe). Poza tem wynik badania systemu nerwowego ujemny. Stosowano wcierania Hg i neo-salwarsan. Kilkakrotnie powtarzane nakłucie leżwiowe początkowo wykazywało znaczną pleocytozę, następnie ilość ciałek zaczęła spadać. O. W. krwi i płynu stale ujemny, natomiast odczyn kłaczkowy Müllera wypadł dodatnio. Chory czuł się dobrze, ustąpiły bóle głowy. Uderzał niestosunek objawów klinicznych tak podmiotowych jak przedmiotowych do ciężkich zmian w płynie mózgowo-rdzeniowym.

W przypadku tym rozpoznano surowicze zapalenie opon mózgowych pochodzenia kiłowego, mimo ujemnego odczynu Wassermanna, na podstawie dodatniego odczynu Müllera i przebiegu choroby.

Na uwagę zasługuje większa czułość odczynu Müllera niż odczynu Wassermanna.

W dyskusji: Kol. Lenartowicz zauważa, że dosyć znaczna limfocytoza w płynie mózgowo-rdzeniowym przy ujemnym odczynie Bordet-Wassermanna a dodatnim odczynie Müllera przemawia za świeżym procesem kiłowym. Takie zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym zwyczajnie pod wpływem leczenia ustępują szybko. Szczególnie korzystnie na zmniejszenie się liczby ciałek białych w płynie mózgowo-rdzeniowym działa stowarsol podawany doustnie, lepiej, niż salwarsan i jego odmiany.

2) Kol. Laskownicki, czł. Twa przedstawił *przypadek przetoki moczowodowo-pochwowej*, powstałej po operacji wyjęcia macicy i przydatków. Wszczepiono moczowód lewy do esicy. (Przeznaczone do druku w Pol. Przegl. Chirurg.).

W dyskusji: kol. Schramm, czł. Twa gratuluje pomysłowi, z powodu którego obeszło się bez wyjmowania nerki. Zwraca uwagę na drugi ważny szczegół: chora przedstawiona przeszła przed 12 laty z powodu gruźlicy kregów operację Albego i od tego czasu żadnych zmian chorobowych w zakresie kregów nie wykazuje.

Kol. Ostrowski T., czł. Twa zauważa, że wobec nieuszkodzonego i sprawnie działającego pęcherza moczowego, racjonalniej byłoby wszczepić moczowód do pęcherza a nie do esicy, która to operacja prędzej może spowodować następne schorzenie nerki przez zakażenie wstępujące. Przeszczepienie w danym wypadku lewego moczowodu do esicy mogło być uwarunkowane daleko pouniętami zmianami gruźlicznymi otrzewnej w miednicy małej. Wszczepienie moczowodów do esicy uważa za ostateczność w przypadkach niedających się wyleczyć przetok pęcherzowo-pochwowych i przy utrzymaniu zdrowego pęcherza moczowego, ten sprawnie działający narząd nadaje się lepiej do wszczepiania moczowodów niż esica.

Kol. Schusterówna, czł. Twa, w *sprawie nowotworów rozlanych opon mózgu i rdzenia*, omawia sprawę nowotworów rozlanych mózgu i rdzenia, która zasługuje na szczególniejszą uwagę nie tyle ze względu na rzadkość ich pojawiania się, ile raczej ze względu na niezwykle obrazy anatomiczne i zmienne objawy kliniczne, a przede wszystkim ze względu na niestosunek objawów klinicznych do sekcyjnych zmian anatomicznych. Gdy klinicysta w szeregu przypadków stwierdza objawy, przemawiające za sprawą nowotworową, to anatom stwierdza mniej lub bardziej widoczne zgrubienia i zmłeczenia opon miękkich, odpowiadające tkankolącznym zgrubieniom tychże, a nawet w przypadkach niektórych nie dostrzega żadnych zmian. Dopiero zwrócenie się do mikroskopu, i to zwykle przypadkowe, wykazuje, że istotnie zachodzi w danym przypadku sprawa nowotworowa.

Zależnie od miejsca wyjścia nowotworów rozlanych opon mózgu i rdzenia i od sposobu szerzenia się ich, nowotwory rozlane mózgu i rdzenia podzielić można na 3 grupy, mianowicie na: 1. nowotwory rozlane przerzutowe, w których pierwotne ognisko jest poza obrębem jamy czaszkowej; 2. nowotwory rozlane, wychodzące z guza pierwotnego opon mózgu i wreszcie 3. nowotwory rozlane, w których nie można wykazać pierwotnego miejsca ich wyjścia.

Przy omawianiu grup poszczególnych Schusterówna przytacza i omawia dla objaśnienia przypadki, przez siebie spostrzegane i badane, w szczególności rozlanego raka przerzutowego opon mózgu i rdzenia u mężczyzny 42-letniego z klinicznymi objawami zapalenia korzonków nerwowych, ewentualnie nowotworu z niepewnym miejscem usadowienia. Guz pierwotny znajdował się w płucach. Inny przypadek — to rozlany mięsak pierwotny opon mózgu i rdzenia u kobiety 42-letniej, u której rozpoznawano psychozę organiczną, i rozlany pierwotny rak opon mózgu u kobiety 57-letniej, u której rozpoznawano gruźlicę opon mózgu lub nowotwór podstawy czaszki. Ten przypadek ostatni zasługuje na szczególniejszą uwagę, gdyż udało się w nim wykazać nieznane dotąd miejsce wyjścia sprawy rakowej pierwotnej, mianowicie komórki wyściółkowe spłotu naczyniowego komory trzeciej mózgu, których pochodzenie ektodermalne dziś jest już niezbitnie dowiedzione.

We wszystkich przypadkach przytoczonych obraz anatomiczny makroskopowy opon mózgu i rdzenia zupełnie nie przemawiał za sprawą nowotworową, dopiero przypadkowe badanie mikroskopowe wykazało sprawę nowotworową. Prelegentka z naciskiem podnosi więc potrzebę badania mikroskopowego w podobnych przypadkach.

4) Kol. Sosin, czł. Twa przedstawił i omówił preparat anatomiczny przypadku *raka gardła*, który już poprzednio, za życia, był przedstawiony przez Prym. Dra Ziembickiego, ze względu na silne przemieszczenie serca ku górze, a którego przyczyna nie była jasna. Chodzi o kobietę lat 40, u której na sekcji w okolicy migdałka prawego stwierdzono wrzód owalny o brzegach wałowanych, nie-

przesuwalny względem otoczenia, o nierównym guzkowatym dnie. Badanie mikroskopowe brzegu wrzodu wykazało utkanie raka płaskokomórkowego. Rak ten dał przerzuty do trzustki, nerek, a szczególnie do gruczołów chłonnych szyi i klatki piersiowej. Szczególnie poważne następstwa spowodowały przerzuty w gruczołach limfatycznych koło tchawicy, albowiem jeden z nich przebił do przełyku, inny znówu, naciekając ścianę głównego oskrzela lewego, tak dalece zwęził jego światło, że powstała niedodma płuca. W dolnym płacie tego bezpowietrznego płuca następowo wystąpiła zgorzel. W jamie opłucnowej lewej, w związku z rozpadem gruczołu, wytworzył się ropniak, który zawierał około 1 l ropy. Z drugiej strony gruczoły, uciskając na nerw przeponowy lewy, spowodowały porażenie lewej połowy przepony. Przepona po stronie lewej sięgała do dolnego brzegu III. żebra. To wysokie położenie przepony można wytłumaczyć równoczesnym działaniem dwóch czynników, pomniejszeniem płuca i porażeniem przepony. Zrozumiałem jest, że równocześnie z przeponą musiało ulec przesunięciu i serce. Takie więc byłoby sekcyjne wytłumaczenie klinicznie stwierdzonego przesunięcia serca.

5) Kol. Maćzewski, czł. Twa wygłosił: *Konstytucja kobiety w świetle nauki o gruczołach wewnętrzno-wydzielniczych*.

Mówca ujmując wspomniane zagadnienie z punktu widzenia ginekologa klinicysty. Podnosi wielkie znaczenie konstytucji w patologii narządu rodnego.

W badaniach klinicznych i obserwacjach chorych doszedł do przekonania, że odporność a konstytucja pozostają ze sobą w ścisłym związku; zagadnienie zakażeń połogowych, ciąży, poród, zatrucia ciążowe, sprawy zapalne, oceniane z punktu widzenia konstytucji pozwalają na wprowadzenie wniosków o pierwszorzędnej znaczeniu dla klinicysty.

Dalej wykazuje prelegent, że treść i zakres pojęcia konstytucji uległy zmianie od lat kilkunastu. Kiedy doniedawna w pojęciu konstytucji przeważał wyłącznie pierwiastek somatyczny, to obecnie przyłączył się drugi poważny czynnik psychiczny. Te 2 czynniki razem sięgają *soma i psyche* decydują o człowieku jako typie biologicznym.

Rozwój inkretologii w ostatnich latach przyczynił się do rozszerzenia zakresu wiadomości o człowieku jako typie biologicznym.

Gruczoły dokrewne mają wpływ decydujący na rozwój fizyczny i psychiczny danego osobnika. Dysharmonja w działaniu gruczołów musi się wyrazić nie tylko w czynności organizmu, lecz i w architekturze danego osobnika.

