

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: WILHELM KNAPPE

ADRES REDAKCJI: Stenkiwicza 12, m. 28, tel. 652-51.

ADRES ADMINISTRACJI. Marszałkowska 71, tel. 8.34-48.

Rok VIII

WARSZAWA, 19 MARCA 1931 R.

Nr. 12

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

O powikłaniach ropówkowych po wyluszczeniu migdałków.

Podał

Z. SREBRNY (Warszawa).

Wyluszczenie migdałków stało się w ostatnim ćwierćwieczu operacją, którą pod względem popularności porównać można jedynie z wycięciem wyrostka robaczkowego. Z appendektomją ma tonsillektomja i tę wspólną cechę, że obie często wykonywane są z wielką korzyścią dla chorych, a nieraz nawet ratują zagrożone życie. Obie te operacje są też jednakowo proste i łatwe. Nie mówię, naturalnie, o tych rzadkich przypadkach, kiedy każdy zabieg chirurgiczny stać się może trudnym, nieraz bardzo trudnym na skutek jakichś wyjątkowych warunków. I prosta naogół operacja wyluszczenia migdałków może stać się zabiegiem, o którym nieżyjący już znakomity chirurg Riedel powiada: „W przypadkach małych, mocno z otoczeniem zrosniętych, łatwo rwących się migdałków cały zabieg nabiera charakteru trudnej operacji. Wolę wyluszczyć pęcherzyk żółciowy, jajnik lub wyciąć wyrostek robaczkowy, niż operować taki migdałek”.

Oprócz wspomnianych rodzajów podobieństwa tonsillektomja i pod tym względem podobna jest do appendektomji, że, jak jedna, tak i druga często wykonywane bywają niepotrzebnie.

Obok tych cech podobnych różni jednak wyluszczenie migdałków od wycięcia wyrostka robaczkowego jakoś pola operacyjnego. Appendektomja jest wykonywana w środowisku jałowym, tonsillektomja w stale zakażonym. Stąd szanse niebezpieczeństwa drugiej operacji górują nad takimiż szansami pierwszej. Jakkolwiek słyszy się często, że wyluszczenie migdałków jest operacją niewinną, jednak od czasu do czasu dochodzi do wiadomości naszej przypadku, zakończony ciężkim powikłaniem, a nawet śmiercią. A ponieważ leży w interesie lekarza, aby takim nieszczęśliwym przypadkom nie nadawać rozgłosu, więc wniosek stąd, że ujawnione przypadki

nieszczęśliwe stanowią tylko pewien ułamek tych, jakie w rzeczywistości się przytrafiają.

Przy wyluszczeniu migdałków grożą dwa niebezpieczeństwa: krwotok i zakażenie. Z krwotokiem jednak lekarz doświadczony zawsze radę dać sobie powinien. Gwałtowny krwotok, któryby w ciągu kilku minut zabił chorego, zdarza się tak wyjątkowo rzadko, jak wyjątkowo rzadkie są anomalje przebiegu większych naczyń: tętnicy szyjnej wewnętrznej i zewnętrznej. Poza temi nieszczęśliwymi niespodziankami nie powinno być przypadku śmierci z powodu krwotoku: jeżeli wszystkie inne zabiegi nie pomagają, to podwiązanie tętnicy szyjnej zewnętrznej w zupełności zapewnia zatamowanie krwotoku, albowiem przypadki, w których tętnica gardłowa wstępująca wychodzi z tętnicy szyjnej wewnętrznej są tak niezmiernie rzadkie, iż znaczenia praktycznego nie mają. Z powodu krwotoku zatem, w warunkach prawidłowych, nie powinien zginąć żaden chory.

Ale jak stoi sprawa z drugim niebezpieczeństwem — z zakażeniem? Licząc się z faktem, że wyluszczenie migdałków jest zabiegiem, wykonywanym na terenie nieaseptycznym, powinniśmy być przygotowani na to powikłanie niemal w każdym przypadku. Na szczęście tak nie jest, i tem się tłumaczy tonsillektomje, tak często wykonywane bez koniecznej potrzeby. Jednak do tak wielkich rzadkości zakażenie ropne po wyluszczeniu migdałków nie należy, jeżeli Claus w ciągu dwóch lat zebrał z piśmiennictwa i z komunikatów ustnych 11 takich przypadków, z których 9 zakończyło się śmiercią. W krótkim czasie 9 przypadków śmierci po operacji, uchodzącej za zabieg niewinny i wykonanej nieraz z powodu wskazania błahego! A nawet, jeżeli zakażenie nie pociągnie za sobą śmierci, lecz pozostawi na całe życie jakieś, na przykład, zapalenie wsierdzia albo nerek — czy przypadek taki, zwłaszcza, jeżeli był operowany bez koniecznej potrzeby, nie obciąży sumienia lekarza?

Jak wytłumaczyć fakt rzadkich — względnie powikłań ropnych po wyluszczeniu migdałków pomimo

operowania na terenie, przepełnionym bakteriami ropotwórczymi: paciorkowcami, gronkowcami, pneumokokami? Albo, mówiąc ogólniej, czemu zawdzięcza ustrój szczęśliwy wynik operacji, dokonywanych na narządach, których stały się mieszkańcami są zarazki chorobotwórcze?

Zarazki te, żyjące na nieuszkodzonej śluzówce jamy ustnej i gardłowej jako saprofity, powinnyby po uszkodzeniu całości tkanek tych narządów, dostawszy się do układu chłonnego i krwionośnego, wywrzeć działanie chorobotwórcze. Tymczasem w warunkach zwykłych tak nie jest. Przekonywamy się o tem codziennie, gryząc się bezkarnie w język, kalecząc dziąsła przy dłubaniu w zębach, znosząc bez wszelkich powikłań wyjęcie zęba lub najrozmaitsze rękoczyny krwawe w ustach i w gardle nawet w obecności spraw ropnych. Dlaczego tak się dzieje? Dzisiejszy stan wiedzy o zarazkach chorobotwórczych i o zagadnieniu odporności pewnej odpowiedzi na to nie daje. Wiemy coś i mówimy o większej i mniejszej zjadliwości zarazków i tem tłumaczymy sobie, dlaczego rękoczyn krwawy, wykonany w ostrym okresie sprawy ropnej, grozi większym lub mniejszym niebezpieczeństwem, gdy takież rękoczyn po minięciu okresu ostrego jest zazwyczaj zabiegiem obojętnym. Mówimy, że zarazek stracił na zjadliwości, albo, że w okresie ostrym ustrój wytworzył przeciwciała, które chronią go od zakażenia po operacji, wykonanej w okresie późniejszym. Wynikałoby stąd, że, jeżeli zarazek z owego przewlekłym ropieniem dotkniętego narządu przeniesiemy na inny narząd o tkankach uszkodzonych, to czy to skutkiem osłabienia zjadliwości zarazka, czy też obecności ciał odpornościowych we krwi zakażenie nie powinno nastąpić. A jednak tak nie jest. Jeżeli narzędziem, którem operujemy w nosie z powodu przewlekłej sprawy ropnej, skaleczymy tkanki innego narządu, np. migdałka, to z pewnością nastąpi zakażenie. Mimowolnie kiedyś przez niedopatrzenie (karygodnie!) zrobiłem podobne doświadczenie: nakłułem jamę Highmora przez nos i wypłukałem z niej dużo ropy (sprawa ropna była tu przewlekła). Druga jama Highmora nie robiła wrażenia chorej, chcąc jednak upewnić się co do tego, poleciłem pomocnikowi, aby mi podał inną igłę do nakłucia zdrowej jamy. Płyn z tej jamy wypłukał, nie zawierając ropy. Nazajutrz pacjentka miała 40° gorączki i obrzęk oraz intensywne zaczerwienienie policzka po stronie zdrowej jamy Highmora—wyraźny obraz róży. Policzek po stronie chorej był niezmienny. Okazało się, że pomocnik przez niedopatrzenie podał mi igłę, użytą do przekłucia chorej jamy. Eksperyment ten wyraźnie świadczy, że zarazek nie stracił na zjadliwości, i że we krwi nie istniały ciała, zobojętniające toksyny paciorkowcowe.

Wygląda więc sprawa tak, jak gdyby zarazki „żyły się” z tkanką, w której stale przebywają. Być może, iż pod tem pojęciem „życia się” należy rozumieć jakieś szczególne, specyficzne oddziaływanie komórek tkankowych danego narządu, które unieszkodliwia zarazki, stale w narządzie tym mieszkające. Ten sam zaś zarazek, przeniesiony na uszkodzoną tkankę innej okolicy ciała, z którą jeszcze „się nie żył”, wywrze tu swoje działanie chorobotwórcze. Albo innymi słowami: zarazek własny danego narządu jest w warunkach zwykłych dla ustroju nieszkodliwy, zarazek zaś, skądinąd przeniesiony, wywołuje zakażenie.

Bądź, jak bądź, rzadkość powikłań ropnych po operacjach na terenach nieaseptycznych musimy przypisać przede wszystkim własnościom bakterjobójczym krwi: im większa jest ta siła, tem szansa zakażenia jest mniejsza.

Ważny w tym sensie jest fakt, na który niedawno zwrócił uwagę G. J. Pfalz. Stwierdził on, mianowicie, że środki usypiające (wdychanie chloroformu, eteru) i miejscowo znieczulające (tutokaina, nowokaina z suprareniną) podnoszą dwudziestokrotnie wskaźnik bakterjobójczy krwi, i że to podniesienie dochodziło do szczytu bądź wkrótce po zakończonej operacji (laparotomji), bądź około 7 godzin po operacji. Przytem odpowiednie doświadczenia przekonały, że nie grają tu roli jakiegokolwiek procesy biologiczne, związane z samym aktem operacji, gdyż ten sam wzrost wskaźnika bakterjobójczego krwi otrzymywano po usypianiu, względnie znieczulaniu miejscowem, dokonaniem w celach dżagnostycznych lub psychoterapeutycznych. Okazało się także, że omawiany efekt środków, znieczulających miejscowo, nie polegał na ich własnościach bakterjobójczych, gdyż wskaźnik bakterjobójczy krwi, zmieszanej z roztworem tutokainy lub nowokainy z suprareniną, nie różnił się prawie niczem od takiegoż wskaźnika krwi, niez mieszanej z temi środkami. Pfalz przypisuje to działanie środków usypiających i miejscowo znieczulających wzmożonej czynności fizjologicznej komórek, które to wzmożenie Weichardt sprowadza do działania uczynniającego produktów rozpadu białka. Pfalz sądzi zatem, że wprowadzone do ustroju środki usypiające i miejscowo znieczulające powodują tworzenie się tego rozpadu ciał białkowych, a wtórnie wzrost zaczynowej przemiany materji komórek.

Jeżeli więc przyjąć za fakt, że tym lub innym czynnikiem zawdzięczać należy pomyślnie wyniki operacji, dokonywanych na terytorjum nieaseptycznem, jak na obchodzącem nas w tej chwili terytorjum ustno-gardłowem, to zastanowić się wypada nad przyczynami, które ten spodziewany pomyślny przebieg operacji psują.

Już z wywodów powyższych, dotyczących większej zjadliwości zarazków w ostrym okresie choroby, wynika, że operacja, wykonana w przebiegu anginy lub wkrótce po jej przebyciu, grozić może powikłaniem ropówkowem lub posocznico-ropniczem, w okresie tym bowiem zjadliwość zarazka jest większa, (zarazek nie „żył się” jeszcze z tkanką), i aparaty ochronne organizmu mogą nie wystarczyć do zwalczania jego działania chorobotwórczego. Jedną więc z przyczyn powikłania po tonsillektomji może być jej wykonanie podczas lub wkrótce po anginie albo też w okresie tworzącego się lub już powstałego ropnia okołomigdałkowego. Istotnie, ropówki i sprawy ropniczo-posocznice po wyluszczeniu migdałków, wykonanem wkrótce po przebyciu anginy, były notowane. Większość autorów radzi też nie wykonywać operacji wcześniej, niż przed upływem przynajmniej 4 tygodni. Nie znajduje też zwolenników wykonywanie tonsillektomji w przebiegu ropnia okołomigdałkowego, zalecane przez Wincklera. Operacja w tym okresie dopuszczalna jest tylko wtenczas, kiedy inną drogą do ropnia dostać się nie można, a objawy ogólne są groźne.

Drugim czynnikiem, mogącym dać powód do powstania ropówki, jest wadliwie wykonane znieczulenie miejscowe, mianowicie, wkłucie igły do mięszu

migdałka zamiast do przestrzeni okołomigdałkowej. Wkłuwając igłę przez migdałek aż do jego wnęki, względnie do warstwy mięśniowej gardła, wnosimy tam całą zakaźną zawartość krypt. Stąd późniejsze powikłanie ropówkowe. Uniknąć tego można, wkłuwając igłę jaknajbardziej nazewnątrż. Ażeby się upewnić, że się jest istotnie we właściwym miejscu, należy wkłuć igłę z początku na jeden centymetr i rozpocząć wstrzykiwanie płynu. Jeżeli igła jest w migdałku, to płyn wypływa natychmiast przez krypty nazewnątrż. Wyciągamy wtenczas igłę, zdejmujemy ją ze strzykawki i, zamieniwszy ją inną, wstrzykujemy bardziej nazewnątrż, wkłuwamy igłę znowu na wymienioną wyżej głębokość. Jeżeli teraz płyn nie wylewa się nazewnątrż, znaczy to, że jesteśmy w miejscu właściwym, wkłuwamy więc igłę głębiej — na 2 do 2½ centymetra.

Takiem samem niebezpieczeństwem wywołania ropówki grozić może stosowanie świderka do wyciągania migdałka z niszy. Narzędzie to istotnie oddaje pewne usługi, zwłaszcza w przypadkach małych migdałków zanikowych lub głęboko w niszy osadzonych. Uchwycenie takich migdałków szczypczkami w celu ich wyciągnięcia niezawsze się udaje, świderk zaś, drążący w miąższ migdałka, łatwo go wyciąga. Niebezpieczeństwo jego, jak i igły, wkłutej poprzez migdałek, polega na niemożności oceny, jak głęboko wolno świderk wkręcić, aby nie dotrzeć do tkanki pozamigdałkowej, względnie do mięśni gardłowych. W takim bowiem razie znowu, jak w poprzednim, wnosimy materiał zakaźny do warstw, leżących poza migdałkiem. Należy więc i tu świderk zanurzać nie głębiej, niż na 1 centymetr do migdałków zanikowych, a na 1½ centymetra do migdałków większych.

Do ostrożności nieco przesadnych należy unikać wyciągania migdałka przed odseparowaniem go od łuku. Wyciągnięcie migdałka połączone jest ze ścisaniem go, przyczem ma grozić niebezpieczeństwo wtłoczenia zawartości krypt do tkanek otaczających, względnie do krwiobiegu. Sprawie tej przypisuje duże znaczenie Claus, który radzi oddzielać migdałek od łuku *in situ*, a dopiero po odseparowaniu wyciągnąć go w celu wyluszczenia. Ostrożność ta, zdaje mi się, jest przesadzona, a zresztą, i nie odpowiadająca założeniu, gdyż po oddzieleniu migdałka od łuków istnieje jeszcze połączenie migdałka z tylnąścianą łożyska, a więc, jeżeli może grozić niebezpieczeństwo wtłoczenia do krwiobiegu zawartości krypt ze ścisania migdałka, to grozi ono i teraz przy oddzielaniu go od warstwy pozamigdałkowej. Obok przesady niebezpieczeństwa i niedostatecznego uzasadnienia uniknięcia go przez zaniechanie wyciągania migdałka przed oddzieleniem go od łuków ostrożność ta bardzo utrudnia to oddzielanie. Nie widzę przeto konieczności wyrzekania się wyciągania migdałka.

Dalej powód do powstania ropówki dać może szarpanie i miażdżenie tkanek, szczególnie pozamigdałkowych, brutalne tamponowanie, podczas którego zdziera się nabłonek z błony śluzowej łuków i otwiera się przestrzenie limfatyczne. Goerke pisze, że dla oszczędzania tkanek zarzucił wyluszczenie migdałka palcem na korzyść oddzielania go narzędziem. Nie mogę tego zdania podzielić: od wielu lat wyluszczałem migdałek palcem, przyczem absolutnie żadnego szarpania, ani miażdżenia tkanek niema, przeciwnie, migdałek, jeśli tylko niema mocnych zrostów, daje się wyluszczyć przedziwnie gładko. Jeżeli zrosty migdałka

z łożyskiem są bardzo mocne, to, naturalnie, należy je na samej torebce migdałkowej przecinać.

Zwrócić muszę uwagę na pewne ryzyko, na które pozwalają sobie niektórzy operatorzy, stosując po wyluszczeniu migdałków stale tamponadę niszy migdałkowej w celu zabezpieczenia chorego przed możliwością krwotoku pooperacyjnego. Mianowicie, wprowadzają oni do niszy migdałkowej tampon i zaszywają nad nim łuki, wywierając w ten sposób ucisk na ściany łożyska migdałkowego. Niebezpieczeństwo takiego postępowania jest oczywiste: wydzielina ropna, nagromadzona w niszy, nie ma odpływu i ulega wchłanianiu. Tamponada taka jest usprawiedliwiona tylko wrazie niedającego się inaczej opanovać krwawienia, jako *malum necessarium*. Wprawdzie, dzięki aparatom ochronnym, któremi ustrój rozporządza, zakażenia ogólne zdarza się tu rzadko, ale możliwość zakażenia istnieje.

Duże znaczenie dla uniknięcia powstania ropówki ma dobry stan zębów, sprawa, na którą naogół mało zwraca się uwagi. W każdym przypadku zamierzonej tonsillektomji należy przed operacją doprowadzić zęby i dziąsła pacjenta do zupełnego porządku.

Na jeszcze jeden rodzaj niebezpieczeństwa, niemożliwy, niestety, do przewidzenia, zwraca uwagę Fruehwald. Spostrzegł on, mianowicie, cztery razy ogniska ropne pozamigdałkowe, leżące poza górnym biegunem migdałka, w dołku nadmigdałkowym. W jednym z tych czterech przypadków na trzeci dzień po operacji nastąpił naciek pod kątem dolnej szczęki, bardzo wielka bolesność odpowiedniej połowy szyi na ucisk i gorączka do 39.5.