Klasyfikacja obecna typów konstytucjonalnych oparta jest przeważnie na czynności gruczołów dokrewnych. W myśl tej klasyfikacji rozróżniamy: typy tarczycowe, nadnerczowe, płciowe, przysadkowe i t. d. Każdy z tych typów posiada swoją treść i cechy charakterystyczne w budowie, czynności i charakterze. Wyodrębniamy owe typy na podstawie badań przemiany materji, systemu wegetatyjnego, czynności poszczególnych narządów i badania klinicznego.

Dla każdego indywidualum ustalamy pewne cechy konstytucjonalne dla niego właściwe, najczęściej wrodzone, które są wypadkową niezliczonej ilości elementów, z jakich składa się człowiek, jako typ biologiczny.

Gdybyśmy na podstawie wzorów matematycznych o połączeniach i kombinacjach chcieli wyliczać ilość wynikłych stąd możliwości, to znajdziemy wytłumaczenie dla tej wielkiej odrębności, jaka istnieje pomiędzy rozmaitemi typami konstytucjonalnymi. Tem też należy sobie tłumaczyć różnorodność typów ludzkich, tu znajdziemy wytłumaczenie dla tych najrozmaitszych podbarwień, jakie istnieją pomiędzy poszczególnymi typami konstytucjonalnymi.

W dyskusji: Kol. Bocheński, czł. Tow.: W lwowskiej Klinice położniczej od dłuższego czasu zajmuje się tym tematem Kol. Liebhart. Najwięcej znanym i zasłużonym na tem polu badaczem jest Aschner i on dał wyraz uznania kol. Liebhartowi za jego pracę — a Kol. Prelegent tak mało o tem wspomniał.

Kol. Liebhart, czł. Twa podkreśla z zadowoleniem, że prelegent powtarza i podtrzymuje wszystkie te tezy odnoszące się do konstytucji kobiety, które mówca przedstawił w analogicznym wykładzie w roku ubiegłym, a które wówczas jeszcze budziły pewne zastrzeżenia. Zaznacza nadto, że istotą neokonstytucjonalizmu jest — poza włączeniem do tego zagadnienia gruczołów wkrwonych — obalenie dogmatu o niezmienności konstytucji, co stworzyło istotnie nową erę w tej dziedzinie. Obecnie dochodzimy już do tego punktu, że rozróżniamy t. zw. stany konstytucjonalne, na które możemy wpływać a nawet leczyć je. Neokonstytucjonalizm wkracza zwycięsko w dziedzinę krytycznych możliwości w odróżnieniu od abstrakcyjnego i oderwanego od życia, pojęcia dawnej konstytucji. Mówca zaprzecza, jakoby Aschner był endokrynologiem, gdyż jest on tylko najwybitniejszym humoralistą doby obecnej zapatrującym się nawet sceptycznie na najnowsze zdobycze endokrynologii. Mówca podkreśla, iż wziął od Aschnera z okazji konstruowania swojego

systemu konstytucjonalnego przeważnie rzeczy natury metodycznej. poza tem uważa, że system jego jest — poza bardzo nielicznymi próbami — prawie bez ważniejszych precedensów.

Kol. Ziemiński, czł. Twa: nawiązuje do słów prelegenta o związku między konstytucją, czyli czynnikami wrodzonymi, stanem gruczołów dokrewnych, rokowaniem chorobowym, oraz t. zw. konstytucją seksualną kobiety w znaczeniu kol. Sochańskiego, Liebharta i innych autorów. Rzeczywiście w bardzo wielu przypadkach praktyki codziennej uwzględniamy szeroko konstytucję przy stawianiu rokowania i to zarówno w internie jak i ginekologii. Np. kobiety, blondynki lub rudawe, otyłe, niskie — ulegają znacznie częściej i łatwiej skrzepom poporodowym i złośliwym formom gruźlicy płuc, niż smukłe brunetki. Fizjolog Neumann we Wiedniu w znanym swoim podręczniku poświęca duży rozdział znaczeniu stanu gruczołów dokrewnych, wyglądu ciała, w szczególności owłosienia dla rokowania przy gruźlicy płuc. Ale — konstytucja seksualna w znaczeniu kol. Sochańskiego i Liebharta, a właściwie to, co z niej jest ujawnione, czyli fenotyp seksualny nie jest nierozdzielnie związana z czynnikami wrodzonymi, niezmiennymi, zależnymi od genów. Na fenotyp składają się przecież w dużej mierze i czynniki egzogenne, kondycjonalne, czyli to, co nazywamy w najszerszym tego słowa znaczeniu modą. Czynniki te wpływają nie tylko na sposób zachowania się i ubierania kobiety, ale i na jej wygląd zewnętrzny, otyłość, na jej zachowanie seksualne i na jej rozrodczość a nawet czasem i na same hormony! (należy wspomnieć o masowym zażywaniu bez porady lekarskiej preparatów tarczycowych przez kobiety o smukłej linii). Dowód na zmienność typu seksualnego daje każdy przegląd typów kobiet uważanych przez wybitnych malarzy różnych okresów dziejowych za 100%-wo seksualne.

Kol. Sochański, czł. Twa przedstawia obrazowo różne typy konstytucjonalne kobiet, spotykane w życiu codziennym.

Kol. Maczewski w odpowiedzi:

W piśmiennictwie ginekologicznym polskim mamy mało prac o konstytucji kobiety. To było powodem, iż poruszyłem ten temat. Kol. Liebhart ujmuje w swojej pracy zagadnienie konstytucji ze stanowiska współczesnej myśli lekarskiej i uwzględniła pewne zdobycze lat ostatnich, uzyskane w tej dziedzinie.

Moja obecna praca idzie w tym kierunku jeszcze dalej. Podkreślam w niej z naciskiem, że typy konstytucjonalne należy rozpatrywać z punktu widzenia: morfologicznego, uczucia, woli i intelektu.

Słowem człowiek jako typ biologiczny stanowi syntezę 2 czynników: *soma i psyche*.

To głównie starałem się podkreślić w swojej pracy o konstytucji.

Sekretarz doroczny: T. Chorażuk.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 20-go września 1932 r.

1. Kol. Sekretarz Stały wygłasza wspomnienie pośmiertne o ś. p. Juljuszu Wiśniewskim i bl. p. Samuelu Goldflamie.

2. Kol. Prezes zawiadamia, że Towarzystwo Lekarskie Warszawskie zorganizuje Akademię ku czci bl. p. Seweryna Sterlinga.

3. Kol. Misiewicz Janina i Kol. Piasecki Marian (członkowie Towarzystwa) przedstawiają „Przypadek Jamistej gruźlicy płuc po torako-plastyce”.

4. Kol. Fidler A. wygłasza odczyt p. t.: „Studia nad przewlekłą niewydolnością krążenia”. Doniesienie 1-sze.

Na zasadzie 142 doświadczeń, dochodzi autor do następujących wniosków:

a) U ludzi z wyrównanymi wadami zastawki dwudzielnej i zastawek tętnicy głównej warunki podstawowej przemiany materii i krążenia leżą w zakresie normy lub nieznacznie tylko odchylają się od niej z wyjątkiem ciśnienia tętniczego i różnicy ciśnień przy wadach zastawek tętnicy głównej, które są wzmożone.

b) U ludzi z wadami zastawkowymi w okresie niewydolności, ze zwyrodnieniem mięśnia sercowego oraz z przewlekłymi zmianami w nerkach w okresie niewydolności układu krążenia:

1) Stwierdzamy trzy typy pod względem zużycia tlenu, mianowicie typ a) ze wzmożeniem (w 50% dośw.), b) z obniżeniem (w 25% dośw.) i c) z prawidłowym zużyciem (25% dośw.), przy czym w miarę poprawy układu krążenia zużycie tlenu: a) spada, b) wzrasta, c) pozostaje bez zmiany. 2) Pojemność tlenowa krwi leży przeważnie poniżej normy, przy czym w okresie poprawy układu krążenia można rozróżnić również 3 typy: a) zmniejszenie się pojemności tlenowej w przypadkach poprawy całkowitej (15% przyp.), b) zwiększenia się pojemności (w 40%), gdy wyrównanie jest

tylko częściowe, c) brak zmian w pojemności (45%) przy braku całkowitego wyrównania. 3) Wysycenie procentowe krwi tętn. i w $\text{cm}^3\%$ leży poniżej normy. 4) Wysycenie krwi żyłnej w procentach i $\text{cm}^3\%$ leży na górnej granicy normy lub poniżej niej. 5) Różnica tętniczo-żylna w procentach i $\text{cm}^3\%$ leży: a) wyżej normy (w 37%); b) w granicach prawidłowych (50%) i c) poniżej normy (13%). Ponieważ w większości przypadków pojemność tlenowa krwi leży niżej normy, przeto zużytkowanie tlenu na obwodzie jest gorsze, niż w stanach z prawidłowym wysyceniem krwi tlenem. 6) Objętość minutowa oraz skurczowa serca wykazują wartość: a) powyżej normy (w 23%); b) w granicach prawidłowych (w 61%); c) niżej normy (w 16%); gdy okres niewyrównania przechodzi w okres wyrównania, obj. min. i skr. a) spada albo b) wzrasta. 7) Ilość krążącej krwi leży: a) w granicach prawidłowych (61%), b) wyżej normy (13%), niżej normy (26%). Stosunek osocza: krwinek wykazuje: a) wartości prawidłowe (60%), b) leży poniżej nich (40%). 8) Liczba ciałek czerwonych nie wykazuje większych odchyleń od normy; ilość Hb leży niżej normy. 9) Praca fali tętna jest większa od normy, ale mniejsza od liczb, uzyskanych dla wad wyrównawczych. 10) Ciśnienie tętnicze krwi, z wyjątkiem wad tętnicy głównej, nie wykazuje większych odchyleń od normy.

c) U osób ze zwyrodnieniem mięśnia sercowego w okresie wydolności zużycie tlenu zachowuje się niejednolicie; obj. min. i skr. serca leżą w granicach prawidłowych; ilość krążącej krwi ma tendencję do ustalania się na górnej granicy normy lub wyżej niej. pojemność zaś tlenowa krwi nie wykazuje żadnej prawidłowości, choć ma tendencję do ustalania się poniżej normy.

d) W miażdżycy tętnic, poza: 1) wzmożeniem ilości zużytego tlenu, 2) zwiększenia obj. min. serca, 3) zwiększeniem stosunku osocza: krwinek, oraz 4) wzrostem pracy fali tętna, nie spotkałem większych odchyleń od normy.

e) U osób z czynnościowymi zaburzeniami nerwowymi autor stwierdził głównie: 1) zmniejszenie się różnicy tętn.-żyłnej i 2) wzrost obj. min. i skr. serca.

f) W cierpieniach wątroby: wzrost podst. przem. mat. autor stwierdził głównie w sprawach nowotworowych, przy czym nie jest ono charakterystyczne dla nowotworów wątroby, ale wogóle dla sprawy nowotworowej.

Doniesienie 2.

Na zasadzie swoich 42 doświadczeń autor dochodzi do wniosku, że u ludzi w okresie niewydolności krążeniowej stwierdza się raczej skłonność do alkalozji, za czym przemawia: 1) prawidłowy lub wyżej normy leżący zasób zasad, oraz 2) prawidłowa ilość wydzielonego z moczem amoniaku. Niskie niekiedy pH moczu nie jest jasnym dowodem zakwaszenia, gdyż, będąc głównie odbiciem stosunku $\text{NaH}_2\text{PO}_4/\text{Na}_2\text{HPO}_4$ przy prawidłowej ilości NH_3 świadczy nie o wzmożonym wydzielaniu kwasów, a o zmniejszonym wydalaniu zasad. Pozatem autor stwierdził, że: 1) chlor krwi całkowitej i osocza leży zazwyczaj w granicach prawidłowych, gdyż często jednak spotyka go się niżej normy; 2) chlor krwinek oraz wskaźnik chlorowy wykazują wahania powyżej, częściej poniżej normy; 3) zmiany w rozmieszczeniu chloru we krwi nie dadzą się powiązać ze zmianą zwrotu zasad ani z objawami zastoinowymi; 4) salirgan, wprowadzony dożylnie, nie wywołując charakterystycznych zmian w badanych składnikach krwi i moczu, klinicznie wpływa dodatnio na duszność pochodzenia sercowego; 5) w okresie poprawy lub pogorszenia układu krążenia niema jednokierunkowości w zachowaniu się zasobu zasad, który ulega zwiększeniu lub obniżeniu.

Doniesienie 3.

Wnioski: 1) wysokość krzywej dysocjacji tlenu w krwi leży: a) u ludzi ze zdrowym układem krążenia oraz z wadami zastawek dwudzielnej, tętnicy głównej i ze zwyrodnieniem mięśnia sercowego w okresie wydolności układu krążenia w granicach uznanych za prawidłowe, a mianowicie przy „n”, równem 2,5 K wynosi 0,000220—0,000372. b) u ludzi natomiast z wadami dwudzielnej, tętnicy głównej i ze zwyrodnieniem mięśnia sercowego w okresie niewydolności układu krążenia przeważnie niżej normy, a mianowicie tu K wynosi 0,000121—0,000331; 2) kształt krzywej, będąc zmienny, nie wykazuje we wszystkich (z wyjątkiem jednego) jego przypadkach odchyleń od normy. Wartość „n” leży w granicach 1,66—3,0; 3) Przebieg krzywej dysocjacji tlenu we krwi u chorych sercowych w okresie niewydolności krążeniowej nie zależy od a) zakwaszenia ustroju, b) przesunięcia chloru we krwi, c) ciężkości stanu chorobowego, d) objawów zastoinowych, e) ilości Hb; 4) Niski przebieg krzywej dysocjacji tlenu we krwi nie jest zjawiskiem swoistym dla chorób układu krążenia.

Doniesienie 4.

Autor po krytycznym rozważeniu mechanicznej teorii niewydolności układu krążenia, stwierdza, że 1) przerost serca nie zależy wyłącznie od wzmożonej pracy serca, oraz że 2) objawy zastoi-

nowe nie zależą od wymiarów serca i objętości minimalnej. Z drugiej strony obecność w przypadkach niewydolności krążeniowej, zaburzeń ze strony: 1) podstawowej przemiany materji, 2) ilości krwi krążącej, 3) utlenienia krwi, 4) równowagi kwasowo-zasadowej, 5) chloru we krwi, 6) składników minimalnych krwi, 7) przemiany węglowodanowej skłania go do przyjęcia poglądu, że t. zw. przewlekła niewydolność układu krążenia jest chorobą ogólnoustrojową, wywołaną nieznanym czynnikiem o nieznanym dotąd pochodzeniu, jest — jednym słowem — ogólnym zatruciem ustroju.

5. Kol. Goldman M. wygłosił odczyt p. t. „*O ciepłocie podgorączkowej ze stanowiska kliniki*”.

W dyskusji przemawiali kol. kol.: Higier H., Stankiewicz R., Rudzki St. i Michalski Z.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 27-go września 1932 r.

1. Kol. Prezes odczytał wykaz prac nadesłanych do Biblioteki Towarzystwa.

2. Kol. Prezes zawiadomił o Akademii żałobnej ku czci bł. p. Samuela Goldflama, która odbędzie się dnia 28 września 1932.

3. Kol. Sekretarz Stały wygłosił wspomnienie pośmiertne o Dr. Stanisławie Iwanickim (streszczenie własne).

S. p. Zmarły urodził się we wsi Złoty Potok ziemi piotrkowskiej dnia 17 września 1866 r. Uczęszczał najpierw do progimnazjum w Zamościu, następnie do IV gimnazjum w Warszawie, po którego ukończeniu wstąpił w roku 1884 na wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego. Studja lekarskie ukończył w roku 1890. Po otrzymaniu dyplomu lekarskiego był zagranicą i studjował laryngologię u Dr. Jurasza w Heidelbergu. Po powrocie do kraju w roku 1896, został lekarzem miejscowym w szpitalu Ś-go Ducha i był jednocześnie asystentem oddziału Dr. Sokółowskiego, pod którego doświadczonego kierunkiem w dalszym ciągu doskonalił się w laryngologii.

Po sześciu latach pracy w szpitalu poświęcił się praktyce prywatnej, jednocześnie był wszakże konsultantem-laryngologiem na ówczesnej kolei nadwiślańskiej, po wojnie zaś w odrodzonej Rzeczypospolitej Polskiej został lekarzem etatowym Ministerstwa Komunikacji.

Zmarły był członkiem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego od roku 1893, przez pewien czas pełnił obowiązki jego sekretarza dorocznego. Drukiem ogłosił dwie prace: „*Kilka uwag o epidemji włóknistego zapalenia płuc w roku 1891 na podstawie 50 obserwowanych przypadków*” i „*Przypadek zatoru tętnicy płucnej o przebiegu długotrwałym*”. Wogóle atoli nie miał większej skłonności do pracy naukowej, był natomiast dobrym, sumiennym, bezinteresownym lekarzem praktykiem, co zjednało mu w swoim czasie rozległe wzięcie.

Od początku swej praktyki był bezpłatnym lekarzem zakładu sierot chłopców przy ulicy Freta, bezpłatnym stałym lekarzem Sióstr Magdalenek.

Zmarł po długotrwałej chorobie w dniu 10 września 1932 roku. Cześć Jego pamięci!

4. Kol. Prezes powitał kol. Grzywo-Dąbrowskiego W. jako dziekana Wydziału Lekarskiego U. W.

5. Kol. Grzywo-Dąbrowski W., członek T-wa, omówił „*Nowy kodeks karny ze stanowiska sądowo-lekarskiego*”. Prelegent szczegółowo omówił poszczególne artykuły K. K. z punktu widzenia sądowo-lekarskiego.

Dyskusja:

Kol. Czyżewicz A. członek T-wa, uważa prelegenta za obrońcę wskazań społecznych do przerwania ciąży. Nie podziela wszystkich zapatrywań prelegenta. Interpretacja kodeksu musi oprzeć się na rzeczoznawstwie lekarskim. Sądzi, że Izby Lekarskie winny ustalić dokładne wskazania do przerwania ciąży. Gdy poronienie będzie robione starannie lub tylko wyłącznie przez lekarzy, zmniejszy się liczba zgonów, lecz liczba kobiet-kalek spowodowanych dokonywaniem skrobanek będzie nadal duża.

Kol. Moczarski W., członek T-wa, stwierdza, iż zdania lekarzy co do wskazań przerwania ciąży są często krańcowo różne. Gdy w Komisji jeden z trzech lekarzy nie znajduje wskazań do przerwania ciąży, chorą kieruje się do szpitala dla przeprowadzenia obserwacji. Opierając się na doświadczeniu, stwierdza, że zawsze można znaleźć lekarza z poglądami liberalniejszymi, który łatwo znajdzie wskazania do przerwania ciąży. Należy dążyć do ustalenia tych wskazań.