Powstanie tej ropówki przypisuje Fruehwald ropie, ściekającej podczas operacji na ranę, co nie wydaje mi się słuszne, gdyż w takim razie każdy przecięty głęboki ropień groziłby tem samem. Zresztą, dlaczego z czterech przypadków tylko w jednym powikłanie ropówką miało wystąpić? Prędzej powstać ropówki przypisać można przeniesieniu ropy do tkanek głębszych podczas wstrzykiwania płynu znieczulającego, jak to już opisałem wyżej: igła przeszła przez ognisko ropne i, wkłuta do tkanek głębszych, wniosła do nich zakażenie. O możliwości i takiego mechanizmu powstania ropówki autor, zresztą, mimochodem wspomina. Zapobiec niebezpieczeństwu w takich przypadkach nie jesteśmy w stanie, gdyż o istnieniu owego ogniska ropnego przekonywamy się dopiero podczas operacji, a czasem możemy je nawet i w tym momencie przeoczyć, gdyż spływająca krew maskuje obecność niewielkiej zazwyczaj ilości ropy. A przypadki takie nie należą do rzadkości. Sam o nich wspominałem w artykule o tonsillektomji, a kolega Chorążyczki w swojej pracy opisuje przypadek nieco odmienny, mianowicie, ropień na powierzchni torebki, zwróconej do tkanki pozamigdałkowej.

Zupełnie szczególnie, z pewnością wyjątkowy moment etjologiczny, na szczęście, możliwy do uniknięcia, spostrzegłem w przypadku, który stanowi chyba unikat w piśmiennictwie migdałkowem.

K. W. lat 21, dziennikarz, leczył się u mnie z powodu cuchnących czopów w migdałkach. Na wyluszczenie migdałków długo zdobyć się nie mógł, ograniczałem się przeto do wyciskania od czasu do czasu owych czopów. Wreszcie, trapiący złym zapachem z ust, który zapewne utrudniał mu stosunki towarzyskie, zdecydował się na operację. Cały zabieg przeszedł wyjątkowo gładko: żadnych zrostów, któreby wyluszczenie utrudniały, żadnego pokaleczenia tkanek otaczających, zwłaszcza

pozamigdałkowych, nie było, krwawienie minimalne, sama operacja trwała nie więcej nad 5 minut. Następnego dnia chory czuje się doskonale, łykanie prawie niebolesne, ciepłota ciała 36.7. Trzeciego dnia chory w doskonałym humorze, ciepłota 36.5. Z filuterną miną i znaczącym mrugnięciem okiem zwierza mi się, że poprzedniego, t. j. drugiego dnia po operacji skorzystał we właściwy sposób z odwiedzin przyjaciółki. Oburzony postępkami lekkomyślnego młodzieńca, wykrzychałem go, wyjaśniając mu, że narażał się na niebezpieczeństwo krwotoku i zakażenie z ust drugiego osobnika. Następnego dnia stan bezgorączkowy, niżej 37, łyka jak człowiek zdrowy, humor wyśmienity. Szóstego dnia poraz pierwszy ciepłota 37.1. Skarg żadnych. Siódmego dnia skarży się na ból z lewej strony szyi i bolesne polykanie, wygląd mizerny, ciepłota 37.5. Obrzęk lewej połowy szyi, lewy łuk przedni i tylny obrzmiały, obmacywanie lewej połowy szyi bolesne. Wieczorem tegoż dnia ciepłota 38.3, obrzęk szyi większy, samopoczucie złe. Zastrzyknięto propidon. Ósmego dnia ciepłota rano 38.8, wieczorem 39.6, obrzęk szyi rośnie, bolesność coraz większa, nisza migdałkowa zatarta, stan ogólny zły. Wobec takiego stanu rzeczy na naradzie z kol. Ciechomskim postanowiliśmy dziewiątego dnia przystąpić do zabiegu operacyjnego. Obrzęk szyi szerzył się w kierunku barku, tak, że cięcie od kąta szczęki dolnej poprowadzono aż do obojczyka. Idąc coraz głębiej, znaleźliśmy pod mięśniami głębokimi szyi ropę mocno cuchnącą, posokowatą. Pomimo zabiegu ciepłota trzymała się w granicach 39°—40°, obrzęk powiększał się i szerzył się dalej w kierunku barku, tak, że po upływie trzech dni przystąpiliśmy do powtórnej operacji, przedłużając cięcie dalej w kierunku główki kości ramieniowej, i dotarliśmy znowu głęboko pod mięśniami do ogniska ropnego. Dalszy przebieg był bardzo ciężki: wystąpił zawał płucny, na łydkach kilkakrotnie tworzyły się ropnie przy rzutowe, przytem ciepłota była stale wysoka bez wybitnych spadków. Miejscowo ropa przebiła się przez łożysko migdałkowe do gardła. W obliczu grożącego mu niebezpieczeństwa chory, zdjęty strachem, robi mi drugie wyznanie: stosunek, o którym mi mówił, nie był „naturalny”. Na pytanie moje, czy był obustronny, p. W. po pewnym wahaniu odrzekł, że udział czynny brała tylko ona. Wahanie jednak w odpowiedzi było tak wymowne, że wystarczało do odgadnięcia prawdy. Badanie ropy z rany zewnętrznej oraz zebranej z gardła wykryło gronkowce i paciorkowce, gonokoków Neissera nie znalaziono. Cała choroba trwała około trzech miesięcy, chory gorączkował długi czas i tylko dzięki młodemu wiekowi i dużemu zapasowi sił wyszedł z tej afery z życiem.

Przyczyna powstania ropówki w danym przypadku jest chyba jasna i niewątpliwa. Uważając jałowość narzędzi i materiałów opatrunkowych oraz czystość rąk za warunek, o którym w czasach dzisiejszych wspominać nie trzeba, wyłączam wszelki błąd w wykonaniu samej operacji: igła wkłuta była w przestrzeni okołomigdałkowej, czego dowodził brak wpływania płynu przez krypty, odseparowanie migdałków od łuków i od tkanki pozamigdałkowej wykonane było prawie momentalnie, bez jakiegokolwiek szarpania lub miażdżenia tkanek, o czym zresztą *a posteriori* sądzić było można z braku wszelkiej reakcji bólowej i ze stanu bezgorączkowego w pierwszych dniach po operacji. Wystąpienie gorączki na szósty dzień przemawia także przeciwko zakażeniu podczas operacji, skutki zakażenia takiego bowiem występują najczęściej na trzeci, rzadziej na drugi dzień po zabiegu. Jeżeli ukazują się później, jak n. p. w przypadku Koflera na 13 dzień po operacji, to przypuszczać trzeba, że zakażenie miało miejsce w okresie pooperacyjnym. Tak samo i w moim przypadku, w którym następstwa zakażenia ujawniły się

szóstego dnia, należy mniemać, że zakażenie to miało miejsce po operacji. Etiologia ropówki jest w danym przypadku naprawdę unikatowa i, na szczęście, dająca się uniknąć.

Obraz chorobowy ropówki po wyluszczeniu migdałków przedstawia się w sposób następujący: na drugi, częściej na trzeci dzień po operacji ciepłota ciała podnosi się bądź odrazu wysoko — 39.5 do 40, bądź do wysokości umiarkowanej — około 38°. Szyja z jednej strony jest bolesna na dotyk, mniej lub więcej obrzmiała; często, lecz nie zawsze, gruczoły chłonne pod kątem szczęki dolnej obrzmiewają i są wrażliwe na dotyk, niekiedy bywa ból i w dołku jarzmowym. Otwieranie ust szerokie jest niemożliwe z powodu szczękościsku, polykanie bardzo bolesne. Języczek oraz łuki podniebienne mocno zaczerwienione i obrzmiałe przylegają do siebie tak, że nisza migdałkowa zaciera się całkowicie. Obrzęk tych części i bocznej ściany gardła może dojść do takiego stopnia, że występuje duszność, a dołączający się obrzęk krtań może zmusić do tracheotomji. Ciepłota utrzymuje się na wysokim poziomie lub wznosi się stopniowo, zwykle ma charakter gorączki ciągłej, możliwe są, naturalnie, i spadki pyemiczne; w moim przypadku, pomimo ropni przerzutowych, a więc wyraźnej ropnicy, dreszczy, wybitnych spadków ciepłoty, ani potów nie było. Sprawa pod wpływem leczenia może się cofnąć lub doprowadzić do ropnia, który otwiera się do gardła albo wymaga interwencji chirurgicznej zzewnątrz, nierzadko jednak kończy się śmiercią.

Leczenie polega z początku na okładach ciepłych na szyję, stosowaniu zastrzykiwań dożylnych środków bakterjobójczych, otwieraniu ropni, a przede wszystkim na mediastinotomji szyjnej z otwarciem pochwy naczyniowej i przestrzeni przygardzielowej z ich drenowaniem. Ten ostatni zabieg został z powodzeniem zastosowany w przypadkach posocznico-ropnicy anginowej dopiero w latach ostatnich, i tem się tłumaczy, dlaczego nie był wykonany w moim przed lat blisko pięciu przypadku. Niewątpliwie byłby zabieg ten przyczynił się do lżejszego i krótszego przebiegu choroby. Leczenie ogólne wymaga też podtrzymywania działalności serca za pomocą odpowiednich środków.

Jak posocznica anginowa, tak i powikłania ropówkowe po wyluszczeniu migdałków należą i dotąd do spraw ciężkich, często śmiertelnych. Dzięki jednak badaniom lat ostatnich (Zange, Ufenorde, Claus) udaje się w poważnym odsetku przypadków uratować życie takich, do niedawna skazanych na śmierć chorych. W każdym razie atoli powikłanie wspomniane, nawet zakończone wyzdrowieniem, jest przejściem ciężkiem, a że niezawsze da się go uniknąć, wynika więc stąd ostrzeżenie, aby przystępować do tonsillektomji tylko z powodu wskazań ścisłych i poważnych. A należą do nich: często powracające o ciężkim przebiegu anginy, zwłaszcza u ludzi dorosłych (dzieci z wiekiem pozbywają się tej skłonności, wycięcie wyrosli odenoidalnych często usuwa skłonność do anginy); powracające ropnie okołomigdałkowe; cuchnący zapach z ust; stany septyczne, jeżeli są napewno następstwem przebytej anginy; zapalenia wsierdzia i nerek, powstałe po anginie, zapalenia, które pod wpływem każdej świeżej anginy ulegają obostrzeniu; gościec stawowy, o ile jest niewątpliwie pochodzenia migdałkowego. Do względnych wskazań należą stany podgorączkowe, jeżeli można z całą pewnością wy-

łączyć inne źródła pochodzenia tych stanów. Najczęściej jednak ich etiologia jest ciemna, a tonsillektomia w bardzo rzadkich przypadkach je usuwa. Nie omyle się chyba, jeżeli powiem, że źródłem ich najpospolitszym bywa gruźlica.

Ale i rozstrzygnięcie pytania, czy dane zapalenie wsierdzia lub nerek, albo gościec stawowy znajduje się w związku ze stanem chorobowym migdałków, nastęrcza nieraz poważne trudności. Gdyby słuszne było twierdzenie Rosenowa, że pewne gatunki paciorkowców mają powinowactwo do pewnych narządów, to mielibyśmy tu nieomylny sprawdzian w doświadczeniu na zwierzętach: jeżeliby paciorkowce, wyhodowane z migdałka chorego gościcowego, po zastrzyknięciu do żyły królikowi, wywołały u niego zmiany zapalne w stawach, to byłoby to dowodem migdałkowego pochodzenia gościca w danym przypadku. Taki sam eksperyment przekonałby nas, czy dane zapalenie wsierdzia lub nerek znajduje się w związku przyczynowym ze schorzeniem migdałków. Niestety, jednak pogląd Rosenowa nie znalazł potwierdzenia w badaniach innych autorów, a Hesse z kliniki

królewieckiej obala ten pogląd w zupełności. Tak więc dotychczas przy decydowaniu o stosunku stanu migdałków do chorób narządów oddalonych opierać się musimy głównie na wywiadach.

W każdym jednak przypadku zamierzonej tonsillektomji pamiętać należy, że operacja ta w pewnym, niewielkim wprawdzie odsetku połączona jest z niebezpieczeństwem ciężkich, a nawet śmiertelnych powikłań i z tego względu powinna być wykonywana tylko z powodu wskazania poważnego.

PIŚMIENICTWO.

B. Chorążyci, Warsz. Czasop. Lekarskie 1929, str. 836.
Claus, Folia Otolaryngologica 1929 Z. 1. Frühwald; Wien. Med. Woch. 1927 Nr. 31. Goerke, Folia Otolaryngol. 1930. Z. 4. Hesse. Ztschr. f. Hals-Nasen-und Ohrhik. 1930. Z. 2. Kofler, Monatschr. f. Ohrhik. 1916 str. 113. Pfalz. Klin. Woch. 1930 Nr. 29. Riedel. Münch. Med. Woch. 1913 Nr. 41. Rosenow—cyt. wedł. Hessego. Rosenow. Med. Klin. 1931 Nr. 9. Srebrny Warsz. Czasop. Lek. 1925.

Z praktyki prywatnej

Choroba Legg-Calvé-Perthesa z zaburzeniami natury rozwojowej i wewnątrzwydzielniczej.

Podał

Władysław STERLING (Warszawa).

(Dokończenie patrz. Nr. 11).

W sprawie niewyjaśnionej dotąd patogenyzy tego interesującego cierpienia istnieje cały szereg hipotez i teoryj, z których żadna dotąd nie zyskała prawa obywatelstwa. Przedewszystkiem zaznaczyć należy, że nauka wyszła już poza okres, w którym starano się identyfikować tę sprawę ze znanymi dotąd w osteopatologii zachorzeniami stawu biodrowego natury bądź gruźliczej, bądź krzywicznej, lub też z postaciami klinicznymi bardziej rzadkimi, jak zniekształcające zapalenie stawu albo choroba Recklinghausena (*ostitis fibrosa*). Niektórzy badacze, a w pierwszym rzędzie Aschoff za przyczynę choroby uważają martwicę, wywołaną przez uraz, wzgl. uszkodzenie naczyń, powodujące zaburzenie odżywcze. Jednakowoż w całym szeregu przypadków, a między innymi i w moim brak było w wywiadach jakiegokolwiek momentu urazowego, nie mówiąc już o tem, że przy wielu urazach przebiegających nawet ze złamaniem szyi kości udowej, występuje niewątpliwie uszkodzenie naczyń, a jednak nigdy nie rozwijają się zmiany, odpowiadające omawianemu tutaj cierpieniu. Nie utrzymała się również hipoteza o zakaźnym pochodzeniu sprawy (Heitzmann, Axhausen, Brill, Moreau,) wobec rzadkości zakażenia w wywiadach, wobec słabego prawdopodobieństwa zatoru małżowotnymi drobnoustrojami, jak to przypuszcza Axhausen, ponieważ naczynia nasady kości udowej nie mają charakteru naczyń końcowych, a przede wszystkim wobec faktu, że badania histopatologiczne nawet w ciężkich przypadkach stwierdzają całkowicie

normalne zachowanie otoczki chrząstkowej. Cały szereg badaczy wreszcie (ostatnio Konjetzny, Brandes, Müller, Brill, Mac Donald, Mathieu, Walter, Kaiser, Rocher, Scholz, Schmidt, Minar) skłonny jest przypisywać zaburzeniom rozwojowym znaczną rolę w powstawaniu omawianej sprawy. Nie negując wpływu tego w pewnym zakresie, do czego jeszcze powrócę, sądzę, że wyłącznie jednym tym czynnikiem nie podobna jest wytłomaczyć samej istoty zmian kostno-stawowych, ani przemijającego charakteru sprawy. W ostatnich latach wreszcie zaczęły ukazywać się w piśmiennictwie obserwacje, w których objawy choroby Legg-Calvé-Perthesa rozwijały się współzrędnie z różnorodnymi zespołami natury wielogruźcовой (Müller, Bauer, Lick, Assmann, Galpern i Nisnewic), jak to miało miejsce również w opisanym przezemnie przypadku. Ponieważ obserwacje te dały pohop do doszukiwania się inkrecyjnej patogenyzy sprawy, wydaje mi się wskazane omówienie krytyczne tego zagadnienia głównie w świetle symptomatologii opisanego tutaj przypadku.