Kol. Grzywo-Dąbrowski W., członek T-wa, sądzi, że wydanie zarządzeń przez Izby Lekarskie może wywołać niepotrzebne zatargi.

Przemówienie kol. Moczarskiego odnosi się do art. 12, w sprawie którego musi być wydane dodatkowe zarządzenie, kto ma prawo wykonywać przerwanie ciąży i kiedy.

6. Kol. Rutkowski J., członek T-wa, omówił „*Leczenie gruźlicy chirurgicznej słońcem i pracą (wrażenia z pobytu w Leysin)*”. (Streszczenie własne).

Prelegent w lipcu r. 1932 zwiedził zakłady lecznicze Dr. Rolliera w Leysin i zapoznał się z ideą sanatorium „*La clinique manufacture internationale*”, czynnego od r. 1930.

Sposób leczenia gruźlicy chirurgicznej w Leysin jest zgoła odmienny od powszechnie przyjętego, wyniki zaś znacznie lepsze, niż gdzieindziej. Leczenie prowadzone jest zapomocą kąpieli powietrznych i naświetlania słońcem całego ciała. Rozległe unieruchomienie zapomocą opatrunków gipsowych zostało zastąpione przez lekkie i proste aparaty ortopedyczne, względnie wyciąg, leczenie operacyjne zarzucone zupełnie. Odniedawna dr. Rollier wprowadził nowy czynnik, nadzwyczaj cenny, w leczeniu gruźlicy chirurgicznej — pracę. Leczenie pracą umiejętnie przeprowadzone prócz znaczenia moralnego, posiada również wielkie walory fizyczne, podnosząc napięcie życiowe, ożywiając ogólną przemianę materji i ćwicząc narządy niedotknięte sprawą chorobową. Prelegent wypowiada się za reformą dotychczasowego leczenia u nas gruźlicy chirurgicznej; za stworzeniem specjalnych zakładów w dobrych warunkach miejscowości suchych i zdrowych, niekoniecznie klimatycznych i wiejskich, że w ten sposób uzyska się znacznie lepsze wyniki, niż dotychczas. (Odczyt ukaże się w druku).

Dyskusja: Kol. Kryński L., członek T-wa, omawia zmiany poglądów na leczenie gruźlicy stawów i kości. Poglądy te były często krańcowo różne. Idea Rolliera była ciekawa, a jej wyniki zachęcające, gdyż daje ona szeroki dostęp słońca i tlenu do tkanek. Niezupełnie zgadza się z całkowitem wyłączeniem zabiegów chirurgicznych w leczeniu gruźlicy kostno-stawowej. Zimne ropy i martwiaki zawsze wymagają zabiegu chirurgicznego, nie należy przeto wpaść w przesadę.

Kol. Kopczyński St., członek T-wa, stwierdza, że zagadnienie szkoły — uzdrowiska jest zagadnieniem palącym, które było niejednokrotnie tematem obrad na zjazdach pedagogów i higienistów. Rollier połączył leczenie z wychowaniem i nauką i to jest jego olbrzymią zasługą. W Polsce to samo zrobił Dr. Szymon Starkiewicz w Busku, gdzie dzieci zajmują się pracą w ogrodzie, introligatorstwem i t. p. Podobny kierunek ma sanatorium w Zakopanem i szkoła-uzdrowisko w Istebnej.

Kol. Gluziński A., członek T-wa, omówił leczenie gruźlicy chirurgicznej niezależnie od warunków klimatycznych. Stwierdza dodatni wpływ pracy na psychikę chorego. Urządzenie i utrzymanie takiego sanatorium, jak w Leysin, jest bardzo kosztowne i nas nie stać na to. Mimo to i w Polsce też dość dobre wyniki otrzymuje się w leczeniu gruźlicy kostno-stawowej.

Kol. Łapiński W., członek T-wa, uważa, że nie wszyscy chorzy, wypisani z Leysin, są zdrowi. Gruźlica kostna leczy się dobrze i w naszym klimacie. W Polsce poza Górką i Zakopanem nie mamy innych zakładów. Leysin nie ma dobrego położenia, leży bowiem w kotlinie ma mało dni słonecznych. Zakład Rolliera nie ma dowodów naukowych i trudno się na tamtejszych danych oprzeć. W Polsce obecnie jest projekt oddania części Sanatorium w Otwocku na leczenie gruźlicy chirurgicznej.

Kol. Rutkowski J., członek T-wa, zestawia metody lecznicze w Berck sur Mer z metodami w Leysin. Ma wrażenie, że wyniki w Leysin są lepsze. W Leysin również stosuje się leczenie unieruchomieniem, lecz krótkotrwałem, zapomocą prostych aparatów. Nie jest zwolennikiem wyłączenia zupełnego metod chirurgicznych w leczeniu gruźlicy kości. Są one niekiedy, np. w gruźlicy krętarza, bezkonkurencyjne. Wyniki leczenia gruźlicy kostno-stawowej u nas nie są dobre, ma jednak wrażenie, że w naszych warunkach dużo można zmienić na lepsze.

Zastępca Sekr. Dorocznego: M. Kruszówna.

Prezes: W. Orłowski.

Protokół posiedzenia naukowego poświęconego 50-letniej rocznicy odkrycia prątku gruźliczego przez Roberta Kocha z dnia 4 października 1932 r.

1. Kol. Prezes wygłosił krótkie przemówienie i zagał obrady.

2. Kol. Nitsch R., członek T-wa, przedstawił „*Pogląd na prace R. Kocha (poza pracami dotyczącymi gruźlicy)*” (streszczenie własne).

Prace Kocha nad gruźlicą stanowią szóstą część jego prac. Chociaż ludzie znają nazwisko Kocha głównie tylko jako odkrywcy prątku gruźliczego, jednak wiedzieć należy, że w innych dziedzinach medycyny dokonał on odkryć niezmiernie wagi. Odkrycia te i prace są następujące:

1) Odkrycie zarazków cholery i zbudowanie na tej podstawie planu walki z cholera, który to plan okazał swą praktyczność

w zwalczaniu cholery w Niemczech w r. 1892/3 po epidemii w Hamburgu.

2) Wykrycie cyklu rozwojowego laseczek wąglika, a w szczególności zarodników i wytłumaczenia powstawania epidemii wąglika.

3) Wprowadzenie badań naukowych nad odkażaniem i stwierdzenie karbolu i sublimatu jako bardzo dobrych środków dezynfekcyjnych. Wykazanie jak należy przeprowadzać odkażanie zapomocą pary wodnej i zapomocą suchego powietrza.

4) Wprowadzenie stałych pożywek bakteriologicznych w postaci ziemniaka i żelatyny, przez co stał się możliwy rozwój bakteriologii.

5) Wykazanie znaczenia czystych hodowli dla rozwoju bakteriologii.

6) Stwierdzenie, że choroby zakaźne wywołane są przez specjalne zarazki, co dawniej uważano za nonsens.

7) Znaczne posunięcie naprzód nauki o zimnicy. Koch pierwszy udowodnił, że są tylko trzy gatunki zimnicy, t. j. *tertiana*, *quartana* i *tropica*. Stwierdził, że t. zw. „*Schwarzwasserfieber*” jest to zatrucie chininą, niemające często nic wspólnego z zimnicą. Uregulował leczenie i zapobieganie zimnicy chininą; wykazał, że można przez odpowiednie podawanie chininy uzdrowić okolice malaryczne o najgorszej sławie. Potwierdził odkrycie R. Rossa, badając rozwój zarazki zimnicy ptasiej u komarów.

8) Posunięcie naprzód badań w sprawie śpiączki afrykańskiej (*Trypanosomiasis*). Koch zbadał obyczaję muchy (*glossina palpalis*) przenoszącej tę groźną chorobę; wykazał, że żywi się ona głównie na krokodylach i że żyje wyłącznie na zadrzewionych brzegach rzeki jezior. O ile zadrzewienie zniszczyć, mucha znika. Zbadał dokładnie zarazka *Trypanosoma gambiense* i jego zachowanie się w ustroju ludzkim i w ustroju muchy *glossina*. Wreszcie stwierdził, że atoksyl jest stosunkowo dobrym środkiem leczniczym i ustalił jego dawkowanie.

9) Badania nad tyfusem powrotnym afrykańskim (*typhus recurrens*); Koch udowodnił, że przenosicielem zarazki jest kleszcz (*ornithodoros moubata*), w którego ustroju zarazki się rozmnażają i to w jajnikach, skąd przechodzą do jaj i do młodych kleszczy. Te to młode kleszcze przenoszą zarazę. Wykazał różnice istniejące w przebiegu klinicznym między tyfusem powrotnym europejskim i afrykańskim i wykazał, że tyfus afrykański można przeszczyć na małpy i myszy. Zbadał biologię kleszcza *ornithodoros moubata*.

10) Stwierdził, że t. zw. „*Afrikanisches Küstenfieber*” jest piroplazmozą przenoszona przez kleszcze na bydło i odkrył częściowo rozwój pasorzyta.

11) Badał pomór bydła w Afryce („księgosusz”) i odkrył dwa nowe sposoby szczepienia przeciw tej groźnej zarazce.

12) Badał dżumę ludzką w Indiach angielskich.