W symptomatologii tej mianowicie obok zaburzeń stawowych wysuwają się na plan pierwszy objawy przedwczesnej dojrzałości płciowej. Wystąpienie menstruacji już w 8 roku życia, rozwój gruczołów piersiowych, gruczołów i narządów płciowych oraz uwłosienia na wżgórku łonowym wyprzedzający co najmniej o 7 lat wiek życia, oraz wybujały wzrost dziewczynki—skłaniają się bowiem na klasyczny obraz przedwczesnej makrogenitozomji. Pewne swoiste zabarwienie nadaje zespołowi temu opaczne uczynienie popędu płciowego, które wykazuje zabarwienie wyraźnie homoseksualne. Na szczególne zaznaczenie zasługuje tu fakt, że drobne kości śródrečna i śródstopia nie wykazują cech przedwczesnej osyfikacji, która zazwyczaj towarzyszy różnym postaciom przedwczesnej makrogenitozomji. Nie wymaga to bliższego uzasadnienia, że zespół przed-

wczesnej dojrzałości płciowej jest zjawiskiem par excellence dyzendorynologicznym, zaś doświadczenie kliniczne wykazuje, że może się on ujawniać w zachorzeniu całego szeregu gruczołów dokrewnych, a przede wszystkim nadnerczy, szyszynki i gruczołów płciowych. Z łatwością daje się tu uchwycić cały szereg momentów, które nie pozwalają powiązać obserwacji niniejszej z chorobliwą czynnością nadnerczy. Mianowicie przeciwko zaliczeniu przypadku tego do typu hipergeneralizmu nadnerczowego przemawia przede wszystkim ujemny wynik prób biologicznych, który nie wskazuje ani na hiperergję, ani na nieomogę nadnerczy, brak atletycznej budowy ciała i wzmoczenia siły fizycznej (hiperstenji), charakter zaburzeń psychicznych, który nie odpowiadał podnieceniu psychoruchowemu z infantylizmem psychicznym, ale składał się na swoisty typ oligofrenji, przede wszystkim zaś przebieg sprawy chorobowej. Doświadczenie bowiem wykazuje, że objawy budowy atletycznej, hiperstenji i podniecenia towarzyszą tylko pierwszym okresom hipergeneralizmu nadnerczowego i w krótkim czasie ustępują miejsca wybitnej adynamji i charactwu, prowadzącemu nieuchronnie do śmierci, podczas gdy przebieg kilkoletni w naszym przypadku nie wykazuje żadnego postępu sprawy chorobowej. Symptomatologia przypadku tego wskazuje również, że stanowi on zespół kliniczny odrębny od hipergeneralizmu pochodzenia szyszynkowego, bowiem hipergeneralizm szyszynkowy jest zawsze przejawem sprawy nowotworowej, podczas gdy w naszym przypadku brak było jakichkolwiek objawów wzmoczonego ciśnienia śródczaszkowego, zaś zdjęcia rentgenowskie wykazały normalne stosunki na podstawie czaszki, następnie w obserwacji naszej brak było jakichkolwiek objawów z kategorii, którą wyodrębniłem pod nazwą rozszczepienia płciowego, a na którą w hipergeneralizmie szyszynkowym tak wielki nacisk kładzie Pelizzi, wreszcie pacjentka moja nie tylko nie wykazywała cech nadmiernego rozwoju psychicznego, sygnalizującego współdziałanie w sprawie szyszynki, ale przeciwnie — znaczne upośledzenie inteligencji. Zatrzymując się tedy na genitalnym pochodzeniu makrogenitozomji u naszej pacjentki, wyłączyć tu musimy sprawę nowotworową jajnika, która niekiedy może ją powodować, której wszakże nigdy nie towarzyszy ubytek inteligencji. W ten sposób zespół hipergeneralizmu w opisanym przypadku sprowadzić musimy do pierwotnej hiperfunkcji gruczołów płciowych, zaliczając go do typu konstytucjonalnego dysgenitalizmu, który rozwija się na podłożu przerostu gruczołów płciowych, który wyodrębniłmy wspólnie z kol. Handelsmanem w pracy, ogłoszonej przed kilku laty, i który stanowi do pewnego stopnia negatywny eunuchoidyzm sprzężonego z konstytucjonalną nieomogą gruczołów płciowych. W myśl rozumowań powyższych objawy hipergeneralizmu u naszej pacjentki rozpatrywać musimy jako anomalię konstytucjonalną lub też, ściślej mówiąc, jako zaburzenie natury rozwojowej.

Nie wymaga bliższego uzasadnienia, że również i skrzywienie kręgosłupa u naszej pacjentki, które istnieje od najwcześniejszego dzieciństwa, zaliczyć należy do tej samej kategorii, nie mówiąc już o tarczycy, która jest anomalią natury par excellence rozwojowej. Charakter zaburzeń psy-

chicznych naszej pacjentki, od najwcześniejszego okresu dzieciństwa — wykazuje wszelkie cechy oligofrenji — a więc niedorozwoju umysłowego wrodzonego, odpowiadającego średniemu natężeniu głupectwa. Również i pewne dyskretnie zaznaczone zmiany skóry (na czole i na powiekach) łącznie ze spowolnieniem procesu kojarzeniowego oraz charakterystyczną apatią pacjentki odpowiadają zaburzeniom w rozwoju tarczycy, znanym pod nazwą konstytucyjnej hipotyreooidalnej (Wieland-Bauer), zaczem przemawia również bardzo nikły wpływ leczniczy podawanej przez dłuższy czas tyreoidyny. Co się zaś tyczy zmian mięśniowych (zaniki w obrębie pasa barkowego i ud), przerost wrzekomy pośladków, osłabienie muskulatury kręgosłupa — to składają się one na obraz postępującej dystrofji mięśniowej — sprawy, której charakter nie jest wprawdzie ściśle wrodzony, ale rozwijającej się zawsze w dzieciństwie lub wieku młodzieńczym, dziedziczącej się jak to po raz pierwszy wykazał Weitz, według zasad mendelizmu i występującej w postaci wybitnie rodzinnej, co wszystko wskazuje dobitnie na upośledzenie konstytucjonalne nie tylko tkanki mięśniowej, jak to przypuszczano do niedawna, ale i układu wegetatywnego, jak wykazały świeżo badania szkoły japońskiej (Ken Kuré i jego uczniowie).

Widzimy więc w opisanym przypadku nagromadzenie anomalij rozwojowych oraz zaburzeń inkrecyjnych o charakterze konstytucjonalnym, które występują współrzędnie z chorobą Legg-Calvé-Perthesa. Że powikłanie to nie jest natury czysto przypadkowej, ale posiada pewne głębsze znaczenie, tego dowodzą niektóre spostrzeżenia z piśmiennictwa lat ostatnich, w których powikłania tego rodzaju ujawniały się w postaci może mniej licznej, jednakowoż bardzo wyraźnej. Jeżeli więc chodzi o anomalje rozwojowe — to Chruszcz ogłosił przypadek tego cierpienia w połączeniu z wrodzoną stopą szpotawą, Konjetzny — w połączeniu z chorobą Köhlera, Mathieu — z wrodzonymi zwichnięciami stawu biodrowego, Müller — w połączeniu z chorobą Madelunga, Brandes w połączeniu z achondroplazją, zaś Kaiser między innymi ogłosił obserwację z rodzinnym występowaniem tej sprawy. Co się zaś tyczy anomalij inkrecyjnych, to Galpern i Nisnewic opisali przypadek tej choroby w połączeniu z wrodzoną nieomogą wielogruczową, Lick w połączeniu z hipotyreozą, Assmann — w połączeniu z karłowatością hipoprzysadkową, zaś Evans w połączeniu z eunuchoidyzmem. Daleki jestem od dopatrywania się w zaburzeniach inkrecyjnych przytoczonych obserwacji z piśmiennictwa, jak również i mojego przypadku jakiegokolwiek znaczenia przyczynowego w mechanizmie powstawania zmian stawowych w chorobie Legg-Calvé-Perthesa. Sądzę wszakże, że charakter wyraźnej konstytucjonalny wszystkich tych zaburzeń, łącznie z tak często towarzyszącymi im anomaliąmi rozwojowymi, których liczne przykłady zostały przytoczone, rzuca jaskrawe światło na biologiczną małowartościowość całego szeregu układów tkankowych, a przede wszystkim układu kostnego, jakie daje się stwierdzić tak często w tej postaci chorobowej. Interesującą ilustracją tego zjawiska stanowi spostrzeżany przezemnie przed kilku laty przypadek, w którym u chłopca 10-letniego wystąpiły objawy osteochon-

dritidis coxae deformantis, wyleczone niemal całkowicie po upływie 4 lat, a w którym w 22-im roku życia zaczęły rozwijać się objawy chromania przestankowego prawej kończyny dolnej. Wiodące jest stąd, że w orbitę zaburzeń układowych, które towarzyszą temu cierpieniu, wciągnięty może być również układ naczyniowy, którego wrodzona aplazja lub niedomoga stanowi według wszelkiego prawdopodobieństwa podstawę anatomiczną chromania przestankowego (Oppenheim, Idelson). Wszystkie fakty powyższe stanowią pewnego rodzaju potwierdzenie poglądu tych badaczy, którzy, jak Szerszyński, u źródła patogeny choroby Legg-Calvé-Perthesa dopatrują się obok nieprawidłowości kostnienia i rozwoju chrząstki również nieprawidłowości w rozwoju naczyń, które prowadzić mogą do głębokich zaburzeń w ukrwieniu nawet pod wpływem czynników tak nikłych (słaby uraz, drobne zatory), które w warunkach prawidłowych pozostałyby bez większego wpływu na stan ukrwienia.

PIŚMIENICTWO LAT OSTATNICH.

Balensveig, Irvin. Femoral osteochondritis of adolescents and wequælae. Epiphyseal separation of the hip. (Surg., gynecol. a. obstetr. T. 43, Nr. 5, S. 604—614) 2, 719. Berry, John M. A theory as to the cause of Perthes, disease based on roentgenologie findings. (Journ. of bone. joint [surg. Bd. 8. Nr. 2. S. 333—347). 1, 401. Brandes. Die Anfangsbefunde der juvenilen Osteochondritis deformans coxae (Perthes) im Röntgenbild (mit Projektionen). (Zeitschr. f. orthop. Chir. T. 47. S. 72 u. 76. u. 96—101). 2, 30. Brill, E., Ueber sogenannte seltene Formen von Knochenerkrankungen. (Wraczebnoje dielo Jg. 1926. S. 140—149). 1, 718. Brill, W. Beitrag zur Aetiologie der Pertheschen Erkrankung des Hüftgelenkes und der Köhlerschen Metatarsalerkrankung. (Arch. f. orthop. u. Unfall Chir. T. 25 Z. 1. S. 64—83). 1, 94. Chruszcz, Ernst, Beiderseitiger Perthes bei Klumpfuß. (Bresl. Diss. 1926. 36 S.). Climescu, Victor, und D. Ghimus, Zwei Fälle von Osteochondritis juvenilis. (Rev. stiintelor med. Jg. 15, Nr. 12 S. 1118—1123. (Delchef, J., A propos de l'etiologie et de la pathogenie de l'osteochondrite de la hanche. Relation d'un cas. Etude clinique, radiographique. (Rev. d'orthop. T. 13. Nr. 1, S. 5—21). 1, 14. Friedrich, H., Über die Differentialdiagnose der chirurgischen Tuberculose. (Unspezifische Gelenkerkrankungen, primär chronische Osteomyelitis, Perthesche Hüfterkrankung und verwandte Krankheitsbilder, atypische Formen von Meniskuszerreissung, Sklerose des Kniegelenkfettkörpers, generalisierte Drüsenerkrankungen). (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. T. 136, Z. 1, S. 56—91). 1, 197. Galpern, S., und L. Nisnevich Über die Aetiologie der Pertheschen Krankheit im Zusammenhang mit der pluriglandulären Insuffizienz. (Med. biologickeskij žurnal T. 2. Z. 6, S. 48—58). 3, 106. Kidner, Frederick C., An unusual case of Legg-Perthes'disease. (Journ. of bonea joint surg. T. 8. Nr. 3, S. 565—569.) 2, 112. Br. Szerszyński, Przypadek choroby Legg-Calvé-Perthesa, Przegl. Chirurg. 1925. Tom IV. Konjetzny, Zur Kenntnis der Pertheschen und Köhlerschen Krankheit insbesondere der Heilungsvorgänge bei diesen. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 142. S. 33—36). 2, 630. Mac Donald, Colin. The radiological aspect of certain forms of osteochondritis. (Med. Journ. of Australia T. 1. Nr. 16, S. 423—432). 1, 472. Martinez Angel A., Über eine besondere Form der Perthes-Leggschen Krankheit. (Cronica med. mexicana T. 25. Nr. 12, S.

432—440) 3, 559. Mathieu, P. et R. Ducroquet. Osteochondrite et luxation de la hanche. (Bull. de la soc. de pediatri. de Paris T. 24. Nr. 1, S. 43—46). 1, 472. Pollwein, O., Früh- und Spätstadien der Osteochondritis deformans juvenilis coxae. (Brun's Beitr. z. klin. Chir. T. 135, Z. 4, S. 608—623). L, 94. Rivarola, Rodolfo A., Osteochondrale Trophopathie des Hüftgelenkes. (Semana med. T. 33, Nr. 32, S. 400—405) 2, 480. Smarjevic, N., Osteochondritis deformans im Kindes- und Jünglingsalter. (Wraczebnoje dielo Jg. 9, Nr. 3, S. 215—225). 1, 236. Walter. Osteochondritis dissecans und andere verwandte Gelenkerkrankungen (Perthes, Köhler, Deutschländer). (Med. Klinik T. 22, Nr. 37, S. 1433—1434). 2, 180. Williams. E. G. C., The condition called Perthes'disease. (Radiology Bd. 7, Nr. 4. S. 337—339). 2, 396. Crespigny, F. Ch. de, Perthes's disease. (Med. Journ. of Australia T. 2, Nr. 6, S. 191). Deutschländer, Röntgenbilder eines in Ausheilung begriffenen Falles von Perthescher Hüfterkrankung. (Klin. Wochenschr. Jg. 6, Nr. 32 S. 1538. Jungmichel, Gottfried. Die Perthesche Krankheit im Röntgenbild. (Greifswald Diss. 42 S.). Kaiser, Gleichartige, doppelseitige Hüftgelenksaffektion. (Wien. med. Wochenschr. T. 77, Nr. 17. S. 557—558). 3, 747. Meriel et Baillat, Un cas d'osteochondrite de la hanche. (Presse med. T. 36, Nr. 66. S. 1015). 4, 431. Nové-Josserrand. Formes atypiques de l'osteochondrite de la hanche. Revue d'Orthopedie T. IX. Nr. 3. Minar, Frant. Morbus „Legg-Calve Perthes“. (Zeitschr. d. tschechoslovak. orthop. Ges. T. 2. Nr. 5. S. 522—543 T. 543—544). Moreau. Sur un cas d'osteochondrite deformante infantile de la hanche. (Arch. d'electr. med. T. 33, Nr. 526. S. 192—195). 4, 26. Panner, H. J., An affection of the Caputulum humeri resembling Calve-Perthes disease of the hip. (Acta radiol. T. 8, H. 6. S. 617—618). Porro, Nicolo, Sugli esiti delle epifisiti dell'anca. (Radiol. med. T. 15, Nr. 1, S. 12—20). 3, 23. Pryde, Alan, and W. P. Holman. Perthes's disease. (Med. Journ. of Australia T. 1. Nr. 21, S. 753—754). 3, 747. Rocher, H. L., L'authenticite et l'autonomie de l'epiphysite femorale, denommée osteochondrite la hanche ou coxa-plana. Etude radiologique et anatomopathologique de 4 cas. (Arch. d'electr. med. T. 35, Nr. 526, S. 177—191). 4, 25. Rocher, H. L., L'epiphysite femorale denommée osteochondrite de la hanche ou coxa plana existe-t-elle en tant qu'affection autonome. (Arch. franco-belges de chir. T. 30, Nr. 1, S. 24—29). 5, 183. Schmidt, Alex, Zur Aetiologie der Coxa vara und der Pertheschen Krankheit. (Zeitschr. f. orthop. Chir. T. 48, Z. 2, S. 229—239). 3, 813. Valls, Jose, Und Carlos E. Ottolenghi. Fall von Coxa plana. (Rev. de la asoci. med. argentina T. 40, Nr. 253/256, S. 184—187). Wassink, W. F., Über den Einfluss der Osteochondritis juvenis coxae, und auf welche Weise man hier günstigen Einfluss ausüben kann. (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. T. 71. 1. Nr. 12, S. 1529—1531). 4, 25. Wedekind, W. F., Osteochondritis deformans juvenilis coxae. Med. Klinik, T. 23, Nr. 38 S. 1469). Weisweiler, Wilhelm, Zur Kasuistik der Osteochondritis deformans juvenilis (Perthes) des Schultergelenkes. (Kolonja 1926/1927). 30 S. Perthes. Über Osteochondritis deformans Coxae. Klin. Wochen. 1924, Nr. 13. Ciaccia, Salvatore Osteoarthritis deformante infantile dell'anca. (Arch. di Ortop. 44, 497—534). Durham, Herbert A., and Tom A. Outland, Blood calcium and phosphorus in Perthes's disease; a new conception of the etiology. Prelim. report. (J. Bone Surg. 10, 301—305). 5, 545. Evans, T. Garfield. A case of Perthes's disease of the hip. (Brit. med. T. Nr. 3525. 100—101). Irrmann, Ernest. Les lésions radiologiques précoces de la coxalgie et de l'osteochondrite de la hanche. Leur diagnostic différentiel. (Strasbourg med. 88, 223—237. Rev. d'Orthop. etc. 15. 392—410). Kaiser, Hans, Über familiäre Auftreten von Osteochondritis deformans coxae (Perthes). (Wien, inn. Med. 16, 61—72). 6, 483. Pattison, C. Lec. Pseudocoxalgia

Clinical evidence. X-ray appearance, etiology and treatment: With a review of 25 cases. (Brit. J. Surg. 16, 89—105). 7, 23. Quervain, F. de, Über das Wesen der sogenannten Osteochondritis juvenilis des Hüftgelenkes. (Schweiz. med. Wsch. 1928 I, 163—164). 5, 246. Sandoz, Armand, Beitrag zur Frage der Osteochondritis deformans juvenilis (Calve-Legg-Perthesche Krankheit). (Bruns Beitr. 143 189—236). 6, 133. Scholz, Alf. ns, Röntgenologische Beckenstudien zur Frage des Zu-

sammenhangs der Osteochondritis deformans coxae juvenilis und der angeborenen Subluxation der Hüfte, wie es von Calot behauptet wird. (Arch. f. Orthop. 26, 572—480). 6, 123. Zemannsky hr.. A. Philip. The pathology and pathogenesis of Legg-Calve-Perthes' disease. (Osteochondritis juvenilis deformans coxae). (Amer. J. Surg. 4, 169—184). 5, 624. W. Sterling. Trophische, vegetative und Entwicklungsstörungen der Knochen. Z. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1914.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Z oddziału Szp. Św. Łazarza w Warszawie.

(Ordynator: Dr. Wernic)

10 lat stosowania bizmutu w lecznictwie kiły.

Podał

Stefan HIRSZBERG (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 10).

O wartości leku kiłowego przeważnie sądzimy w sposób poglądowy: jeśli wykwity chorobowe znikają, mówimy wówczas, że lek jest dobry; w przeciwnym wypadku posługujemy się terminem: arsenobizmutowa odporność. Co się zaś tyczy zjawisk serologicznych, to czyż wolno nam na podstawie ujemnego odczynu we krwi lub nawet w płynie mózgowo-rdzeniowym sądzić o wartości leku?