13) Badał plan zwalczania tyfusu i paratyfusów w Niemczech. Nakłonił rząd niemiecki do utworzenia kilkunastu stacji w południowo-zachodnich Niemczech, stacji, których jedynym celem było zwalczanie tyfusu brzuszego. Stał przez szereg lat na czele tej walki.

14) Jako najpoważniejszy doradca rządu niemieckiego w sprawach higieny napisał w ciągu 30 lat swego urzędowania tysiące orzeczeń, sprawozdań, uwag, odpowiedzi i t. d., w rzeczach spraw zdrowia publicznego.

3. Kol. Karwacki L., członek T-wa, omówił *znaczenie odkrycia prątka gruźliczego w związku z rozwojem nauki o gruźlicy* (streszczenie własne); po zobrazowaniu stanu techniki bakteriologicznej i poglądów na patogenезę gruźlicy w okresie poprzedzającym odkrycie prątka gruźliczego, prelegent przedstawił trudności, które piętrzyły się na drodze do odkrycia i które geniusz Kocha pokonał. Własne słowa Kocha, przytoczone przez prelegenta, uwydatniają znaczenie tego odkrycia dla diagnostyki i profilaktyki gruźlicy.

Wkońcu prelegent zatrzymał się jeszcze na objawie Kocha, uważanym przez niektórych badaczy za kamień węgielny odporności w gruźlicy, i na odkryciu tuberkuliny.

Wyrazami podziwu i czci zakończył prelegent swój odczyt.

4. Kol. Gordziakowski J. omówił „*Rozpowszechnienie gruźlicy zwierzęcej i jej znaczenie*”. Metodą tuberkulinową udało się już w różnych krajach wykryć ogromne rozpowszechnienie gruźlicy pośród bydła: w Anglii od 26% do 70%, w Belgii do 48%, w Danii do 40%. U świń gruźlica szerzy się przeważnie wskutek żywienia mlekiem odłuszczanem, a odsetek chorych dochodzi do 4—14%. Do zakażenia zwierząt (świń, koni) często przyczynia się też gruźlica ptasia, napastująca często kury, papugi i inne ptactwo. Konie na gruźlicę chorują rzadko od 0,1% do 1,6%, a wśród kóz i owiec gruźlica dochodzi zaledwo 0,1—0,7%; psy i koty chorują zaledwo w 1%.

Sprawa więc konieczności pasteryzacji mleka krowiego jest aktualna, walka zaś z gruźlicą u bydła musi być zorganizowana

zapomocą tuberkulinizacji bydła w oborach i dozoru nad mlekiem na rynkach, w mleczarniach i t. d.

5. Kol. Owczarewicz L., czł. Twa, wygłosił odczyt p. t. „*Gruźlica w wojsku polskim*” (streszczenie własne).

Zademonstrowane tablice statystyczne wykazujące ilość zachorowań na gruźlicę w wojsku Polskim pozwalają dojść do wniosku, że gruźlica w armii polskiej w czasie od 1922 do 1931 roku trzymając się mniej więcej na tym samym poziomie. Wahanía są niewielkie nie przewyższając 1,67 na 1000 stanu liczebnego. Największą ilość zachorowań, bo 7,94 na 1000 wykazuje rok 1928, najmniejszą 6,27 daje rok 1924. Najwyższą umieralność 1,95 na 1.000 wykazuje rok 1923. W tym samym roku widzimy również bardzo wysoką śmiertelność 27,8%. Najmniejszą umieralność 0,36 na 1000 i śmiertelność 4,8% wykazuje rok 1930.

Zmniejszanie się umieralności w ostatnich latach częściowo objaśnia się większą sprawnością komisji lekarskich i zwalnianiem chorych do domu. Przechodząc do wykazu liczb zachorowań według miesięcy, to daje się zauważyć, że największe ilości dają miesiące marzec i kwiecień, chociaż i lipiec wykazuje pewną wyższkę zachorowań. To ostatnie wzmoczenie się zachorowań można objaśniać rozpoczynaniem się w tym czasie większych ćwiczeń i manewrów jak również reakcją wiosennego wcielenia poborowych do wojska. Tablica wykazująca średnie ilości zachorowań na gruźlicę w przeciągu ostatnich 10-u lat i obliczana według D. O. K. wskazuje, że największe ilości dają: Lublin 18,19, Kraków 14,22, i Łódź 9,52 na 1000. Najmniejsze zaś Poznań 2,18, Brześć 4,19 i Grodno 4,37 na 1000.

Jeżeli porównamy te ilości z liczbami podanymi przez Grodeckiego i Sielickiego dla województw, to widzimy, że największe ilości w niektórych okręgach odpowiadają w pewnym stopniu odpowiednim województwom, z wyjątkiem Lublina, który jako miasto daje wysoką liczbę zachorowań, natomiast jego województwo nie przewyższa innych województw. Przy omówieniu tych danych należy mieć na uwadze, że ze względów organizacyjnych poborowy niezawsze odbywa służbę w swoim okręgu.

Główne miejsce wśród zachorowań na gruźlicę w armii polskiej zajmuje gruźlica płuc, natomiast gruźlica prosówkowa i gruźlica innych narządów nie przewyższa 1,2 na 1000. Śmiertelność z prosówkowej gruźlicy w wojsku naturalnie jest bardzo wysoka. Zmniejszanie się tych czy innych postaci gruźlicy w ostatnich latach w wojsku, można objaśnić silniejszym eliminowaniem poborowych przez komisje lekarskie.

Jeżeli przyjmiemy pod uwagę cyfrę 27 na tysiąc podaną przez Grodzkiego dla zachorowań na gruźlicę wśród ludności cywilnej w Polsce, to widzimy, że pomimo ujemnego wpływu służby wojskowej na rozwój gruźlicy i młodego wieku poborowych ilość zachorowań w wojsku jest kilkakrotnie mniejsza.

To zawdzięcza armia pracy swoich komisji lekarskich. Porównując zachorowania w naszej armii z armiami innych państw, widzimy, że Anglia, Niemcy i Włochy są od nas w lepszym położeniu, Francja zmniejszając ilości zachorowań w swej armii dorównuje nam, natomiast Norwegia, Serbia i Bułgaria są w gorszych od nas warunkach, gdyż mają większe ilości zachorowań.

Reasumując to, co podają nasze i obce piśmiennictwa o sposobach zabezpieczających armję od gruźlicy, należy dojść do wniosku, że usprawnienie działalności komisji poborowych, ulepszenie higieny koszar, odżywiania i trybu życia żołnierzy mogą zrobić bardzo dużo. Jednak armia jako składowa część swego społeczeństwa nie może być wolna od gruźlicy, dopóki choruje na nią całe społeczeństwo. Dlatego zagadnienie gruźlicy w armii jest nierozzerwalnie związane z tem samym zagadnieniem w cywilnym społeczeństwie i walka z gruźlicą musi być prowadzona przez całe społeczeństwo.

Kol. Misiewicz J., czł. Twa, omówiła „*Znaczenie odkrycia prątka gruźliczego dla kliniki gruźlicy ludzkiej*” (streszczenia nie nadesłano).

Dyskusja nad punktami 2, 3, 4, 5, 6, porządku obrad:

Kol. Gluziński A., czł. Twa, wspomina o czasach odkrycia prątka gruźliczego i otrzymania tuberkuliny oraz jej stosowania. Był naocznym świadkiem leczenia tuberkuliną w Berlinie przez ówczesnych wybitnych klinicystów niemieckich i widział, jaką olbrzymią szkodę wyrządzono chorym. Po powrocie do Krakowa przestrzegał przed stosowaniem tuberkuliny bez uprzedniego wypróbowania jej działania na ustrój i ustalenia dawek leczniczych. Jednak do tych przestróg odnoszono się z niewiarą, nie też dziwnego, że spozstrzegał przypadki śmierci po leczeniu tuberkuliną. Dziś dopiero wyjaśniło się, dlaczego R. Koch ogłosił pracę o leczeniu tuberkuliną, nie ustalwszy jej działania ani dawek. Stało się to na wyraźny rozkaz cesarza Wilhelma I.

7. Kol. Prezes odczytał wykaz prac nadesłanych do Biblioteki Towarzystwa.

Sekr. Doroczny: K. Chodkowski.

Prezes: W. Orłowski.

Wileńskie Towarzystwo Lekarskie i Wileńskie Towarzystwo
Otolaryngologiczne.

Protokół 3-go posiedzenia z dnia 25. stycznia 1933 roku.

Przewodniczący: Prof. Jakowicki.

1. Demonstracja chorych: — 1) Doc. Wąsowski demonstruje chorą leczoną promieniami Roentgena z powodu gruźlicy krtani; od dwóch lat chora na gruźlicę płuc (zmiany włókniste), w krtani nacieczenia tylnej ściany i owrzodzenia strun głosowych. Pomimo leczenia galwanokaustyką i milczeniem występują w krtani groźne dla życia objawy — obrzęk zapalny chrząstek nalewkowatych i unieruchomienie strun ze znacznym zwężeniem głośni. Po jedenaśtu naświetleniach promieniami Roentgena otrzymano bardzo dobre wyniki leczenia: krtani rozszerza się swobodnie, nacieczenie znikło, na strunach bardzo nieznaczne zmiany.

W drugim przypadku chodziło o mężczyznę, 34 lat, ze zmianami ropadłowymi płuc i nacieczeniem tylnej ściany krtani. Po paru miesiącach powstało zapalenie ochrzęstnej chrząstki tarczowatej z ropniem zewnętrznym oraz unieruchomieniem strun, wobec zapalenia ochrzęstnej chrząstek nalewkowatych — silna duszność; dopiero zastosowanie leczenia promieniami Roentgena dało wynik pomyślny — zmiany w krtani ustępują. Przypadek jest ciekawy z tego powodu, że poprawa w krtani wystąpiła równocześnie z pogorszeniem się stanu płuc.

2. Prof. Szmurło demonstruje chorego po operacji z powodu dużych rozmiarów guza złośliwego (mięsaka), obejmującego lewą połowę szczęki górnej, przechodzącego na nos i podniebienie. Gruczoły chłonne na szyi po stronie lewej powiększone — sprawa rozwija się szybko — 7 miesięcy. Pomimo wieku (59 lat), dużych rozmiarów guza i zajęcia gruczołów szyjnych, ulegając prośbom chorego, usunięto guz nożem diatermicznym wraz ze skórą policzka, po uprzednim podwiązaniu tętnicy szyjnej zewnętrznej i wyłączeniu zmienionych gruczołów po stronie lewej. Dalej stosowano leczenie promieniami Roentgena. Obecnie chory czuje się dobrze, przybyło mu w ciągu miesiąca 6 kg, leczenie promieniami Roentgena trwa nadal.

Dr. Bohusze wicz omawia sprawę leczenia gruźlicy krtani promieniami Roentgena. Pierwotne leczenie gruźlicy promieniami Roentgena poszło w kierunku leczenia gruźlicy skóry, gruczołów chłonnych, gruźlicy chirurgicznej, płucnej i t. d. Dopiero w r. 1910 Wilms opisał pierwszy przypadek leczenia gruźlicy krtani Roentgenem. W 1924 roku Bilmeister i Rickman na 337 przypadków podali aż 88,2% wyleczenia. Zbyt dobre wyniki należy jednak odnieść raczej na korzyść leczenia klimatycznego. W tymże roku 1924 nasz rodak Jaxa Chania Dębicki — podał 19 przypadków, z których w 7 miał wyleczenie, w 6 zaś nastąpiła znaczna poprawa — pozostałe znikły z obserwacji. W 1925 r. Brunsztejn (Leningrad) podał 7 przypadków, z czego 3 wyleczenia, jeden z wyraźną poprawą — pozostałe bez wyniku. Jeżeli chodzi o samo działanie promieni Roentgena w leczeniu gruźlicy krtani, sprawa ta nie jest rozstrzygnięta; należy ją sprowadzić do działania na tkankę gruźliczą i przyspieszenia bliznowacenia tkanki ziarninowej, do dużego rozpadu leukocytów i wydzielania nekrohormonów Casperiego i zaczynów, wreszcie do zmiany budowy koloidalnej zapalnych tkanek. W demonstrowanym przez Doc. Wąsowskiego przypadku stosowane były małe dawki, nieprzekraczające 25% IDS, gdyż chodziło tutaj tylko o pobudzenie odporności. W drugim przypadku naświetlano też i śledzionę ze względu na duże zmiany w płucach.

4. Doc. Wąsowski wygłasza referat „Klinika gruźlicy krtani” (Do druku w Pamiętniku Wil. Tow. Lekarskiego).

W dyskusji zabierają głos: Prof. Szmurło, Dr. Lewandę, Dr. Świerzyński.

5. Dr. Berlinerblau wygłosił referat pod tytułem: „Nowy sposób leczenia chronicznych ropień ucha środkowego”, polegający na podawaniu do wewnątrz soli jodu (KJ i NaJ) w roztworze wodnym oraz wlewaniu do ucha 20 minut po przyjęciu do wewnątrz KJ. wody utlenionej. Z KJ podanego do wewnątrz mają wydzielać się w uchu po 20 minutach wolne jony jodu (J⁻), które pod wpływem tlenu z wody utlenionej i tlenu krwi zostają utleniane, zamieniając jony J na jod drobinowy (J₂); ten zaś działa bakterjobjęczo i drażniąc na komórki jamy bębnowej. Pozaatem sole jodu działają ogólnie na ustroj, wzmagając siły obronne. Autor leczył tym sposobem 50 chorych (66 uszu) z przewlekłym ropieniem, otrzymując bardzo dobre rezultaty i zaleca wypróbowanie wyżej podanego sposobu.

W dyskusji zabierają głos Prof. Szmurło, Dr. Świerzyński, Prof. Jakowicki i Doc. Dylewski.

Sekretarz: Doc. W. Zaleski.

KOMUNIKATY.

Ministerstwo Opieki Społecznej. Nr. ZW/6/33.

Warszawa, dnia 16. kwietnia 1933 r.

Okólnik Nr. 18/33.

Przyznawanie posad państwowych i samorządowych lekarzom,
którzy przeszli przeszkolenie w OPLG.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Wobec konieczności posiadania przez jaknajszersze warstwy lekarzy, a w szczególności lekarzy zajmujących stanowiska publiczne, wystarczających wiadomości w zakresie ratownictwa przeciwigazowego, proszę Pana Wojewodę (Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy), by przy obsadzaniu stanowisk lekarskich państwowych, samorządowych i społecznych, wymagano od kandydatów zaświadczeń z odbycia kursu przeciwigazowego jako niezbędnego warunku.

Lekarze, którzy takiego kursu nie ukończyli, mogą uzyskać odpowiednie stanowisko jedynie pod warunkiem złożenia pisemnego zobowiązania, że w ciągu trzech miesięcy, po objęciu stanowiska ukończą kurs przeciwigazowy.

Lekarze już zatrudnieni w państwowej i samorządowej służbie zdrowia, winni odbyć takie przeszkolenie do dnia I. V. 1934 r.

Odpowiednie kursy będą organizowane przez Polski Czerwony Krzyż.

Minister: (—) Dr. Hubicki.

Izba Lekarska Lwowska.

L. 1483/33.

W ostatnich czasach mnożą się przypadki ogłoszeń lekarskich sprzecznych z przepisami o ogłoszeniach lekarskich, uchwalonemi przez Radę Izby dnia 10. maja 1931, i mających wyraźną cechę lekceważenia tych przepisów.

Zarząd Izby Lekarskiej wzywa przeto lekarzy do ścisłego przestrzegania tych przepisów i zawiadamia, że wszelkie ich przekroczenia będzie oddawał Sądowi Izby bez poprzedniego upomnienia.

Za Naczelnika Izby: Dr. E. Doliński.

LIST DO REDAKCJI.

W Stanisławowie, dnia 3. VI. 1933.

Do Redakcji Polskiej Gazety Lekarskiej we Lwowie.

Wielce Szanowny Panie Redaktorze!

W dniu dzisiejszym otrzymałem pod opaską ze stemplem pocztowym „Warszawa 30. V. 33” odbitkę z czasopisma „Farmacja Współczesna”. Odbitka ta zawiera „wykaz przetworów polskich, wyrabianych w kraju odpowiadających chemicznie względnie farmakologicznie, przetworom zagranicznym”.

Ze względu na aktualność sprawy z prawdziwym zadowoleniem zacząłem przeglądać ten wykaz i notować to, co mi jest potrzebne dla mojej praktyki. Niestety muszę stwierdzić, że niewiadomo, dlaczego wykaz ten jest pod każdym względem niezupełny. I tak opuszczono w nim moc preparatów zagranicznych, które można zastąpić krajowymi i naodwrot opuszczono w nim dużo preparatów oryginalnych krajowych, które w zupełności zastępują zagraniczne: a całkiem po macoszemu potraktowano sprawę materiałów opatrunkowych.

Ponieważ nie wiem, czy odbitka ta jest niejako „oficjalnym wydaniem” Stowarzyszenia „Nowa Farmacja”, czy też tylko reklamą firm pojedynczych w wykazie uwzględnionych, wstrzymuję się chwilowo od zapodania szczegółowych „niedociągnięć” wykazu i powrócę do tej tak ważnej sprawy po wyjaśnieniu sytuacji.

Nieznany mi jest nadawca przesyłki, dlatego zwracam się za pośrednictwem Polskiej Gazety Lekarskiej do tej instytucji, aby przede wszystkim w interesie ogółu spis jaknajdokładniej opracowała, na podstawie wykazu zarejestrowanych w M. Z. P. preparatów oryginalnych zagranicznych i dopiero taki uzupełniony wykaz lekarzom i aptekom przysłała.

Dziękując zgóry Wielce Szanownemu Panu Redaktorowi za udzielenie mi łam cennego pisma,

proszę przyjąć wyrazy prawdziwej czci i poważania

Dr. Rudolf Rubin, Stanisławów.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Dr. Fr. Fronczak został wyznaczony przez prezydenta U. S. A. jako delegat na Kongres Medycyny Wojskowej w Madrycie.

Zmarli.

Dnia 30. maja zmarł w Warszawie dr. Romuald Sas-Żurakowski, lekarz Kasy Chorych m. st. Warszawy, kapitan rezerwy W. P. Przeżył lat 61.

Dnia 29. maja zmarł w Warszawie dr. Eugenjusz Polonczyk. Żył lat 65.

Dr. Adolf Hochstirn, l. 70, zmarł w Rozwadowie.

Dr. Stanisław Rożanowicz w Katowicach, zasłużony działacz społeczny i narodowy.

Dr. Hoppe Jan z Warszawy, w Zakopanem.