Pod kątem widzenia tej ewolucji, jaka zaszła w dziedzinie poglądów na wartość leków przeciwkiłowych, trudno jest czynić zarzuty entuzjastycznym zwolennikom leczenia kiły tylko samym bizmutem. Uważają oni, że t. zw. *ictus tharapeuticus*, osiągnany z łatwością przy pomocy arsenobenzolów w pierwszym okresie leczenia, jest zbyt cenny. Fournier, który leczył 5 tys. przypadków kiły we wszystkich okresach najrozmaitszymi preparatami nierozpuszczalnego i rozpuszczalnego bizmutu (0,08 Bi. metalicznego na dawkę), nie łącząc ich zupełnie z arsenem lub rtęcią, zadaje sobie pytanie, czy 3 lub 4 dni zwłoki w zabliźnieniu się owrodzenia pierwotnego może grać jakąkolwiek rolę w leczeniu kiły, i czy wlewianie dożylnie arsenobenzolu może dać takie gwarancje bezpieczeństwa, jakie daje nam bizmut. Z danych Fourniera wynika, że nawroty nie są częstsze, aniżeli przy stosowaniu arsenobenzolu, i że trwałość ujemnego odczynu we krwi jest stałsza, aniżeli przy arsenobenzolach.

W świetle przytoczonych powyżej rozważań o wartości specyficznej leków zdanie Fourniera wcale nie ma cech zbytowego optymizmu. Na zeszlorocznym Zjeździe Dermatologów w Strasburgu (Bull. de la Soc. Fr. de Dermat. Nr. 7, 1930) ogłoszenie spostrzeżeń niezującego już Fourniera wywołało bardzo ożywioną dyskusję. Poglądy były naogół podzielone. Nicolas, Petges, Simon i Milian tylko częściowo skłaniają się do zdania Fourniera, proponując stosowanie kolejnych okresów leczenia samym bizmutem i samym arsenobenzolem (leczenie sukcesywne).

Przy przeglądzie piśmiennictwa ostatnich lat uderza fakt, że po zastosowaniu poronnego leczenia bizmutem, reinfekcje zdarzają się rzadziej, aniżeli po arsenobenzolu; fakt ten do pewnego stopnia mógłby świadczyć o różnicy w sile krętkobójczej obu tych leków. Sprawa pozostaje dotychczas niewyświetlona, zwłaszcza wobec stosunkowo małej liczby przypadków, leczonych tylko bizmutem, w porównaniu z przypadkami, leczonymi metodą mieszaną.

Wartość bizmutu, jako leku przeciwkiłowego, podnosi jeszcze bardzo słaba toksyczność jego w stosunku do wątroby. Niema dziś nikogo, kto by negował szkodliwość arsenobenzolu dla wątroby. Joltrain stwierdzał, że u wszystkich kiłowych, których wątroba przed leczeniem wykazywała całkowicie normalną czynność, występował po leczeniu pod wpływem zastrzyknięcia mleka wstrząs hemoklazyczny. Wstrząs ten jest wyraźnym dowodem zaburzeń w działalności tkanki wątrobowej, a mianowicie, niedostateczności t. zw. proteopeksji. Wyrazem tej zmiany jest zjawienie się urobiliny i soli żółciowych w moczu, czego nigdy nie obserwuje się po leczeniu bizmutem.

Jeśli ujemny odczyn serologiczny może być do pewnego stopnia sprawdzianem trwałości wyników leczniczych, to, jak już wyżej zaznaczyliśmy, bizmut nie ustępuje pod tym względem arsenobenzolom, a może nawet przewyższa je. W większości przypadków krzywa serologiczna u chorych, leczonych arsenobenzolem i bizmutem, pozostaje na poziomie normy już po pierwszym okresie leczenia. Bizmut jest lekiem tem cenniejszym, że pozwala na przedłużanie pauz pomiędzy poszczególnymi okresami leczenia konsolidacyjnych i naprawia niedbalstwa w leczeniu, do których pacjenci są tak skłonni. Przy leczeniu samym bizmutem odczyn serologiczny staje się ujemne później, aniżeli przy leczeniu kombinowanym; choć z drugiej strony znamy przypadki, gdzie dodatni wynik odczynu nie daje się odwrócić bez względu na rodzaj stosowanego leku.

Zwrócimy się obecnie do odwrotnej strony medalu, a mianowicie, do tych szkodliwości, jakie mogą powstać w przebiegu leczenia bizmutowego. Odróżniamy tu zaburzenia: 1) natury ogólnej i 2) miejscowej. Do najczęściej spotykanych zaburzeń ogólnych należy odnieść t. zw. astenję bizmutową. Powstaje ona zazwyczaj po 5—6-ciu zastrzyknięciach, zwłaszcza przy użyciu przetworów rozpuszczalnych. Najczęstszą przyczyną tych stanów jest przypadkowe przedostanie się środka bezpośrednio do naczynia krwionośnego, na skutek czego powstają zaburzenia ogólnej natury

z silnem osłabieniem, podniesioną ciepłotą, osutką pokrzywkowatą, obraz ten znany jest pod nazwą grypy bizmutowej.

Zatory tętnicze, zdarzające się w przebiegu leczenia bizmutowego, opisywane były bardzo szczegółowo przez rozmaitych autorów, jak Freudenthal, Nicolaou, Barthelemy, Sezary, Vanbrockstaël i inni. Obraz kliniczny jest zawsze mniej więcej jednakowy. Już w kilka minut po zastrzyknięciu, w sposób nagły, występuje wyjątkowo silny ból, trwający przez kilka dni, który niemal unieruchamia chorego. Jednocześnie następuje silny obrzęk pośladka oraz zjawia się na nim osutka wybroczynowa, która znika spontanicznie w ciągu kilku dni, lub do której przylączają się płytkie procesy ropowicze, rzadziej zaś głęboka martwica. Podobne zmiany opisywano i przy leczeniu rtęcią. Jakkolwiek dzisiejsze leczenie z masowem stosowaniem bizmutu nastręcza możliwość częstszego obserwowania podobnych zjawisk, to jednak przypadki zatorowych zmian są względnie rzadkie. W piśmiennictwie opisano ich dotychczas zaledwie 30. Należy zaznaczyć, że we wszystkich tych przypadkach nie było jakiegokolwiek błędu w technice, a samo zastrzyknięcie było dokonane *lege artis*. Fernet usiłuje tłumaczyć, dlaczego w pewnych przypadkach następuje głęboki proces martwicy, w innych znów sprawa kończy się na osutce wybroczynowej. Jego zdaniem, martwica następuje wówczas, kiedy oleista zawiesina dostaje się wprost do światła naczyniowego, procesy zaś płytkie zależne są od przenikania bizmutu do ściany naczynia, naskutek czego dochodzi do czasowego skurczu. Jakiemiż środkami rozporządzamy, aby zapobiec podobnym zdarzeniom? Sezary stwierdza, że klasyczny sposób cofania tłoku celem przekonania się, czy krew nie wpływa do strzykawki, nie daje gwarancji pod tym względem. Nie znaczy to, abyśmy mieli zaniedbywać ten drobny szczegół techniczny. Przestrzega on również przed zastrzykiwaniem w pobliżu pozostałych po uprzednich zastrzykiwaniach ognisk sklerotycznych, które utrzymują naczynia w pewnej określonej pozycji, nie pozwalając im ześlizgiwać się po igle. Wreszcie zastrzyknięcie bizmutu powinno być dokonywane w bardzo powolnem tempie, (jak powiada Brocq „en dormant sur la seringue“) i natychmiast przerywane, jeśli chory odczuwa żywszą, aniżeli zwykle, bolesność.

Osutki uogólnione i erytrodermie po bizmucie należą do niezwyklej rzadkości i mają charakter zupełnie łagodny. To samo dotyczy częściej już spotykanych zaburzeń ze strony skóry. Postacie ciężkie, połączone z pseudo-błoniczemi nalotami lub martwiczym rozpadem, zdarzają się rzadko, i pod tym względem bizmut jest daleko bezpieczniejszy, aniżeli rtęć.

Schorzenia nerek występują raczej w tych przypadkach, gdzie przed leczeniem istniały już zapalne lub zwyrodnieniowe procesy w mięszu nerkowym.

Patogeneza pobizmutowych schorzeń nerkowych jest sporna: jedni autorzy (Clement Simon) uważają, że nerki są wtórnie zaatakowane przez drobnoustroje, wychodzące z jamy ustnej lub dróg jelitowych (Blum), inni znów oskarżają bezpośrednio bizmut (Gougerot). Tzank i Ehlers nie uważają białkomoczu za przeciwwskazanie do stosowania bizmutu, choć większość autorów zgadza się, że bizmut przyczynia się raczej do zaostrzenia tlejących już uprzednio procesów w nerkach. Samoistnie stany podrażnieniowe mogą być wywołane przez wadliwą fabrykację preparatów bizmutowych, która zawierają wolne resztki azotowe. Te ostatnie, wydzielając się przez nerki, mogą uszkodzić ich mięsz.

Może najgroźniejszą komplikacją przy stosowaniu bizmutu są ropnie, jakie niekiedy powstają w miejscu zastrzyknięcia. Ropnie te są natury aseptycznej, rozwijają się niezmiernie powoli, bo nawet w kilka miesięcy po zastrzyknięciu, i zmuszają do dokonania szeregu głębokich nacięć, aż do całkowitego wyeliminowania się zmartwiałych mas. Przebiegiem swoim ropnie pobizmutowe przypominają w dużej mierze obraz, jaki dawniej często obserwowano po zastrzykiwaniach domięśniowych kalomelu.

Prawie wyłączną przyczyną powstawania aseptycznych ropni pobizmutowych jest wadliwy sposób destylacji i zobojętniania substancyj oleistych, wchodzących w skład specyfików fabrycznych.

Trudno byłoby w ramach niniejszego artykułu wyczerpać całkowicie kwestję wartości bizmutu, jako leku przeciwkiłowego. Jego wpływ na kliniczny i serologiczny przebieg kiły jest niewątpliwy. Ujmując sprawę z praktycznego punktu widzenia, można wysnuć następujące wnioski:

1. bizmut jest niezwykle czynnym środkiem przeciwkiłowym, którego siła działania może być porównana tylko z arsenobenzolami,
2. we wczesnym okresie kiły, kiedy chodzi o szybkie zaatakowanie zarazka, bizmut rozpuszczalny stanowi obok arsenobenzolu cenny lek pomocniczy,
3. w przypadkach nietolerancji arsenowej, w leczeniu konsolidacyjnem oraz w kile późnej trzewiowej bizmut jest środkiem niemal niezastąpionym; wyjątki stanowią przypadki kiły ośrodkowego układu nerwowego, gdzie, zresztą, i arsenobenzol jest bezsilny,
4. niepożądane i szkodliwe odczyny uczuleniowe, biotropowe i intoksykacyjne przy stosowaniu bizmutu są bezwzględnie rzadsze i łagodniejsze, aniżeli po arsenobenzolach. Oto przyczyna, dla której w leczeniach konsolidacyjnych wielu autorów zarzuciło arsenobenzol na rzecz wyłącznego stosowania bizmutu.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Histologia i Embrjologia.

P. SŁONIMSKI. O zdolności swoistego samoróżnicowania się presumptynego zawiązka krwi u płazów. (Compt. rend. d. la Soc. de Biol. T, 104, 14, 823-825, 1931).

A. przeprowadził szereg poszukiwań doświadczalnych u

zarodków płazów (aksolotl, żaba trawna, ropucha) w związku z zagadnieniem genezy czerwonych ciałek krwi. W pierwszej serii swych doświadczeń autor usuwał presumptynny materiał wysepki krwiotwórczej, dzięki czemu otrzymał zarodki, nieposiadające czerwonych ciałek krwi w prawidłowo pozbawionym kształtowanym układzie krwionośnym. A. podkreśla, iż u płazów

istnieje już w okresie formowania się listków zarodkowych presumywna strefa krwiotwórcza, której usunięcie nie wpływa ani na rozwój serca, ani śródbłonna naczyniowego i mezenchymy. Żaden jednak z tych składników nie jest w stanie wytworzyć brakujących ciałek czerwonych krwi, rozwijających się włącznie w tej strefie (okolica brzuszna zarodka).

W drugiej serii swych doświadczeń a. miał możność przekonać się, iż pierwotny związek krwi, hodowany poza obrębem ciała zarodka, ma zdolność samoróżnicowania się zarówno pod względem histochemicznym (hemoglobina), jak i morfologicznym (śródbłonek naczyniowy i eiałka krwi).

P. S.

A. B. DAWSON. Zmiany w erytrocytach *Necturus*, związane z wewnątrzkomórkową krystalizacją hemoglobiny. (The Anat. Record, T. 46. № 2, 1930).

Autor podaje szereg ciekawych obserwacji, dotyczących wewnątrzkomórkowej krystalizacji hemoglobiny w czerwonych ciałkach krwi płaza *Necturus*, poprzednio trzymany przez dłuższy przeciąg czasu w słabym roztworze octanu ołowiu (1: 20,000).

A. obserwował wykrystalizowywanie się hemoglobiny w obrębie erytrocytów, rozmieszczonych na obwodzie kropli krwi poddanej szybkiemu wyschnięciu jeszcze przed przykryciem jej szkiełkiem przykrywkowym.

Hemoglobina wykrystalizowuje we wspomnianych wyżej warunkach całkowicie lub tylko częściowo.

Liczba kryształów, obserwowanych w poszczególnych erytrocytach bywa zmienną, najczęściej autor spotykał od 1 do 3.

Według Dawsona procesowi krystalizacji wewnątrzkomórkowej współtowarzyszy zmniejszenie lepkości zarodki oraz uwidocznienie się błony komórkowej. Wielkość kryształów bywa różna, czasem osiągając znaczne rozmiary, powodują one wyraźną zmianę kształtu czerwonych ciałek krwi.

Piotr Słoniński.

S. KURASHIGE. Znaczenie fizjologiczne substancji Golgiego w erytrocytach niektórych płazów i gadów. (Fol. anat. jap. T. 8, 1930).

Autor w związku ze swą pracą poprzednią dotyczącą znaczenia fizjologicznego substancji Golgiego w czerwonych ciałkach krwi japońskiej salamandry olbrzymiej, przeprowadził analogiczne poszukiwania (metodą Kolatschow-Nassonowa) nad erytrocytami płaza *Hynobius* i żółwia *Trionyx*. W krwinkach wspomnianych zwierząt substancja Golgiego występuje w postaci ziarenek lub krótkich włókienek. Autor przypuszcza, iż substancja Golgiego powstaje z substancji jądrowej po jej przeniknięciu poza błonę jądrową (t. zw. „Golgi speck”). W dalszym ciągu K. przyjmuje, iż owa substancja przekształca się z kolei na swoiste ziarenka, które następnie ulegają usunięciu poza obręb komórki (podobnie jak „segregation apparatus” Dawsona).

Na zasadzie tych obserwacji autor przyjmuje, iż substancja Golgiego nie jest specjalnym organoidem komórkowym, lecz stoi w związku z procesem wydalania.

Piotr Słoniński.

G. HIRSCH i W. BUCHMANN. W sprawie analizy reakcji bieli rongalitowej. Wykazanie wewnątrzkomórkowej oksydo-redukazy L. M. (Zeit. f. Zellforsch. und. Mikr. Anat. 11 tom. 2 zes. 1930 r.)

Autorzy przeprowadzali swe badania na wardze ustnej szczura, obserwując komórki poszczególnych warstw korzenia włosa, — oraz na gruczolach jelitowych u raka (*Astacus*). Skrawki do badań histologicznych sporządzali na mikrotomie zamrażającym, jak również wprowadzili nową technikę (nie gorszą od poprzedniej) — a mianowicie, utrwalanie materia-

łów w 15% formalinie i krajanie bloków parafinowych. Autorzy wykazali, że tylko biel rongalitowa jest barwnikiem specyficznym na reakcję oksydo-redukcyj, podczas gdy takie barwniki, jak: błękit metylenowy, pemalaun, kw. pikrynowy i fiolet obojętny - ekstra, — barwią tylko podłoże powyższej reakcji, t. j. pewien kompleks związków koloidowych, nie wchodząc z niemi w żadną reakcję chemiczną. Stąd też autorzy rozróżniają, jako dwie zupełnie odrębne sprawy: samą „reakcję bieli rongalitowej” i „podścielisko reakcji bieli rongalitowej”. Utrwalanie w alkoholu absolutnym niszczy reakcję, nie niszczy zaś zupełnie jej podścieliska. Badania nad pochodzeniem tlenu, który bierze udział czynny w samej reakcji bieli rongalitowej, wykazały, iż pochodzi on z zarodki komórki. W doświadczeniu powyższym usuwano tlen przez działanie wodoru na środowisko komórki i na samą komórkę.

W dalszym ciągu, stosując czynniki zabijające fermenty, jak: temperatura 80°C., promienie pozafioletkowe, cjanowodór i pyrofosforan sodu, — autorzy doszli do wniosku, iż w związku przyczynowym z oksydo-reakcją stoi jakiś ferment komórkowy.

Nie przesądzając charakteru ani chemicznego, ani fizycznego tego fermentu, autorzy nazywają go, ze względu na zachowanie się w stosunku do reakcji bieli rongalitowej, — oksydo-redukazą L. M. (Leukometylenblau);

Reakcje wyżej wymienionych barwników, stosowane na wyciągi z komórek, dały zgodne wyniki z badaniami na skrawkach, co potwierdza udział fermentu w zjawisku oksydo-redukcyj. Szczegółowe badania przeprowadzono nad stosunkiem reakcji bieli rongalitowej do czynności sekrecyjnej komórki. Okazało się, iż reakcja podlega jakościowo i ilościowo wahaniom w zależności od momentu sekrecji.

Badając reakcję bieli rongalitowej w płazmie i jądrze, autorzy przychodzą do wniosku, iż te dwa procesy należy odróżniać, gdyż w jądrze reakcja powyższa zachodzi prawdopodobnie przy żelazie, jako katalizatorze, w płazmie zaś związaną jest li tylko z obecnością oksydo-redukazy L. M.

Zdzisław Łapiński.

Choroby kobiet i położnictwo.

Prof. Rud. Th., von JASCHKE. Therapie der Komplizierten Schwangerschaft. (Georg Thieme Lipsk 1931).

Książka składa się z trzech rozdziałów.

Pierwszy omawia powikłania, spowodowane anomalią jaja płodowego oraz błon płodowych (choroby doczesnej, kosmówki, owodni; anomalje łożyska i sznurka pępkowego; śmierć płodu podczas ciąży, ciąża zewnątrzmaciczna).

W drugim rozdziale autor zajmuje się powikłaniami, zależnymi od schorzeń organizmu matczynego, znajdujących się w przyczynowym związku z ciążą. Do nich należą: zatrucie kiszkowe (*ptyalismus, hyperemesis gravidarum*); *hepatopathia* i *nephropathia gravidarum*; *eclampsia*; choroby skórne i osteomalacja.

W trzecim rozdziale opisane są powikłania, niezależne od ciąży, a więc gruźlica, cierpienia narządu naczyniowego, ostre choroby zakaźne, choroby nerek, gruczolów dokrewnych, narządu oddechowego i trawiennego, choroby krwi, cierpienia psychiczne i schorzenia ginekologiczne (*gonorrhoea, syphilis* anomalje pochwy, sromu i macicy, nieprawidłowe położenia macicy oraz poronienie).

Wykład — jasny, przejrzysty. Ścisłość, przy dokładnym wyczerpaniu przedmiotu nadaje dziełku Jaschkego (77 str.) piętno wyjątkowej jędrności. O każdej sprawie daje autor krótkie i praktyczne wskazówki z uwzględnieniem najnowszych sposobów leczniczych.

Zygmunt Endelman.

www.dlibra.wum.edu.pl

W. ARNOLD, J. KOERNER i E. MATHIAS. W sprawie patologii nowotworów o wpływie morfogenetycznym. Późna wznowa nowotworu jajnika i odmłodzenie śluzówki macicy. (Virchows Archiw r. 1930 T. 277, z. 1).

Niniejsza praca jest przyczynkiem do rozległego zagadnienia, zajmującego się sprawą czynności hormonalnej nowotworów, rozwijających się z gruczołów wydzielania wewnętrznego, pozatem zwraca uwagę na dane, dotyczące rozpoznawania nowotworów jajnika u kobiet w okresie przekwitania. Badania nad czynnością hormonalną nowotworów zapoczątkował przed 20 laty Askana z y. Następnie zjawiał się szereg prac z tegoż zakresu. Dzisiaj nie ulega, zdaje się, wątpliwości, że nowotwory gruczołów dokrewnych mogą przejmować na się czynność hormonalną tkanki macierzystej. Przykładem, popierającym ten pogląd, ma być ogłoszony w niniejszej pracy przypadek. Dotyczy on 63 l. kobiety, u której przed 20 laty usunięto oba jajniki z powodu niewątpliwego raka lewego jajnika. Po upływie 16 lat powtórna laparatomja z powodu stwierdzonego guza w jamie brzusznej i znacznych bólów krzyża. W czasie drugiego zabiegu usunięto guz, wielkości głowy dziecka, leżący koło macicy, i duży przerzut z sieci, pozostawiono zaś liczne drobne guzki w sieci i pod otrzewną. Guzy usunięte miały identyczne utkanie z guzem lewego jajnika, usuniętym w czasie pierwszego zabiegu. W ciągu następnych 4 lat chora przybrała na wadze 10 kg i czuła się dobrze. Z powodu krwawień macicznych wykonano skrobanie macicy i stwierdzono *hyperplasia mucosae ceticam*. Macica była powiększona, długość jej, zmierzona zgłębniem w czasie skrobania, wynosiła 8 cm. W parę miesięcy po skrobaniu chora zmarła. Sekcja stwierdziła rozległe przerzuty nowotworowe: jamy Douglasa, wątroby, gr. limfatycznych-otrzewnowych, zaotrzewnowych, krezkowych, wnęki wątroby, tkanki podotrzewnowej, głównie w zagięciu kątniczo-krętniczem, żeber i kręgosłupa. Rozrost polipowaty śluzówki macicy. Przerost macicy. Ogólną otyłość. Z danych sekcyjnych, pomijając przerzuty nowotworowe, zasługuje na uwagę: 1. przerost macicy, która odpowiada wielkości macicy w 2—3 miesiącu ciąży, zwłaszcza zaś 2. zmiany mikroskopowe jej śluzówki o wyglądzie niemal klasycznie doczesny.

Budowa mikroskopowa guza pierwotnego (jajnika), guzów, usuniętych w czasie drugiego zabiegu, oraz guzów, stwierdzonych sekcyjnie była identyczna. Objawy kliniczne w postaci krwawień macicznych w okresie poklimakteryicznym, powiększenia macicy, rozrostu torbie'owatego jej śluzówki oraz stwierdzonego po śmierci utkania doczesnego tejże śluzówki dowodzą, że w w danym przypadku chodzi o nowotwór z właściwościami morfogenetycznymi, dzięki którym przyszło do odmłodzenia starczej macicy.

Autorzy omawiają szereg przypadków z piśmiennictwa, dotyczących nowotworów jajnika i objawów klinicznych, towarzyszących tym nowotworom, i dochodzą do następujących wniosków: Są guzy jajnika, które wywołują przerost śluzówki macicy; mogą one odmładać macię i być powodem krwawień macicznych. Szczytem działania hormonalnego tych nowotworów jest rozwój doczesny w macicy starych kobiet. Badanie mikroskopowe wyskrobin ma duże znaczenie rozpoznawcze, gdyż każdy rozlany rozrost śluzówki u starszych kobiet może wskazywać na obecność guza jajnika. Nowotwory, rozwijające się z komórek gr. dokrewnych, mogą przejmować na się ich czynność i posiadać wpływ morfogenetyczny. Czynność komórek macierzystych i powstawających z nich kom. nowotworów nie jest identyczna. Z małymi wyjątkami można rozpoznać wytwarzające hormony nowotwory po ich czynność morfogenetycznej.

W. Czarnocki.

H. GUTHMANN i K. ERHARDT. Fizjologiczne granice rozszerzenia moczowodów w ciąży. (Ztbl. f. Gyn. 1931 № 6).

U zupełnie zdrowych i na nic nie skarżących się kobiet ciężarnych bywają często moczowody rozszerzone do grubości wielkiego palca bez objawów zastoj. Zdjęcie boczne i czołowe wykazuje, że moczowody podczas ciąży są przemieszczone ku przodowi i na bok. Rozszerzenie moczowodów tylko wtenczas można uważać za chorobliwe, jeżeli jednocześnie stwierdza się dolegliwości i chorobliwy stan nerek.

S.

H. ZIELKE. W sprawie podwiązania żył w ropnicy. (Ztbl. f. Chir. 1931 № 7).

U kobiety, u której na 7 dzień po porodzie wystąpiły dreszcze. podwiązano zewnątrzotrzewnowo żyłę nasienną i żyłę pustą z obu stron. Po stronie lewej żyła była zaczipowana. Dreszcze natychmiast ustały. W drugim przypadku było zakrzepowe zapalenie żyły i zropienie stawu kolanowego z dreszczami. Po podwiązaniu lewej żyły biodrowej zewnętrznej zewnątrzotrzewnowo nastąpiło wyzdrowienie.

S.

Choroby dzieci.

LANGSTEIN. Prawidłowe stosowanie wapnia w wieku dziecięcym. (D. m. W. N. 50. 1930).

Zakres stosowania wapnia u dzieci jest b. szeroki: tężyczka, napady drgawkowe, skurcz krtani, gruźlica gruczołów przyoskrzelowych, podrażnienie nerwowe dzieci starszych, zaburzenia snu. Nierzadko dobre wyniki otrzymuje się również przez podawanie wapnia przy nieokreślonych zaburzeniach w okresie wzrostu szybkiego u dzieci.

Przeprowadzenie leczenia natrafia czasem na duże trudności z powodu złego smaku *calcium chloratum crist.* lub *siccum*, inne zaś sole wapnia, jak fosforany i mleczany, musiałyby być podawane w ilościach b. dużych i to z wynikiem niepewnym.

Sprawę rozwiązało wprowadzenie przez autora, już przed 6 laty, soli wapniowej kwasu malonowego, który przy wysokiej procentowej zawartości wapnia i takiej samej sile działania, jest bez smaku i może być z łatwością domieszany do jedzenia, 8 gr. tej soli równa się 5 gr. *calcium chlor. siccum*.

Działanie lecznicze preparatów wapniowych ma swój wyraz w podniesieniu się jego poziomu we krwi. Badania autora dowodzą, że takie same zmiany otrzymamy we krwi po podaniu 8 gr. soli kw. malonowego, co i po 5 gr. *calc. chlor.* a nawet już 5 gr. ma wystarczające działanie lecznicze.

Leczenie wapniem polega w pierwszej linii na podawaniu go *per os*, a ponieważ, szybko się on wydalą z ustroju, skutek można będzie osiągnąć, o ile uda się go stosować przez czas dłuższy przy dobrej asymilacji w ustroju.

Osekom daje się w końcu pierwszego roku życia przy objawach drgawkowych 5—8 gr. soli kw. malonowego *pro die*, dzieciom starszym 10—15 gr. w gruźlicy, 3—5 gr. przy zaburzeniach nerwowych.

St. Luxenburg.

FREUD. W sprawie podawania wapnia dzieciom i osekom. (Med. Klin. N. 2. 1931).

Wiadomo, że kiełki siodu zawierają obficie witaminy A. B. D. E. oraz fosfor i wapień; ten ostatni jednak w ilość, stosunkowo b. małej.

Preparat „pro Ossa”, fabryki Promonta, posiada w swym składzie, oprócz wyżej wymienionych witamin, sole wapnia w postaci związków sproszkowanej substancji kostnej, co ra-

zem daje połączenie b. łatwo wchłaniające się w ustroju. „Pro ossa” zawiera także zaczyny i hormony żółdkowe.

Połączenie tych związków nadaje się wyśmienicie do stosowania w okresie rekonwalescencji, dla podniesienia wagi ciała, dzieci wątłych, w tych wszystkich przypadkach, w których koniecznym jest dostarczenie ustrojowi wapnia, a więc; krzywica, wypryski śwędzące, skłonności do katarów i zapaleń oskrzeli.

„Pro ossa” został wypróbowany z b. dobrym skutkiem w 14 przypadkach krzywicy, 19 przyp. dermatoz, skazy wysiękowej, egzem i w 9 przyp. przewlekłych katarów i zapaleń oskrzeli.

Skuteczne działanie, możność łatwego przyswajania, dobre znoszenie preparatu oraz nieszkodliwość i dobry smak stawia go w pierwszym rzędzie przed innymi środkami tej grupy.

St. Luxemburg.

WOLFF. Djeta jabłkowa Moro w leczeniu biegunek.
(D. m. W. 52. 1930).

Leczenie biegunek djetą jabłkową było uznane już od dawna, wprowadzone zaś zostało ponownie do lecznictwa przez Moro i poparte jego autorytetem.

Technika jest prosta i dzięki temu nadaje się też do praktyki prywatnej. Wskazaniem do zastosowania są wszelkie stany biegunkowe u dzieci bez względu na ich etiologię. Jedynie b. małe dzieci i takie, u których wystąpił znaczny spadek

wagi, nie powinny być leczone w ten sposób. Djeta ta nie wymaga żadnego przygotowania, żadnych środków czyszczących lub stosowania herbaty. Przez 2 dni podaje się za każdym razem 100—200 a nawet 300 gr. u dzieci starszych papki z jabłek surowych. Niezmiernie ważne jest, aby oprócz tego dzieci nic więcej nie otrzymywały. Jedynie w przypadkach silnego pragnienia dajemy nieco zimnej herbaty lub wody. U bardzo wyniszczonych i z dużym spadkiem wagi roztwór soli kuchennej lub cukru gronowego podskórnie.

W 100 proc. otrzymano dobre wyniki. Ustępowały wymioty i biegunki i już drugiego dnia diety jabłkowej zjawiał się stolec sformowany, a czasem zaparcie, które ustępuje przy powrocie do diety mieszanej.

Dla osiągnięcia pewnego wyniku należy dietę tę przeprowadzić przez dwa dni, poczem, według Moro, przez dwa-trzy dni podawać dietę przejściową obfitą w białko z małą ilością mleka i pozbawioną jarzyn.

Jeżeli dieta przejściowa nie była ściśle zachowana, to stolce mogą się znów pogorszyć. Jednak wówczas ponowne zastosowanie diety jabłkowej na 1-2 dni uspokaja sprawę i pozwala potem przejść bezpośrednio na dietę mieszaną.

Zdarza się to najczęściej w przypadkach biegunek przewlekłych. W ten sposób leczono 150 dzieci w znacznej większości z biegunkami ostremi. W 5 przypadkach klinicznej czerwonki wynik również był dobry. W 1 przypadku *colicae muco sae* w przeciągu 2 dni nastąpiło wyleczenie. Nie należy jednak schematyzować i dietę jabłkową można stosować czasem do 4 dni.

St. Luxemburg.

Wskazówki praktyczne

Przeciwno szumowi w uszach w okresie przekwitania stosują Friedländer i Sommer następującą kurację: 3 razy dziennie po jedzeniu po jednej pastylce *Polyhormonu* i jednocześnie po jednej pastylce *Climasanu*; co drugi dzień kąpiel ciepłoty 27°R, stopniowo ochładzana w ciągu 10 minut do 24°R; po kąpiele masaż; w dniach wolnych od kąpiele zawinięcie w koc przed snem. (Mtschr. f. Ohrhkl. T. 63. Z. 10).

—o—

W leczeniu ropnia płuc stosuje Iljaschenko, po uprzednim znieczuleniu, wielokrotne *wstrzykiwanie do tchawicy antivirus Besredki* lub mieszanki: *Guajacol*, ol. *Eu. calypt. ana 5,0; Menthol 0,12; ol. olivar. 100,0* oraz dożylnie 25% cukier gronowy. (Mtschr. f. Ohrhkl. T. 64. Z. 10/11).

—o—

W średnio ciężkich przypadkach *otosklerozy* otrzymywał Birkholz dobre wyniki leczenia *wstrzykiwaniami dożylnymi bromku wapnia* -- 12 iniekcji po 5 ctm.³ 10% roztworu w ciągu 6 tygodni. (Mtschr. f. Ohrhkl. T. 64. Z. 5).

—o—

Praktyczny sposób *wyjaławiania leków do zastrzykiwań*,

zamiast gotowania, którego wiele leków nie znosi, podaje E. Leschke: dodaje się 0, 2% *Nipasolu* (ester propilowy kwasu oksybenzoowego), który utrzymuje lek w stanie jałowym. W ten sposób, zamiast przechowywania leku w kosztownych ampułkach, można go trzymać we flaszczkach, zamkniętych kapslem gumowym. (M. m. W. 1930 Nr. 47).

—o—

W *ostrem zapaleniu nerek*, grożącym bezmoczem, radzi Eppinger stosować *diatermję*: jedna elektroda szerokości 30 ctm., grubości 12 ctm. na okolicę nerek, druga—większa—na brzuch; siła prądu 1,5—3 amper; czas stosowania około 2 godzin. Zaraz po takim posiedzeniu zaczyna się wydalanie moczu. Diatermja może być stosowana codziennie, w razie potrzeby nawet częściej. (Kl. W. 1930 Nr. 44).

—o—

Weis przypomina polecony przez Biera środek na *przerwanie rozpoczynającego się ostrego nieżyty nosa*: z chwilą powstania drapania w gardle, kichania i kręcenia w nosie wypić szklanekę wody z jedną kroplą jodiny. Weis wypróbował ten środek na sobie z jaknajlepszym wynikiem. (M. m. W. 1930 Nr. 47).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.
Sekcja kliniczna.

Posiedzenie z dn. 25.X.1930 r.

1. E. Leyko. Nowsze środki nasercowe
2. J. Typograf. O leczeniu chorych sercowych (Wydrukowane w „Warsz. Czas. Lek”. 1931 N. 9).

Posiedzenie z dn. 8.XI.1930 r.

Pokazy:

1. K. Rachoniowa i N. Pryłucki. *Przypadek współlistnienia bloku i migotania przedsionków.*
2. E. Herman i B. Karbowski. *Przypadek ropnia mózgu, powikłany ropnem zapaleniem opon, leczony chirurgicznie metodą Lemaitrea.*

Chora 20-letnia cierpiała od lat dziecińczych na ropienie z prawego ucha. Była niejednokrotnie leczona przez specjalistów bez widocznego rezultatu. W pierwszych dniach września r. b. chora zaczęła wysoko gorączkować. Na naradzie internisty ze specjalistą chorób uszu nie udało się wykryć pewnych objawów powikłania wewnątrzczaszkowego. Tego samego dnia wystąpiły u chorej drgawki, które rozpoczynały się od lewej połowy twarzy i kończyły i przechodziły natychmiast w drgawki ogólne. Badanie chorej tego samego dnia wykazało: brak błony bębenkowej prawej; w przewodzie b. skąpa cuchnąca wydzielina; w tylnym górnym odcinku ziarnina wydobywająca się z uchylką jamy bębenkowej. Chora leniwie odpowiadała na pytania i robiła wrażenie zamroczonej. Badanie układu nerwowego (Dr. Herman) wykazało: brak odruchów kolanowych, Babiński ujemny; Gordon dodatni; brak porażen; dno oczu normalne; brak objawów oponowych. Na zasadzie wywiadów i stanu obecnego rozpoznany został ropień mózgu w prawym zrazie skroniowym. Na zaproponowany zabieg rodzina nie zgodziła się. Powtórne badanie po dwóch dniach wykazało: chora nieprzytomna; wybitna sztywność karku; Kernig, Brudzinski wyraźnie zaznaczone; ogólna przeczulica.

Operacja w znieczuleniu eterem. Wyrostek eburneowany, zatoka esowata wysunięta ku przodowi, jama sutkowa — wielkości orzecha leśnego, wypełniona zropląta masami perlistymi; środkowa jama na małej przestrzeni obnażona. Dokonana została operacja doszczętna. Nakłucie zrazu skroniowego wykazało obecność cuchnącej nawpół płynnej masy czerwonego koloru. Nakłucie ledźwiowe wykazało, że płyn jest mętny. Po 24 godzinach dokonano w tym samym miejscu nakłucia zrazu skroniowego, i po rozszerzeniu otworu wprowadzony został cienki szklany dren. Po 48 godzinach wprowadzony został dren o średnicy 6 milimetr. Drenu tego nie zmieniono w ciągu 3-ch tygodni. Już na 10-y dzień po dokonaniu operacji temperatura spadła do normy; objawy oponowe ustąpiły, a odruchy kolanowe wróciły do normy.

W końcu 4 tygodnia wprowadzony został lipojodol do drenu, poczem dokonane zostało zdjęcie rentgenowskie, które wykazało, że jama ropnia wypełniona jest ziarniną. Dren wtedy usunięto bez szkody dla chorej. Stan chorej jest dobry; znajduje się pod dalszą obserwacją.