W Berlinie zmarł dermatolog prof. dr. Ernst Kromayer w 70 roku życia.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazd.

Tow. Lek. Łódzkie. Posiedzenie 7 czerwca 1933. 1) Kol. A. Margolisowa i kol. K. Ściesiński. Przypadek promienicy płuc u dziewczynki sześciolatniej. 2) Kol. Z. Świder (jako gość — Pabjanice). Niedomoga narządu oddechowego.

Posiedzenie kliniczne w szpitalu Anny Marji 21 czerwca 1933 r. I. Pokaz chorych i dyskusja nad pokazem chorych. 2. Gruźlica krwio pochodna u dzieci: I. Kol. J. Polakow: Omówienie patogenez. II. Kol. A. Margolisowa: Postacie kliniczne ze szczególnym uwzględnieniem postaci płucnych. 3) Pokaz preparatów i dyskusja nad pokazem preparatów.

Lwowskie Tow. Lek. XIX. posiedzenie naukowe odbyło się 9 czerwca b. r. Porządek dzienny: 1) Kol. Dobrzaniecki, czł. Twa: Wycięcie nadnercza przy zgorzeli stopy (pokaz). 2) Kol. Finkel, gość: Obraz cytologiczny krwi u ludzi karmiących wszy.

XII. posiedzenie Wydziału Lek. Tow. Przyjaciół Nauk, wspólnie z Tow. Internistów Polskich, Koło Poznań, odbyło się 9 czerwca 1933. 1. Dr. Fick i dr. Stojanowski: O kile wątroby. 2. Dr. Tuszewski: Doświadczenia z cholecystografią.

Zjazd Dermatologów, zapowiedziany na 6—8 czerwca w Wiedniu, nie odbędzie się z powodu zapowiedzianej nieobecności na nim uczestników niemieckich.

18. VI. zbiera się w Bukareszcie 4. Zjazd narodowy chirurgów, urologów i ginekologów. Tematy główne zajmują się wrzodem żołądka i dwunastnicy, urografią, znieczuleniem w położnictwie i stanami zapalnymi żył.

I. Zjazd francuskich elektroradiologów (w Paryżu 12—14 października 1933) omówi jako główne tematy: badanie radiologiczne śluzówki kiszki grubej; fale krótkie i ultrakrótkie w lecznictwie.

Program tematów na I. Zjeździe francuskim terapeutycznym (w Paryżu 23—25 października 1933) obejmuje: leczenie parenteralne wrzodu żołądka i dwunastnicy; leczenie kolibacilozy; leczenie ciepłem; leczenie schorzeń skóry wskutek energii promiennej; badania nad adrenaliną; łączenie leków.

Sprawy zawodowe.

Obwód Lwowski Związku Lekarzy Państwa Polskiego komunikuje następującą uchwałę w odpowiedzi na zapytanie jednego z Kolegów:

W odpowiedzi na pismo w sprawie propozycji o zaopiarowanie gotowości udzielania porad lekarskich członkom Stowarzyszenia Wzajemnej Pomocy Społecznej Zarząd Zw. Lek. P. P. na posiedzeniu plenarnym w dniu 16 b. m. zajął jednomyślnie stanowisko odmowne, tak pod względem formy jak i treści odnośnie do powyższej propozycji. Zarząd wyszedł z treści ustawy o deontologii lekarskiej na podstawie rozporządzenia Izby Lek. lwowskiej, oraz na podstawie okólnika Dz. Urzęd. Izb Lek. Nr. 5 z dnia 1 maja 1933 r. Zarząd wychodzi ponadto z założenia, że cennik woje-

wódzki tyczy wszystkich lekarzy, w następstwie tego jest zbędne udzielanie porad za pośrednictwem Stowarzyszenia Wzajemnej Pomocy Społecznej. Niezastosowanie się do powyższej decyzji Zw. L. P. P. Obwód Lwów pociągnie za sobą kroki dyscyplinarne. Prezes: *Doc. Dr. Ostrowski* mp. Sekretarz: *Dr. Penner* mp.

Uchwały Związku Lekarzy Państwa polskiego w Krakowie. Dnia 24. V. odbył się w sali Tow. lek. wiec lekarzy zwołany przez Związek lekarzy Państwa polsk. w sprawie wypadków zaszłych ostatnio w Niemczech. Wiece zagaił Dr. Ciecikiewicz, proponując na przewodniczącego dyr. szpit. św. Łazarza Dra Topolnickiego, na sekretarza Dra Engla. Po wysłuchaniu referatu prezesa Zw. lekarzy Państwa polskiego doc. Dra Zielińskiego licznie zebrani lekarze uchwalili jednomyślnie następującą rezolucję: Dając wyraz oburzenia z powodu barbarzyńskich metod stosowanych wobec lekarzy innych narodowości w Niemczech i stając na stanowisku konieczności zwiększenia siły obronnej i gospodarczej Państwa, ogólne zebranie lekarzy krakowskich w obecnej poważnej sytuacji uchwała przeprowadzenie następujących zasad: 1) ordynowanie środków leczniczych polskich, albo w razie ich braku wyrobów farmaceutycznych państw sprzymierzonych i zaprzyjaźnionych, 2) zakupywanie przyrządów do analiz i pracy naukowej, o ile to jest możliwe, w Polsce albo w państwach zaprzyjaźnionych i sprzymierzonych, 3) ograniczenie abonamentu pism naukowych lekarskich niemieckich do niezbędnych i niedających się zastąpić ze względu na potrzeby naukowe, 4) bezwzględny bojkot zdrojowisk niemieckich przez wysyłanie chorych do zdrojowisk polskich, ewentualnie do zdrojowisk państw sprzymierzonych i zaprzyjaźnionych.

W Nr. 10. „Medycyna“ czytamy, że lekarze Szpitala Starozakonnych w Warszawie zaprzestali stosowania środków farmaceutycznych niemieckich, jakoteż i kupna książek i prenumeraty czasopism z Rzeszy.

Zarząd Berlińskiego Tow. Lekarskiego zawiesił odbywanie posiedzeń i w całości złożył urządowanie.

Związek Lek. Kas Chorych „Koło Kraków“ odbył walne Zebranie 28 maja. W sprawozdaniu rocznym podniesiono podjęcie umowy z Dyrekcją K. Ch.; utworzenie na podstawie składek 10% od poborów lekarzy Kasy Emerytalnej, która zakupiła dom; utworzenie Komisji Oszczędnościowej, która pracuje nad ograniczeniem wydatków K. Ch. zależnych od lekarzy. Nowy Zarząd wybrano w następującym składzie: Prezes: Wł. Medyński. Wiceprezes: A. Merz. Sekretarze: E. Szczeklik, P. Wasserberg. Skarbnicy: J. Nissenfeld, S. Trzebicka. Członkowie Zarządu: H. Biernacki, M. Ciecikiewicz, H. Czapnicki, Z. Leinkram.

Brytyjskie Stowarzyszenie Lekarzy (British Medical Association), jak donosi British Medical Journal z dn. 29. IV. r. b., otrzymało zapytanie, jakie widoki mieć może osiedlenie się w Anglii lekarzy, emigrujących z Niemiec. W odpowiedzi zwrócono uwagę, że, ponieważ nie istnieje pomiędzy Anglią i Niemcami prawo wzajemności, wymagane więc będzie zdawanie egzaminu i przyjęcie obywatelstwa angielskiego. W zasadzie trudności robione nie będą, ale stanowisko władz i kolegów angielskich zależeć będzie od tego, czy napływ przybywających obcokrajowców utrzymamy będzie w pewnych granicach.

Różne.

W okólniku Nr. Z. Z. 12/19/3. Minister Opieki Społecznej zwraca uwagę na konieczność korzystania w jaknajszerszym zakresie z badań sero-bakterjologicznych przy rozpoznawaniu i zwalczaniu chorób zakaźnych. Jak wynika ze sporządzonego przez Państwowy Zakład Higieny w Warszawie za rok 1932 zestawienia, zawierającego liczby zgłoszonych w każdym powiecie przypadków duru brzusznego i durów rzekomych oraz liczby przypadków zbadanych bakterjologicznie, te ostatnie badania nie są w dostatecznej mierze wykorzystane. W 36,3% powiatów sprawa badań bakterjologicznych przy durze brzuszno postawiona była dobrze. W większości tych powiatów liczba dokonanych badań przekracza liczbę zgłoszonych przypadków duru brzusznego względnie rzekomego. W następnej grupie (50,4%) jest znaczna liczba powiatów około 1/3, w których liczba dokonanych badań bakterjologicznych jest w stosunku znikomym do liczby zgłoszonych przypadków zachorowań na dur brzuszno względnie rzekomy i nie przekracza kilku w ciągu roku. Pozostaje jeszcze dość znaczna liczba lekarzy powiatowych, którzy z badań bakterjologicznych wogóle nie korzystają. Celem postawienia sprawy walki z durym brzuszno na racjonalnym gruncie, należy przyjąć za zasadę, że prawie w każdym przypadku duru brzusznego należy pobierać od chorych materiał zakaźny (krew,

kał i mocz) do badań sero-bakterjologicznych. Szpitale dla chorych zakaźnych obowiązane są przysyłać krew, kał i mocz od wszystkich chorych na dur brzuszny, względnie podejrzanych dla ustalenia rozpoznania. Przed wypisaniem chorego ze szpitala należy przynajmniej dwukrotnie w odstępach pięciodniowych od chwili spadku temperatury przeprowadzić badanie kału i moczu celem wykrycia nosicieli wśród ozdrowieńców. O wykryciu nosiciela zarząd szpitala obowiązany jest powiadomić władze powiatowe administracji ogólnej przed wypisaniem ozdrowieńca celem wydania przez te władze odpowiednich zarządzeń. W razie odosobnienia chorego na miejscu t. j. w jego mieszkaniu, względnie w przypadkach wątpliwych celem ustalenia rozpoznania, obowiązani są lekarze samorządowi (miejscy, sejmikowi, okręgowi, rejonowi) względnie lekarze powiatowi pobrać materiał zakaźny. W najbliższym czasie wszystkie apteki będą zaopatrzone w naczynka do pobierania materiałów zakaźnych, gdzie nabywać je będzie można za niewielką opłatą, tak, że każdy lekarz będzie mógł pobierać od chorych materiał zakaźny.