Dyskusja:

Z. Srebrny omawia szczegóły kliniczne ropnia mózgu na podstawie 7 własnych przypadków, z których 3 były operowane. Podniósł między innymi, że występowanie drgawek w przebiegu ropnia mózgu elai neny do rzadkości. Nasuwają się wątpliwości, czy metodę operowania Lemaitrea można uważać za dobrą. S. uważa, że utrzymanie drenu w ciągu 3 tyg. jak to miało miejsce w przedstawionym przypadku, nie jest odpowiednie. Jeżeli w danym przypadku nie uległ on zatkananiu, to chyba tylko dlatego, że w chwili założenia drenu ropienie już ustało.

S. Goldflam: Że zraz skroniowy prawy nie jest tak zw. niemą okolicą mózgu, dowodzi fakt, że kol. Herman postawił od razu dobre rozpoznanie ropnia. Oprócz wymienionych przez kol. Hermana objawów są jeszcze inne, jak np. porażenia w obrębie n. okoruchowego, wypadnięcia pola widzenia w układzie kwadrantów, na co głównie amerykańskie (Cushing) zwracają uwagę. W przypadku przedstawionym zwraca uwagę brak odruchów ścięgniowych na kończynach dolnych. Nie mogło to zależeć od ropnia skroniowego, lecz od współistniejącego ropnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, tymczasem kol. H. referował, że sztywności karku i Kernig nie było. Może więc istnieć *meningitis cerebri — spinalis purulenta* bez tych charakterystycznych dla tego cierpienia objawów.

Odczyt:

N. Zandowa. O drgawkowości wieku dziecięcego (odczyt ukazał się jako wykład lekarski przy „Warsz. Czasop. Lekarsk.“).

Dyskusja:

M. Erlichówna. Pedjatrzy i neurologi ujmuje drgawkowość u dzieci pod różnym kątem widzenia, i dlatego uzgodnienie poglądów w tej dziedzinie jest korzystne. Prelegentka słusznie zaznaczyła, że stany drgawkowe u dzieci są mniej groźne, niż u dorosłych. Wyłączyć jednak należy pod tym względem drgawki u noworodków. E. podkreśla, że czasem trudno jest rozstrzygnąć, czy powodem ich jest zamartwica, czy też wylew podskórny.

Do tak zw. drgawek od ząbkowania ogół pedjatrów odnosi się obecnie z wielką rezerwą. U dzieci, wykazujących skłonność do drgawek, drgawki mogą być wywołane przez przygodne cierpienie zakaźne, jak, na przykład, zapalenie miedniczek, czerwotka. W tych przypadkach E. rozpoczyna leczenie cierpienia zakaźnego od podawania bromu, by w ten sposób uniknąć możliwego wystąpienia drgawek.

Biro, nie kwestjonując tezy Zandowej, że barjera (opony) może mieć znaczenie w powstawaniu padaczki, zapytuje, czy wyłączone jest możliwość występowania padaczki w doświadczeniach prelegentki w następstwie urazu odpowiednich ośrodków mózgowych. W sprawie padaczki B. w pracy swej ułożył tablicę, według której niema wieku, w którymby padaczka nie mogła się zacząć. Co się tyczy dziedziczności padaczki, to B. wykazał, że padaczka nie jest tak częsta o dziedziczna, jak przypuszczano. Padaczkę dziedziczną dzieci neuropatów, alkoholików częściej, niż dzieci epileptyków. Rzecz ta jest ważna w związku z zezwaniem na małżeństwa epileptyków.

Flatau, omawiając patogenezę i obraz chorobowy padaczki, wysuwa punkty styczne między padaczką i migreną. W obu tych cierpieniach dochodzi do wyzwalania się napadów w następstwie nagromadzających się w ustroju nieznaną substancję toksycznych. Upodobnić to można do wyładowań burzy z następującym po niej spokojem. Szczególnie jaskrawo uwidatnia się to czasem u chorych na migrenę, u których wyjątkowo dobre samopoczucie, zjawiające się tuż po napadzie, jest tak znacznym dobrodziejstwem, że spotyka się chorych, dla których sam dokuczliwy napad migreny przestaje być złem, którego należałoby się obawiać. Kumulowanie w ustroju nieznaną substancję toksycznych z ich powolnym działaniem na ustroj i występujące co pewien czas gwałtowne wyładowanie się ich działania pod postacią napadów — stanowi zasadnicze podłoże patogenetyczne epilepsji i migreny. O ile jest rzeczą prawdopodobną, że w migrenie substancje toksyczne oddziałują na naczynia mózgowe, o tyle sprawa ta nie jest wyjaśniona w padaczce. Niewiadomo, czy substancje toksyczne działają tu też na naczynia, czy też, przedostając się przez barjerę ochronną, działają bezpośrednio na korę mózgową i na inne aparaty mózgowia. Doświadczenia na świnkach z wprowadzaniem substancji toksycznych do IV-ej komory drogą nakłucia podpotylicznego ilustrują, że bardzo są liczne substancje, mogące wywoływać napady drgawkowe podobne do epileptycznych. Nie można jednak napadów tych utożsamiać z epilepsją ludzką. Padaczka samoistna ma niewątpliwie swój odrębny mechanizm powstawania, prawdopodobnie zawsze jednaki, stanowiąc też i pod względem patogenetycznym jednostkę chorobową *sui generis*.

Goldflam: Twierdzenie, że padaczka w wieku dziecięcym zdarza się rzadko, sprzeciwia się codziennemu doświadczeniu, które wykazuje, że u epileptyków początek napadów sięga lat dziecięcych; przeciw wpływu dziedzicznego, neuro-psychopatycznego grają tak ogromną rolę w tem cierpieniu. Tam, gdzie padaczka występuje w wieku późniejszym, należy podejrzewać głębokie cierpienie mózgu, m. i. może nowotwór mózgu dawać przez długie lata jako jedyny objaw napadów drgawek ogólnych. W dawnej medycynie robaki (*helminthiasis*) przytaczane były, jak i ząbkowanie, jako częste przyczyny napadów drgawkowych. Piknolepsja czyli „kleine gehäufte Anfälle“ nie ma nic wspólnego z *absence epileptique*, nie towarzyszy jej zupełna utrata przytomności, nigdy nie prowadzi do osłabienia władz umysłowych mimo wielkiej częstości napadów, lecz się sama z nastaniem dojrzałości. To samo da się powiedzieć o narkolepsji z tem zastrzeżeniem, że cierpienie to może przetrwać do późniejszego wieku.

Brokman: Podział i nomenklatura stanów drgawkowych jest w pedjatrji zupełnie ustalona. Pod pojęciem eklampsji rozumiemy drgawki uogólnione, które mogą mieć różnorodne przyczyny, stanowiąc jednocześnie jedną z postaci spazmofliji czyli tężyczki, obejmującej jeszcze dwie postaci: tężyczkę w ścisłym znaczeniu tego słowa oraz kurcz głośni. Teorja Freudenberga i Gyorgego co do sposobu powstawania tężyczki nie jest hipotezą, lecz niewątpliwem tłumaczeniem patogenetycznym prawie wszystkich przypadków tężyczki. Teorja ta dała podstawę do postępowania leczniczego w postaci zakwaszenia ustroju, którego skuteczność jest powszechnie uznana.

Zandowa odpowiada, iż podkreśliła w przemówieniu powagę drgawek u noworodków, jako zjawiska patognomicznego dla wylewów krwawych. Drgawki, występujące w jej doświadczeniach na zwierzętach, nie mają być tłumaczone podrażnieniem odpowiednich ośrodków mózgowych, gdyż występowały przy zranieniu różnych części, a nawet płatów potylicznych.

Co się tyczy rzadkości występowania padaczki samoistnej w niemowlęctwie, to twierdzenie to wypowiedział doskołały znawca zagadnienia — Binswanger.

Dr. Brokman broni stanowiska pedjatrów i ich klasyfikacji stanów drgawkowych. Jednakże przeczytał on, iż w wielu podręcznikach chorób dziecięcych znajduje się oddzielna grupa pod nazwą drgawek eklamptycznych, co wobec istnienia

„drgawek okolicznościowych” oraz „klampsji tężyczkowej” nie znajduje żadnego uzasadnienia — ani teoretycznego, ani klinicznego.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

W Towarzystwie Przyrodniczo-Lekarskiem w Münster przedstawił R ô h r 13-letniego chłopca ze *splenomegalją*, u którego obok przedstawił powiększenia śledziony stwierdzono niedokrewność wtórną umiarkowanego stopnia, wybitną leuko- i trombopenję oraz urobilinurję. Objawy te przemawiały za obrazem chorobowym, opisanym przez Franka pod nazwą *Hypoleukia splenica*. Rozpoznanie to było potwierdzone przez nakłucie szpiku kostnego.

(Kl. Woch. 1931 Nr. 10).

Na tem samym posiedzeniu G r ä v l i n g h o f f przedstawił dziewczynki — 10-letnią i 16-letnią —, które przed rokiem były operowane z powodu *Hypoleukia splenica* z dobrym skutkiem. Obie dziewczynki mają się dobrze, obraz krwi prawidłowy. Trafne rozpoznanie tego rodzaju splenomegalji jest nader ważne, gdyż ewentualne leczenie rentgenowskie tych przypadków byłoby szkodliwe.

(Kl. Woch. 1931 Nr. 10).

W Wiedeńskim Towarzystwie medycyny wewnętrznej przedstawił F r i s c h chorą, która w listopadzie r. 1930 była dotknięta *krwiopluciem*. Badanie płuc kliniczne i rentgenowskie dawało stale wynik ujemny, ciepłota wyżej 38,0, po lewej stronie *pleuritis diaphragmatica*. Posiew krwi według *Loewenstefna* wykrył *laseczniki gruźlicy* i był w tym przypadku jedynym sposobem postawienia trafnego rozpoznania. Wszystkie środki lekarskie włącznie z odmą sztuczną zawiodły, krwioplucie ustało spontanicznie.

(Med. Klin. 1931 Nr. 10).

W temże Towarzystwie R e i t t e r i L o e w e n s t e i n zdawali sprawę z badania zwłok 24 chorych, którzy po 7 miesięcznym pobycie w szpitalu zmarli, z powodu niewyównanej wady zastawki dwudzielnej. Pięć miesięcy przed śmiercią objawy gościca stawowego. W tymże czasie 2 razy posew krwi na laseczniki gruźlicy dodatni, później 2 razy ujemny. Sekcja wykazała: umiarkowane obrzmienie gruczołów kręzkowych, wybitne obrzmienie gruczołów śródpiersia z typowymi gruzelkami. Zajęte w swoim czasie stawy bez zmian. Mówcy uwzględniają możliwość związku między bacyllemją gruźliczą a ostrym gościcem stawowym. Z pomiędzy 27 zbadanych przypadków ostrego gościca wielostawowego w 22 otrzymano, na wysokości stanu zapalnego stawów — dodatni wynik hodowli krwi.

(Kl. Woch. 1931 Nr. 10).

Z j a z d y

VII-y międzynarodowy Zjazd Przeciwgruźliczy w Oslo.

Ostatni międzynarodowy Zjazd przeciwgruźliczy odbył się w sierpniu 1930 w Oslo.

Zgromadził on mniej uczestników, niż uprzedni zjazd w Rzymie, jednakże i w Norwegji zebrało się przeszło 700 członków, reprezentujących 34 narody.

Z pośród zapisanych na liście 726 uczestników pierwsze miejsce liczbowo zajmowali sami Norwegowie (137), po nich Francuzi (84), Niemcy (76), Włosi (75), Amerykanie północni (55), na szóstym miejscu byli Polacy (53), a potem dopiero szli Szwedzi (39), Czechosłowacy (22), Rumuni (18), Szwajcarzy (18), Hiszpani (15); z innych państw była bardzo niewielka liczba uczestników, w tem z Wielkiej Brytanji zaledwie 11.

Liczyby te w rzeczywistości były jeszcze mniejsze, gdyż nie wszyscy zapisani na liście przybyli do Oslo, w tej liczbie z 53 zgłoszonych Polaków nie stawiło się 14 osób. W porównaniu tedy z 1100 uczestnikami zjazdu w Rzymie, w tem 200 Polakami, obecny Zjazd był znacznie mniej liczny.

Jednakże obsesany był Zjazd w Oslo bardzo poważnie zarówno zpośród Skandynawczyków, jak i przyjeźdźnych.

Z uczonych norweskich był szereg wybitnych lekarzy, jak prof. Frölich, prof. Harbitz, prof. Holst, prof. Bull, dr. Heitmann, dr. Holmboe, dr. Scheel, dr. Brinchmann i inni. Ze Szwecji, — prof. Jacobaeus, doc. Westergren, prof. Key, dr. Hellström, dr. Neander, C. Cederkrantz. Z Danji nie przybył tym razem prof. Faber, ani nikt z najbliższego otoczenia prof. Möllgaard; był natomiast dr. Gravesen, prof. Bang, Dr. Jensen, Dr. Strandgaard. Z Finlandji dr. Savonen, prof. Bonsdorff.

Z krajów zachodnich bardzo poważna była delegacja francuska z senatorem Honnorat, prof. Calmette i prof. L. Bernardem na czele. Byli też ze znanych ftizjologów francuskich dr. Rist, dr. Poix, dr. Ameuille, doc. Armand-Delille, dr. Courcoux, dr. Dumarest, dr. Legros, dr. Weill-Halle, Guérin.

Liczna i świetnie obsesana była delegacja włoska z prof. Paoluccim i prof. Maragliano na czele; na 75 uczestników włoskich 32 było profesorów, w tej liczbie Ascoli A, Bocchetti, Carpi, Giannini, Ilvento, Morelli, Ronzoni — cała elita walki z gruźlicą w Italji.

Również bardzo silna była obsesa delegacji niemieckiej. Szefem delegacji był dr. Hamel prezydent Urzędu Zdrowia Rzeszy Niemieckiej; wśród 76 uczestników 14 było profesorów, jak Sauerbruch, Unverricht, His, Lange B, Lange L., Möllers, Neufeld, Pfeiffer, Uhlenhuth, Ziegler i inni; pozatem liczni przedstawiciele walki społecznej z gruźlicą, jak Helm, Ballin

i t. d. Nie przybył zapisany na liście prof. Brauer, który przed samym zjazdem międzynarodowym urządził u siebie w Hamburgu-Eppendorfie „dni przeciwgruźlicze” z licznymi odczytami, pokazami i t. p.

Wielka Brytanja w tym roku była słabo obsesana. Dusza Zjazdów — słynny prof. R. Philip — nie przybył — po raz pierwszy — z powodu choroby; pozatem, wobec odbywającego się w tym samym czasie zjazdu lekarzy całego państwa brytyjskiego z dominjami — w Kanadzie, większość ftizjologów angielskich pojechała do Toronto, w Oslo zaś reprezentował W. Brytanję młody dr. Williams i sekretarka Narodowego Związku przeciwgruźliczego, miss Stickland.

Ze Stanów Zjednoczonych przybyli prof. Opic, dr. Maher, prof. Park, dr. B. Schick, dr. Soper i inni.

Z pomniejszych państw wybitniejsi uczestnicy byli: z Argentyny — prof. Mainini; z Austrii — prof. Neumann W., prof. Löwenstein; z Belgji — dr. Derscheid; z Brazylji — dr. Ferreira, dr. Fontes; z Bułgerji — prof. Vateff, dr. Ivanoff; z Kanady — dr. Watson; z Egiptu dr. Aly Rached, dr. Zimmerli; z Hiszpanji — prof. Sayé, prof. Suarez; z Estonji — prof. Lüss; z Grecji — prof. Valtis, z Węgier — dr. de Fay, dr. Országh; z Japonji prof. Arima, prof. Oka; z Łotwy — pani Klaustin, prof. Kirchenstein; z Holandji — prof. Nolen, dr. Heynsius van den Berg; z Filipinów — dr. Fabella; z Portugalji — prof. Kopke, dr. Neves; z Rumunji — dr. Nicolin, dr. Veber; ze Szwajcarji — dr. Bachmann, dr. Vogel-Eysern, dr. Jaquerod, dr. H. Jessen; z Czechosłowacji — prof. Eiselt, dr. Bresky, dr. Johanowska; z Jugosławji — prof. Cepulić, prof. Matko; z Urugwaju — dr. Saenz; z Chili — dr. Donoso; z Wenezueli — dr. Gonzalez; wreszcie z Republiki sowieckiej — prof. W. Worobiew. Pozatem reprezentowane były instytucje międzynarodowe takie, jak organizacja higieny Ligi Narodów (prof. L. Bernard) Liga Stowarzyszeń Czerwonego Krzyża (dr. Humbert, dr. Churchill); Międzynarodowa Rada pielęgniarek (panie Chaptal i Larsson); Międzynarodowy Związek pomocy dzieciom (dr. Collett), Międzynarodowy Związek przeciwcwene ryczny (dr. Hanotte), Biuro Międzynarodowe przeciwkohloliczne (prof. Vogt).

Z Polski przybyła oficjalna delegacja z płk. d. rem Stefanem Rudzikiem na czele, który reprezentował Rząd Polski, Ministerstwo Spraw Wojskowych, Polski Czerwony Krzyż i Polski Związek Przeciwgruźliczy; pozatem wchodzili w skład delegacji — dr. Marja Skokowska-Rudolfowa, jako przedstawicielka Dep. Śl. Zdr. Ministerstwa Spraw Wewnętrznych; rektor U. W. prof. Michałowicz; członkowie Zarządu Związku przeciwgruźliczego — dr. K. Dąbrowski i dr. L. Węgrzynowski oraz Inspektor Związku, dr. Wieszeniewski. Z ftizjologów z prowincji byli: dr.

Meysner ze Smukały, mjr. dr. Troszyński z Leszna, dr. Salomon z Otwocka; liczni przedstawiciele świata naukowego, jak dr. Bross i dr. Zeyland z Poznania, dr. Hornung ze Lwowa, dr. Przedborski z Warszawy i wielu innych. Licznie przybyły panie polskie, jak, p. Rektora Michałowiczowa, dr. Skokowska-Rudolfowa, d-rowsa Węgrzynowska z córeczką Krystyną (najmłodszą ale bardzo gorliwą uczestniczką Zjazdu), dr. Dąbrowska, dr. Brossowa, dr. Piasecka-Zeylandowa, drowsa Troszyńska, drowsa Przedborska i inne.

Aczko'wiek na Zjeździe w Oslo brak było takich wybitnych sił z poprzednich Zjazdów, jak prof. Philip, prof. Faber, prof. Cantacuzène, prof. Vesely i inni, to jednak poziom naukowy Zjazdu był bardzo wysoki.

Zjazd norweski, jak zwykle, składał się z części administracyjnej, programu naukowego, przyjęć i wycieczek.

Przewodniczącym Zjazdu był prof. Th. Frölich, Dyrektor kliniki pediatrycznej w Oslo i prezes Norweskiego Narodowego Związku przeciwgruźliczego, Sekretarzem Generalnym — dr. N. Heitmann, Inspektor Okręgowy dla spraw przeciwgruźliczych w Norwegii.

Prof. Frölich objął przewodnictwo po prof. Paolucim, któremu wyrażono podziękowanie za kierowanie energiczne sprawami Związku w ciągu ostatnich 2 lat.

Z ciekawych spraw, rozpatrywanych na posiedzeniu Rady Zarządu z d. 12.VIII.30 (z Polski obecni byli: płk. dr. Rudzki, dr. Skokowska-Rudolfowa, Dr. Dąbrowski, dr. Węgrzynowski) — wymienić należy dyskusję nad wnioskiem dra Jacquero'da co do uzgodnienia danych statystycznych, dostarczanych do Biuletynu Związku przez różne państwa. Sekretarjat wyjaśnił, że zarówno Instytut międzynarodowy statystyczny, jak Organizacja Higieny Ligi Narodów oddawna starają się uzgodnić metody statystyczne, lecz wyniki, dotąd otrzymane, są niewystarczające, narazie więc trzeba zadowolić się umieszczeniem statystyk narodowych.

Bardzo ciekawe były obrady nad miejscem następnego Zjazdu (w 1932 r.). Sekretarz Generalny Związku prof. L. Bernard podał, że zaproszenia nadesłane do Zarządu w chronologicznym porządku obejmują Czechosłowację, Holandję, Polskę i Portugalję. Ponieważ z korespondencji, przeprowadzonej z temi krajami, wynika, że Związek przeciwgruźliczy Czechosłowacki wolałby mieć u siebie Zjazd w późniejszym terminie po 1932 r., więc proponuje się przyjąć zaproszenie Rządu i Związku przeciwgruźliczego Holenderskiego, ponawiane dwa razy.

Wniosek odbycia Zjazdu w 1932 r. w Holandji przyjęty został jednogłośnie. Delegat holenderski prof. Nolen podziękował w imieniu swego Rządu, poczem zabrał głos płk. dr. St. Rudzki i powołując się na złożone na piśmie zaproszenie do Warszawy Międzynarodowego Związku przeciwgruźliczego ponowił zaproszenie, o ile możliwe, na 1934 rok. Przemówienie płk. Rudzkiego spotkało się z oklaskami, prof. Bernard jednak, jako sekretarz generalny, zwrócił uwagę, że statut Związku przewiduje możliwość wyboru miejsca jedynie dla najbliższego Zjazdu; propozycję płk. Rudzkiego postanowiono wnieść do protokołu.

Tak więc w Hadze w 1932 r. rozstrzygnięto, gdzie odbędzie się następny Zjazd przeciwgruźliczy w 1934 r. w Warszawie, czy w Pradze Czeskiej. Zaznaczyć należy, że delegaci Czechosłowacji w rozmowach prywatnych z nami podnieśli, że oni poprą wniosek polski odbycia Zjazdu w Warszawie. Tak czy inaczej tylko pomiędzy temi dwiema stolicami słowiańskimi powinien odbyć się wybór, wszelkiej zaś innej kandydaturze, zwłaszcza z pośród państw, dotąd niezgłoszonych, narody słowiańskie musiałyby kategorycznie i zgodnie przeciwstać się.

Z innych spraw administracyjnych, poruszonych z początku na Komitecie wykonawczym, a potem na Radzie Związku, był wniosek prof. Maininiego z Buenos Aires, by: 1-e uzgodnić mianownictwo, używane we fizjologii, 2-e ustalić wzorowy plan lub plan minimalny walki z gruźlicą, 3-e ułatwić wymianę informacji, wizyt i studjów uczonych różnych krajów; 4-e starać się zaznajomić z pracami, wydawanymi w różnych krajach, i stworzyć z Biuletynu Związku pewien organ kontroli bibliografii międzynarodowej.

Wszystkie te wnioski, mające doniosłe znaczenie dla ułatwienia i uzgodnienia pracy fizjologów całego świata, przekazano specjalnie wybranej komisji, w której skład weszli następujący membres-conseillers Związku Międzynarodowego: dr. Bachmann (Szwajcaria), dr. Rist (Francja), prof. Morelli (Włochy), prof. Mainini (Argentyna), prof. Sayé (Hiszpanja), prof. Valtis (Grecja), płk. dr. Rudzki (Polska), prof. Jacobaeus (Szwecja), prof. Soper (Stany Zjednoczone Półn. Amer.), Sir Robert Philip (Wielka Brytania), i prof. Harbitz (Norwegia).

Pierwsze plenarne posiedzenie Zjazdu odbyło się w wieczornym uroczystym sposobie w południe 12 Sierpnia w wielkiej auli uniwersyteckiej, ozdobionej ciekawymi modernistycznymi freskami.

Otwarcie Zarządu uświetniła swą obecnością Para Królewska oraz Następca Tronu z Małżonką, cieszącą się wielką popularnością w Norwegii. Pozaatem obecni byli Ministrowie, Korpus dyplomatyczny i bardzo licznie zebrani członkowie Zjazdu oraz zaproszona publiczność.

Odpowiednio do wielkiej muzykalności Norwegów, otwarcie nosiło charakter wspaniałego koncertu, składającego się z preludjum do opery „Maria Stuart”, specjalnej kantaty, ułożonej na cześć Zjazdu i walki z gruźlicą przez znanego lekarza z Oslo, dra A. Brinchmanna, oraz norweskiej rapsodji Nr. 3 J. Svendsena, Kantata przy dźwiękach muzyki Griega wygłoszona i odśpiewana była przez wybitnych artystów dramatycznych i operowych, ze współudziałem solowym dra Ihle; kwartet podwójny złożony był z lekarzy, orkiestra wspaniała z miejscowej filharmonji. Poza stroną koncertową prezes Zjazdu prof. Frölich i Sekretarz Generalny prof. Bernard ogłosili w języku francuskim przemówienia poświęcone programowi Zjazdu.

Posiedzenia naukowe rozpoczęły się 13-ego Sierpnia i odbywały się przez 3 dni rano i popołudniu w obecności Następcy Tronu księcia Olafa, który nie opuścił ani jednego porannego posiedzenia, poświęconego z zasady referatom głównym i koreferatom

Pierwszy temat biologiczny poświęcony był szczepieniu przeciwgruźliczemu za pomocą BCG.

Głównym referentem był twórca tej metody i najwybitniejszy bakteriolog doby obecnej w dziedzinie gruźlicy prof. A. Calmette.

Wszystkie referaty i koreferaty były zawczasu wydrukowane i rozdane uczestnikom, prof. Calmette jednak rozszerzył w świetnym swym przemówieniu tezę, podane już uprzednio do wiadomości. Podkreślił on odrębność odporności przeciwgruźliczej od uodpornienia nabytego dzięki przebyciu przeważnej większości chorób zakaźnych ostrych lub dzięki szczepieniu przeciw takim chorobom, jak ospa, wąglik, wścieklizna, dur brzuszny, błonica. W gruźlicy, zarówno, jak naprz. w kile, nosaciznie, trądzie, odporność trwa tylko tak długo, jak długo ustrój pozostaje zakażony bardzo małą ilością swoistego jodu, a przejawia się opornością i nieznośnością mniej lub więcej zaznaczonym dodatkowych zakażeń tym samym jadem. Odporność tedy gruźlicza związana jest z obecnością w ustroju pewnej ilości zarazków swoistych lub zmian gruźliczych niepostępujących o charakterze łagodnym. Ten, jak go nazywa Calmette „parasitisme inoffensif” lub te zmiany ukryte naogół przejawiają się jedynie stanem alergicznym lub wrażliwością na tuberkulinę; jednakże pozostają one stałą groźbą dla zdrowia osobnika, który je nosi w sobie, pod wpływem bowiem różnych przyczyn, przeważnie ponownych zakażeń masowych lub bardzo szybko występujących jedno po drugim, może powstać ciężkie zakażenie ustroju, które powoduje nieraz nawet i śmiertelną gruźlicę.

Wszystkie próby, dokonywane w celu wywołania odporności przeciwgruźliczej za pomocą szczepienia ochronnego bądź to prątków, zabitych przez różne czynniki fizyczne lub chemiczne, bądź wyciągów z bakterji, — zdaniem mówcy, speliły na niczem („ont échoué”). Jedynie użycie zarazków żywych — okazało się doświadczalnie skuteczne, lecz użytkowanie takich bakterji, mniej lub więcej niebezpieczne dla człowieka i dla zwierząt domowych, jest praktycznie niemożliwe, chyba że udałoby się wykryć lub stworzyć za pomocą pewnych metod pracownianych taką rasę bakterji, która byłaby napewno nieszkodliwa dla wszystkich gatunków świata zwierzęcego wrażliwych na gruźlicę, a która zachowałaby nienaruszone własności antygenne żywożywych bakterji.

Wydaje się pewnym, że tym warunkom zasadniczym odpowiada hodowla BCG; właściwości jej charakterystyczne zostały dziedzicznie ustalone, wytwarza ona tuberkuliny i powoduje czynności antygenne *in vivo* i *in vitro* identyczne z temi, które dają prątki żywożne, hodowla jednak BCG ostatecznie straciła wszelką właściwość wywoływania zmian gruźliczych postępujących i zdolność do ponownego przeszczepiania (réinoculables). Nieszkodliwość tej hodowli, zaszczerpionej pod skórę lub wchłoniętej *per os* pozwala stosować ją jako szczepionkę nawet dla noworodków, które należy zabezpieczać przed zakażeniem możliwie jaknajwcześniej po urodzeniu, przedtem, nim zetknęły

się one z żywotnymi bakteriami gruźliczymi, pochodzącymi z otoczenia domowego.

Takie zabezpieczenie (préminution) za pomocą B C G może być uskutecznione w każdym wieku, lecz jedynie u osobników, pozbawionych zakażenia gruźliczego i nie oddziaływających na tuberkulinę. Osoby alergiczne, które samorzutnie zostały już zabezpieczone lub zakażone prątkami żywotnymi nie mogą pod żadnym pozorem korzystać z BCG; u nich zastrzyknięcie BCG wywoła zjawisko Kocha, kończące się najczęściej powstaniem zimnego ropnia w sąsiedztwie miejsca zaszczepienia.

Natomiast szczepienie noworodków *per os* jest zawsze możliwe, łatwe i nieszkodliwe. Powinno ono być wykonywane w ciągu pierwszych 10 dni po przyjściu dziecka na świat, gdyż w tym okresie śluzówka jelit składa się jedynie z komórek zarodki i dzięki temu składniki żywe bakteryjne BCG z łatwością wysysają się i rozchodzą w narządach chłonnych niemowlęcia. Technika tego szczepienia nie przedstawia żadnej trudności. Znajduje ona łatwe zastosowanie w rodzinach, i szczepienie to może być uskuteczniiane nie tylko przez lekarzy, lecz również przez położne i przez pielęgniarki społeczne.

Od 1924 r. szczepienie ochronne przeciwgruźlicze za pomocą BCG weszło w życie stopniowo we Francji, Belgii, Kanadzie, Hiszpanii, Grecji, Holandji, Polsce, Włoszech, Brazylii, Urugwaju, Argentynie, Chili i t. d. Doświadczenia były przeprowadzone w wielu innych krajach, zwłaszcza w Niemczech, Danji, Norwegii, Rosji, Szwecji, Szwajcarii, Czechosłowacji.

Sądząc z bardzo licznych dotąd ogłoszonych publikacji, należy ustalić, że szczepienie ochronne nie wywołuje żadnego wpływu u szkodliwego na rozwój dzieci, chorobowość i śmiertelność ogólna mniejsze są u dzieci szczepionych, niż nieszczepionych żyjących w tych samych warunkach, śmiertelność zaś z gruźlicy równa się prawie zeru u szczepionych dzieci, wychowanych w zakażonym środowisku rodzinnym, jeżeli zachowano niezbędną ostrożność zabezpieczenia ich w ciągu mniej więcej miesiąca po zaszczepieniu od zetknięcia się z osobnikami zakażającymi. Ochrona taka musi być dokonana albo

przez usunięcie źródła zakażenia lub też, jeżeli to jest niemożliwe, przez uświadomienie higieniczne tych, którzy pielęgnują dziecko.

Prof. Calmette szczegółowo rozpatruje wszystkie zarzuty, czynione BCG, a więc, 1) że tylko mały odsetek noworodków, szczepionych drogą doustną, oddziaływa na tuberkulinę, ci zaś, którzy nie stają się alergiczni, nie są też dostatecznie zabezpieczeni (zarzut postawiony głównie przez Pirqueta i Wallgrena). 2) że nie mamy pewności, iż BCG pozostanie nieszkodliwe w ustroju ludzkim i że nie odzyska zjadliwości (ne redeviendra pas virulent) (zarzuty R. Krausa, Chiari, Petroffa, Watsona, Korszuna i innych); 3) iż odwrotnie, należy się obawiać, że w przyszłości hodowle BCG trzymane w sztucznych środowiskach pracowni, zatracą wreszcie tę słabą żywotność, którą posiadają obecnie i której zawdzięczają swe własności zabezpieczające; wreszcie 4) czem objaśnić zawodność uodpornienia w pewnych przypadkach. Po krytycznym oświetleniu wszelkich danych za i przeciw Calmette stwierdza, że żaden z tych zarzutów nie utrzymał się. Klinika i doświadczenia pracowniane wykazały bezpodstawność zarzutów. Niema tedy zdaniem Calmette żadnej podstawy do usuwania od widocznego dobrodziejstwa tej metody (*éarter du bénéfice évident de la méthode*) dzieci z rodzin, które wydają się niezakażone gruźlicą, a utrzymać korzyści tylko dla dzieci z rodzin gruźliczych.

Autor kończy swój referat stwierdzeniem, że przy największej skuteczności środków higienicznych, ochraniających jednostki i zbiorowiska od zakażeń, nigdy jednak nie dadzą one tego bezpieczeństwa, które dają szczepienia ochronne — a więc należy starać się uogólnić ich stosowanie (*en conséquence, il faut s'efforcer d'en généraliser l'emploi*).

Należy tu podkreślić, że w referacie swym prof. Calmette parokrotnie powoływał się — między innymi — na badania polskie d-rostwa Zeylandów z Poznania, przemawiające na korzyść szczepionki BCG.

(C. d. n.)

Dr. Stefan Rudzki (Warszawa).

Przegląd terapeutyczny

Cutivaccin. Przeciwoścowa szczepionka D-ra Paula.

Podał

Dr. Ludwik KRZEWIŃSKI (Warszawa)

Idea D-ra Paula, zdążająca do wytworzenia substancji bodźcowej, działającej skutecznie w łagodny sposób, znalazła szczęśliwe rozwiązanie w stworzonej przez niego szczepionce wóródskórnej, którą określił nazwą „Cutivaccin”.

Szczepionka Dra Paula ma za zadanie pobudzenie sił obronnych ludzkiego organizmu do walki z czynnikiem chorobotwórczym, specjalnie w grupie schorzeń reumatycznych.

Szczepionka Dra Paula jest produktem złożonym. W jej skład wchodzi:

- 1) Tuberkulomucyna Welemińskiego
- 2) Saprophytyna Günthera
- 3) Wakcynotoksyna Paula.

1) Tuberkulomucyna jest produktem, uzyskanym z wybranych hodowli prątków gruźliczych, osłabionych przez długoletnią kulturę i zawiera produkty przemiany materii prątków, obfitujące w mucynę. Tuberkulomucyna jest terapeutycznie czynna. Stosowanie jej jest bardzo dogodne, ponieważ nie daje tak silnej reakcji, jak „Alttuberculin-Koch.” Jako środek bodźcowy spełnia skutecznie swe zadanie.

2) Saprophytyna jest produktem przemiany materii saprofitów i stanowi bardzo dobry środek bodźcowy.

3) Wakcynotoksyna jest właściwie krowianką przeciwospową, złagodzoną przez zabicie zarazków i, jako taka, nadaje się w zupełności do terapii bodźcowej.

Połączenie tych trzech składników daje produkt bardzo czynny i nader dogodny do stosowania w praktyce codziennej. Wyjałowiona szczepionka zostaje zamknięta w rureczkach szklanych w podobny sposób, jak małe porcje krowianki.

Na tem miejscu apeluję do fabryki „Biopharma”, produkującej szczepionkę D-ra Paula, o dodawanie pilniczka do każdej dawki cutivaccyny. Obłamywanie końców rureczki bez pomocy pilniczka jest niewygodne i z różnych względów przeciwwskazane.

Technika szczepienia nie sprawia żadnych trudności.

Do przeprowadzenia szczepienia nadaje się bardzo dobrze t. zw. „Cutistyl” Dra Paula, specjalnie w tym celu skonstruowany i bardzo poręczny przy wykonywaniu zabiegu. „Cutistyl” posiada wygodną rękojeść, ostry koniec do nacinania skóry i wypukły brzuszek do wcierania szczepionki.

Szczepienie należy przeprowadzać na zewnętrznej powierzchni ramienia, w połowie jego długości. Szczepienie na udach jest z wielu względów niepraktyczne. Szczepić należy kolejno na obu ramionach.

Skórę na zewnętrznej powierzchni ramienia oczyszcza się wacikiem umoczonego w 70 procentowym alkoholu. Eteru lepiej nie używać, ponieważ przygnębia swym zapachem pacjentów szczególnie tych, którzy przebyli kiedykolwiek narkozę eterową

i robi na nich wrażenie przygotowywania się do poważniejszego chirurgicznego zabiegu. Najlepiej używać w tym celu, szczególnie u pacjentek, 70%-owego alkoholu o zapachu wody kolońskiej.