W najbliższym czasie zostanie wydany nowy *Spis środków w leczniczych i opatrunkowych*, opracowany przez Komisję Lekarską Związku Kas Chorych. Wszystkie dotychczas stosowane w Kasach Chorych spisy leków tracą moc obowiązującą.

Jak donosi PAT. na drugim kongresie lotnictwa sanitarnego, samolot polski „Lublin“ w obsadzie mjr. dr. Michalika i kpt. pilota Janickiego, zdobył pierwszą nagrodę — pułk Rafała za sprawność i najlepsze przystosowanie do celów lotnictwa sanitarnego. Drugą nagrodę otrzymał samolot francuski.

Dnia 5. VI. odbyło się w Druskiénikach uroczyste otwarcie *Domu wypoczynkowego Rodziny Urzędniczej*. Mieści się on narazie w Domu Zdrojowym. Równocześnie położono kamień węgielny pod własny budynek.

Według badań A. Fesslera utrzymuje się rzęzączka we Wiedniu w stałym nasileniu, wykazując wyższe ilości zachorowań w stosunku do danych przedwojennych, zmniejszenie zaś w stosunku do wojennych. Uderza to o tyle, że równocześnie ilość zachorowań kilowych stale się zmniejsza. W drogach szerzenia się rzęzączki odgrywają według Fesslera prostytutki coraz to podrzędniejsze znaczenie (ilość ich maleje silnie z każdym rokiem), główne możliwości zakażenia upatruje on w dorywczych stosunkach po krótkiej znajomości (Promiskuität), będących cechą charakterystyczną dzisiejszej swobody seksualnej.

W roku 1933 zgłoszono w państwie niemieckim 20.933 przypadków błonicy (zgonów 1082), 13.802 błonicy (118), 206 nagminnego zapalenia opon mózgowych (99), 1277 gorączki połogowej (353). Wszystkie te choroby zakaźne (za wyjątkiem gorączki połogowej) wykazały w roku 1933 wzmożenie nasilenia w porównaniu do roku 1932. Umieralność w roku 1933 wyniosła 13.2 na 1000 mieszkańców, przyrost nowonarodzonych 11.1 na 1000.

Międzynarodowa Unja walki z chorobami wenezyckimi odbyła doroczny zjazd w Kairze pod przewodnictwem prof. Ehlers'a z Kopenhagi i Mohameda Chahine Paszy.

Pod literą C „lekarzkiego słownika“ w *The bulletin of The Polish med. a. dent. ass. of America* znajdujemy dalsze *curiosa*: ciężkowiedło (barometr), cudotwórczy prętek (bac. proteus, edmieniec), 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 przy nowym wydaniu słownika lekarzkiego Akad. Umiejętności w Krakowie.

Djablik stylistyczny wyplatał niedawno takiego figla jednemu z naszych czasopism. Czytamy tam: „J. P. Zum Busch. W sprawie nagłej śmierci w zimnej kąpieli. (D. m. W. Nr. 1. 1933): Co rok, w lecie, czyta się i słyszy o przypadkach nagłej śmierci w czasie zimnej kąpieli i przeważnie u ludzi młodych. Spostrzeżenia autora dotyczą jego własnej osoby“.

Komunikaty.

Dział prasy i prac naukowych na wystawie „Przyroda, Zdrowie i Opieka Społeczna“, która będzie otwarta podczas XIV. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu, został powierzony p. Komitet naszemu sekretarzowi w Warszawie p. Drowi Stanisławowi Konopce.

Dnia 28 maja przybyła do Warszawy delegacja lekarzy zagranicznych, wysłanych przez Ligę Narodów, dla zapoznania się z organizacją polskiej służby zdrowia, państwowej i miejskiej. Delegacja ta zabawi w Polsce około 5 tygodni. Zostali delegowani: z Francji główny inspektor higieny Dr. Paul Martin, z Bułgarii główny inspektor higieny dr. Ivan G. Balkansky, z Danii dyrektor państwowego instytutu serologicznego i prezes komitetu higieny Ligi Narodów dr. Th. Madsen i lekarz powiatowy dr. Holgar Schmedes, z Anglii z instytutu higieny dr. J. J. Paterson i minister higieny dr. F. R. Seymour, z Węgier dyrektor Instytutu Higieny dr. Joseph Tomcsik, z Turcji podsekretarz stanu z ministerstwa higieny oraz członek komitetu higieny Ligi Narodów Prof. dr. Hussamettin, z Rumunii szef wojewódzkiego urzędu zdrowia dr. Apostolesco, z Czechosłowacji radca sanitarny dr. Ivan Stodola, z Hiszpanii inspektor służby zdrowia dr. Clavero, dr. Prada, dr. Ferragud, dr. Andueza, z Italii dyrektor Instytutu Higieny we Florencji i prof. bakterjologii dr. N. Filippo Neri i ze Szwajcarii szef służby zdrowia kantonu dr. Payot. Równocześnie z wymienionymi lekarzami przyjechał organizator tej wycieczki dr. Bondreau, przedstawiciel Sekcji Lekarskiej Ligi Narodów.

Wiedeński Wydział Lek. urząda od 25. IX. — 7. X. 1933. między narodowy kurs przeznaczony dla lekarzy praktyków na temat najważniejszych zagadnień medycyny doby bieżącej ze szczególnym uwzględnieniem lecznictwa. Wpisowe 50 S. Szczegóły: Biuro Kursów Wyzd. Lek. Wiedeń IX, Alserstrasse 4.

Redakcja otrzymała:

A. Ławrynowicz i Z. Bohdanowiczówna: L'importance de la variabilité microbienne dans la diagnostique épidémiologique de la fièvre typhoïde. Odb. „Zblt. f. Bakteriologie.“ T. 124. 1932.

A. Ławrynowicz i Z. Bohdanowiczówna: De l'action digénélique de l'urine sur le bacille typhique. Odb. „Zblt. f. Bakteriologie.“ T. 128. 1933.

A. Ławrynowicz i Z. Gryglewicz: Zachowanie się podstawowych cech pałeczki okrężnicowej podczas pobytu w wodzie. Odb. „Med. Dośw. i Społ.“ Nr. 1—2. 1933.

A. Ławrynowicz i M. Hryniewiczówna: Wpływ temperatury pasteryzacji na liczbę bakterij w mleku. Odb. „Med. Dośw. i Społ.“ Nr. 3—4. 1932.

H. Piotrowska: W sprawie charakterystyki własności ziarnika jelitowego (enterokoka). Odb. „Med. Dośw. i Społ.“ Nr. 5—6. 1932.

A. Feinsteinówna: Metodyka określenia miana bakterij denitryfikujących w wodzie. Odb. „Med. Dośw. i Społ.“ Nr. 1—2. 1933.

Z. Judowicz: Spostrzeżenia nad drobnoustrojami tlenowemi rozkładającymi błonnik. Odb. „Med. Dośw. i Społ.“ Nr. 1—2. 1932.

J. Doberska-Mayowa: Zastosowanie metody Skara do obliczenia bakterij w moczu. Odb. „Med. Dośw. i Społ.“ Nr. 3—4. 1932.

Z. Wasilewska-Mironowiczowa: Pałeczka okrężnicowa w mleku rynkowym w Warszawie. Odb. *Medycyna*. Nr. 23. 1932.

S. Dłużewski: Wartość odczynu „Citochol II“ w rozpoznawaniu kiły w porównaniu z odczynem Bordet-Wassermanna i Sachs'a-Georgi'ego. Odb. „*Medycyna*“. Nr. 6. 1933.

Wł. Mikułowski: O korelacji wyrostka robaczkowego i wątroby w klinice dziecka. Odb. „*Medycyna*“. Nr. 8. 1933.

Wł. Mikułowski: De la maladie du sérum spontané. Odb. z „*Archives de Médecine des Enfants*“. T. XXXVI. 1933.

Wł. Mikułowski: Die therapeutische Anwendung des Weedschen Experimentes bei einer Kanalkloade im Anschluss an Genickstarre. Odb. z „*Jahrbuch f. Kinderheilkunde*“. T. 138. 1933.

Wł. Mikułowski: Ueber die Bedeutung der Lues für die Aetiologie der Bronchiektasien. Odb. „*Monatsschrift f. Kinderheilkunde*“. T. 57. 1933.

H. Higier: W kwestji etiologii i istoty nerwicy czynnościowych. Odb. „*Krytyka Lekarska*“.

H. Higier: W sprawie „Andrzeja Towiańskiego“. Odb. „*Krytyka Lekarska*“. Zeszyt II, 1902.

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