Po oczyszczeniu skóry napinamy ją lewą ręką, podczas gdy prawa uzbrojona w „Cutistyl” wykonywa wdłuż ramienia 10 delikatnych, niekrwawiących nacięć, najlepiej na przestrzeni 5×5 cm. a więc na powierzchni 25 cm^2 .

Przy pierwszym i drugim szczepieniu wykonać należy 10 nacięć. Przy następnych szczepieniach 15 nacięć, na tej samej powierzchni.

Nacięć skośnych i poprzecznych należy unikać.

Po wykonaniu nacięć oczyszcza się rureczkę szklaną alkoholem i ucina oba jej końce. Szczepionkę wylewa się na pole szczepienne i wciera się ją w nacięcie brzuszkim lancetu. W czasie wcierania szczepionki pole szczepienne czerwienieje intensywnie, szczepionka zostaje wchłonięta, zaś nacięcia występują wyraźnie ponad powierzchnią skóry, wskutek obrzęku ich brzegów. Po zabiegu występuje zwykle uczucie słabego pieczenia lub swędzenia skóry.

Zaczerwienienie i ślady nacięć znikają po kilku dniach bez blizn. Dawkę należy stopniować ilością i jakością użytej szczepionki, oraz ilością nacięć na skórze.

Pierwsze szczepienie przeprowadza się zwykle przy pomocy „Cutivaccin-*mitior*”, drugie przy pomocy „Cutivaccin-*fortior*”. W następnych szczepieniach można stosować *mitior* i *fortior* lub nawet dwie dawki *fortior* naraz.

Po przeprowadzonym szczepieniu należy uprzedzić pacjenta o możliwości miernego podwyższenia temperatury, wystąpienia silniejszego bólu w miejscach chorych, nieznacznego bólu głowy, lub bólów w szczękach; nie pozwolić mu myć miejsca szczepionego przez kilka dni i ochronić je tamponikiem gazy, przytwierdzonej przylepcem do skóry.

Najwygodniej przeprowadza się szczepienia systemem tygodniowym. Odstęp między pierwszym a drugim szczepieniem wynosi 7 dni, między następnymi szczepieniami 14 dni.

W sposób wyżej opisany przeprowadzałem leczenie bodźcowe w kilkudziesięciu przypadkach przewlekłego gośćca stawowego i mięśniowego, w kilku przypadkach *ischias* i *lumbago* oraz w kilku przypadkach ostrego gośćca stawowego.

W leczeniu *ischias* i *lumbago* szczepionka wywierała działanie szybkie i skuteczne aż do zupełnego wyleczenia, względnie wybitnej poprawy stanu chorobowego.

W przypadkach ostrego gośćca stawowego szczepionka Dra Paula działa bezwzględnie dodatnio i łagodzi przebieg choroby.

Najskuteczniejsze działanie wykazuje „Cutivaccin” w przypadkach przewlekłego gośćca stawowego. Pobudza osłabione siły ustroju do wznowienia walki z czynnikiem chorobotwórczym. Często działaniem jej jest wprost specyficzne. Po pewnej liczbie szczepień zaczyna się wybitna poprawa, a w następstwie najczęściej zupełne wyleczenie.

Z pośród szeregu chorych, wyleczonych szczepionką Dra Paula, pozwolę sobie przytoczyć szczegółowo jeden z cięższych przypadków.

Pani P. R. lat 46. Przed siedmiu miesiącami zapadła na ostry gościec stawowy. W tym czasie przebyła kurację salicylową, otrzymała serię iniekcji mleka. Stan jej nieco się poprawił, potem przyszło znów pogorszenie, choroba przeszła w stan przewlekły i trwa do dziś. Chora leży w łóżku od siedmiu miesięcy. Skarży się na bezsenność, brak apetytu, czasem dokucza jej kaszel. Czuje się bardzo osłabiona, twarz blado-żółta, wargi białe, samopoczucie bardzo złe. Stan podgorączkowy utrzymuje się od szeregu miesięcy. Tętno słabe, przyśpieszone. Częste bóle głowy. Migdałki powiększone i zaczerwienione. Katar żołądka i kiszek. Katar obu szczytów płucnych. Serce w normalnych granicach; tony serca głuche. Pacjentka skarży się na częste uczucie „zamierania” w okolicy serca. Ciągłe traci na wadze.

Obecnie stwierdzam silny obrzęk w zakresie obu kolan, znacznie większy w kolanie lewym. Niemożność zgjęcia nóg z powodu bardzo silnego bólu. Z tego powodu pacjentka prawie nie włada nogami. W analogiczny sposób zajęte przeguby obu dłoni i stawy podstawowe palca II i III lewej ręki. Rozpoznanie: przewlekły gościec wymienionych stawów.

1) Chora otrzymuje pierwsze szczepienie „Cutivaccin *mitior*” w skórę prawego ramienia. Równocześnie przepisuję odpowiednie leki na poprawienie trawienia i pobudzenie apetytu przy zachowaniu pewnej diety. Polecam penicylinę migdałki.

W trzy dni po szczepieniu polecam rozpoczęcie odpowiednich fizyko-terapeutycznych zabiegów, a więc w czasie kiedy odczyn lokalny, ogólny i ogniskowy ustąpiły bez śladu.

2) Po siedmiu dniach otrzymuje chora „Cutivaccin-*fortior*” w skórę lewego ramienia. Po kilku dniach chora zaznacza, że czuje znaczną ulgę w miejscach chorych. Żołądek i kiszki funkcjonują sprawniej. Apetyt powraca. Sen znacznie lepszy. Stan ogólny i samopoczucie nieco się poprawia.

3) Po upływie następnych dwóch tygodni otrzymuje chora „Cutivaccin-*fortior*” w skórę prawego ramienia. Pacjentka twierdzi, że po każdym szczepieniu czuje się lepiej. Obrzęk miejsc schorzałych zmniejsza się. Ruchy mniej bolesne. Pacjentka wygląda lepiej. Czuje się pokrzepiona. Je z większym apetytem i śpi lepiej. Zabiegi fizykalne trwają nadal.

4) Po następnych 14-tu dniach otrzymuje chora „Cutivaccin-*fortior*” i „*mitior*” w skórę lewego ramienia. Stan chorej codzień lepszy. Samopoczucie dobre. Zabiegi fizykalne trwają w dalszym ciągu. Obrzęki zmniejszają się z każdym dniem. Ruchy w stawach schorzałych coraz mniej bolesne. Chora je z apetytem, przybiera na wadze i śpi znacznie lepiej, niż poprzednio.

5) Po upływie dalszych 14 dni otrzymuje chora „Cutivaccin-*fortior*” w skórę prawego ramienia, zaś w ramię lewe „Cutivaccin-*mitior*”. Pacjentka czuje się już o tyle lepiej, że schodzi z łóżka i spędza czas w fotelu, a nawet zaczyna nieco chodzić o lasce. Lepiej wygląda i czuje się znacznie silniejsza. Bóle prawie zupełnie ustąpiły. Obrzęki zmniejszyły się bardzo wydatnie. Fizyko-terapia trwa nadal.

6) Po upływie dwóch tygodni otrzymuje chora ostatnie szczepienie „Cutivaccin-*fortior*” w lewe ramię. Chodzi już swobodnie po pokoju, wprawdzie jeszcze używa laski, ale może się bez niej obejść. Polecam prowadzić nadal zabiegi fizykalne i pewne ostrożności w sposobie ubierania się i jedzenia.

Dziś chora czuje się zupełnie dobrze. Od ostatniego szczepienia upłynęło już pół roku. Chodzi zupełnie swobodnie i pełni nadal swój ciężki zawód agentki handlowej. Leczenie trwało ogółem około 2 i pół miesiąca. Pacjentka otrzymała 6 szczepień (3 dawki „Cutivaccin-*mitior*” i 5 dawek „Cutivaccin-*fortior*”), więc w 6-ciu szczepieniach 8 dawek szczepionki.

O d c i n e k

Z Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Warszawskiego.
(Kierownik: profesor W. Grzywo-Dąbrowski)

Listy samobójców.

Podąła

Dr. Marja GRZYWO-DĄBROWSKA (Warszawa).

(c. d. p. Nr. 11).

Łatwo uchwytłą przyczyną, jaką wykazują dość często listy samobójców, są choroby:

„Nie ginę przez miłość, nie ginę przez zbrodnię, tylko ginę przez przyczynę własną, a tą przyczyną jest moje złamane życie. Proszę o przebaczenie tych, którym sprawilem przykrość w życiu“.

List ten zostawił 24-letni rzemieślnik, który pozbawił się życia jakoby z powodu paraliżu. Jest bezwładny, nie ma możliwości zarobić na swe utrzymanie, wie, że choroba jest nieuleczalna, czuje, że życie jego jest złamane, odchodzi więc. Nie ma żalu do nikogo z tego powodu, nikomu winy nie przypisuje, przeciwnie, prosi o przebaczenie tych, kogo obraził. Odchodzi. Jest to logiczne zakończenie smutnego życia. Wie jednak, że ludzka ciekawość lubi szukać żeru w różnych domysłach, może się dopatrywać przyczyn, któreby mu uwłaczały, raniły jego ambicję. Uprzedzając to, zgóry już odiera możliwość podobnych przypuszczeń. Acz sam on nie rozkłada się nad swym losem, wzbudza jednak współczucie...

Inny samobójca, 27-letni rolnik, odbierając sobie życie z powodu choroby rdzenia paciierzowego, pisze:

„Jestem trzeźwy i zdrowy na umyśle. Nie miejcie żadnego posądzenia. Popełniłem samobójstwo z rozpaczyny nad utratą zdrowia“.

22-letnia kobieta, pozbawiając się życia, zostawia kartkę:

„Z powodu choroby płuc, a jest to nieuleczalna choroba, w myśl własnego rozsądku odbieram sobie życie, wobec tego proszę nie prowadzić żadnego śledztwa przeciw nikomu i proszę mnie nie ratować. Chcę umrzeć jaknajprędzej. O śmierci mej proszę zawiadomić mych krewnych, których adres podaję“.

Zdaje się, że każdy lekarz-praktyk, niezależnie od swej specjalności, spotyka od czasu do czasu chorego czy chorą, którzy zupełnie niesłusznie w każdym zdaniu do nich wypowiedzianem, w zwykłej intonacji głosu, ba, w najnaturalniejszym spojrzeniu nawet, czytają fatalny dla siebie wyrok, że dni ich są policzone. Często lekarzowi tego nie okażą, a gdy wypadkowo uda mu się odgadnąć stan duszy pacjenta, i gdy próbuje on sprawę wyjaśnić, bardziej jeszcze ona się wikła, każde słowo jego zostaje tłumaczone naopak, rozumiane fałszywie... Z pośród cierpień gruźlica należy do tych właśnie, które dziś jeszcze olbrzymia większość ludzi uważa za nieuleczalne. Czy kobieta, której list ostatnio przytoczyłam, była takim właśnie typem? Nie wiemy.

„Drodzy moi, brakło mi sił do dalszej walki

z życiem. Odchodzę. Wybaczcie. O śmierć mą proszę nie winić nikogo“.

Te słowa zostawił 23-letni chłopiec, który cierpiał na krwotoki płucne, a ostatnio był bez zającia... Zarówno w poprzednim, jak i w ostatnim wypadku do wytworzenia się stanu przygnębienia mogły się przyczynić jady gruźlicze, acz wiemy, że ciężkim bardzo postaciom tej choroby towarzyszy nieraz stan bardzo dobrego samopoczucia.

„Panu Bogu wiadomo, że człowiekowi choremu i samotnemu żyć trudno. Ja widzę, że mi coraz gorzej, więc postanowiłem przykrócić to życie chociaż w taki sposób. Dziękuję Bogu za wszystko, a ludzi proszę o przebaczenie. A mnie się nie bójcie, ja za życia nikomu nic złego nie zrobiłem, to i po śmierci nie zrobię, gdzie mnie Bóg pošle, tam będę. Zostańcie z Bogiem. Jak mnie pochowacie, tak będzie“.

Te słowa pozostawił leśny robotnik, który u schyłku szóstego lat dziesiątka czuje, że siły stale uchodzą, że zdrowie staje się coraz gorsze, a on samotny, znikąd na pomoc liczyć nie może. Bez goryczy i żalu do ludzi i losu dochodzi on do wniosku, że „trzeba przykrócić życie“, za wszystko Bogu dziękuje (czy i za to, że samotny i chory jest zmuszony zgon swój przyspieszyć?), wykazuje rezygnację, nieomal pogodę. Czytając skreślone przez niego słowa, odbiera się wrażenie, że należy on właśnie do tych „ubogich duchem“, dla których „przeznaczone jest królestwo niebieskie“. On sam przypuszczalnie w to wierzy, pragnie więc je sobie przyspieszyć.

Pokrewny co do przyczyny, mniej co do ustosunkowania się do życia i śmierci list zostawiła 64-letnia, tak samo, jak i autor poprzedniego listu, samotna kobieta:

„Jestem stara i chora, żebrać nie pójde, nie mam na kawałek chleba, dość mam już tułaczki i głodu, nie mam innego wyjścia, jak tylko sobie życie skrócić, co mnie bardzo boli, przecież katoliczką jestem. Ale trudno, wiatrem człowiek nie żyje, a dach nad głową też potrzebny. A ja jestem w bardzo krytycznym położeniu. Proszę mnie nie leczyć, bo nie wiem, jak trucizna przezemnie zażyta będzie działała, więc proszę i błagam stanowczo mnie nie leczyć, bo już żyć nie mogę i nie będę. Bardzo nieszczęśliwa, że nie mogę pracować“.

Stanowczość, rezygnację i spokój widać z tego listu, jak również i poczucie własnego nieszczęścia, co w zupełności może wytłumaczyć powziętą decyzję.

Przy czytaniu tych smutnych listów zimny rozsądek mówi, że ci nędzarze, którzy nie chcą żebrać, boją się być ciężarem dla innych i postanawiają nie czekać śmierci, jak pies, zdychający pod płótem, są właśnie wyżsi od tych, co w warunkach podobnych zachowali do ostatka instynkt samozachowawczy.

„Nie znam choroby, znam tylko chorych“, powiedział dawno już jeden z wielkich klinicystów. Myśl ta do pewnego stopnia jest słuszna: znanem jest wszak powszechnie, że choroba, niezależnie od jej nasilenia i przebiegu, może przyjmować nieraz bardzo rozmaite postaci w związku z organizacją

nerwową chorego, dawać te lub inne powikłania. Z analogicznym zjawiskiem spotykamy się u młodej dziewczyny, która w 25-ym roku życia pozbawia się życia z powodu głuchoty.

„Kochana mamó, wybacz, że tylko cierpienia ci przyczyniam, że tylko taką masz ze mnie pociechę. Och, mamó, gdybyś ty znała tajne męki moje i cierpienia duszy, wywołane z powodu głuchoty, to byłabym pewna, że mi ten czyn, co ci wstyd przynosi, wybaczysz. Błagam cię, wybacz, kochaj mnie nadal. Powinam się leczyć? Och, dosyć już bezowocnie pieniądze wydałam lekarzom, a zaś głucha, żebym miała wszystko, co w ludzkich oczach szczęściem się zwie, będę nadal nie-szczęśliwa. Dłużej już nie umiem się maskować. Zegnajcie. Kochałam was wszystkich i dlatego nie chciałam pieniędzy darmo wydawać... Kocha was Hanka”.

W bardzo ciekawym tym, jako dokument psychologiczny, liście autorka przechodzi następnie do strony praktycznej życia codziennego: omawia drobne sprawy domowe, daje rady rodzeństwu, a nakoniec zwraca się do siostry z prośbą, by nie nosiła po niej żaloby, by się starała „bywać i bawić się”. Gdy zaznaczę, że dziewczyna ta była technikiem dentystycznym, i, co za tem idzie, kalectwo nie narażało jej specjalnie na przykrości w związku z wykonywaniem zawodu, musi się dojść do wniosku, że winna jest tu raczej organizacja nerwowa dziewczyny przeczulonej, wrażliwej i przypuszczalnie chorobliwie ambitnej.

Podobnie wrażliwą konstytucję, która, być może, bardziej, niż kalectwo, jakim był dotknięty (garb), sprawiła, że w 24 roku życia młody chłopiec rzucił się pod pociąg, widzimy w jego liście:

„Szanowna Pani, szczerą życzliwość i osobisty szacunek skłoniły mnie do tego listu. O niedawnym zejściu z tego świata chciałem zawiadomić panią. Niech pani tylko tego głupstwa nie robi, co ja, bo ja to już od 16 lat myślałem, gdy poznałem życie, że nie warto na tym świecie żyć, tylko mnie tak ludzie zwodzili, bo ja to myślałem stale. Choć pracowałem, to stale, stale przejmowałem się za bardzo, bo tak myślałem, tak czułem. Od pierwszej chwili mego życia godziny płyną dla mnie, jak wieki, każdy dzień jest dla mnie smutny, pełny rozpaczliwych wrażeń”.

Następnie idą nieczytelne, niepowiązane zdania i wyrazy pożegnania wraz z nadmienieniem, że kreśli te słowa bezpośrednio przed śmiercią, więc mu się ręka trzęsie. O ile treść tego listu nie jest wyrazem nastroju ostatniej chwili, jeśli nie jest, lub jeśli jest tylko małą przesadą wyrażenie, że „godziny płynęły mu jak wieki” i że naogół stale czuł, że żyć nie warto, nasuwa się przypuszczenie, że, gdyby on był nawet stworzony na miarę Fidjasa, i wtedy nie zabrakłoby mu powodu do odebrania sobie życia, gdyż on należał do tych, co to czują „przed życiem raczej nie przed śmiercią trwogę”.

Trudniejsze do zrozumienia jest samobójstwo 21-letniego wiejskiego parobka, który z powodu ruptury nie został przyjęty do wojska, choć bardzo tego pragnął. Podpiszwszy sobie nieco poszedł do lasku, gdzie się powiesił. Pismo, jakie zostawił, brzmi:

„Ja sam piszę tę kartkę własnoręcznie, bo nie

mogę żyć więcej na świecie z powodu tego, że miałem wielki żal. W taki sposób nie mogę”.

Co należy położyć na karb zawiedzionych nadziei, co na rachunek alkoholu, co nakoniec na niezrównoważenie młodości?

Choroba, brak pracy i widmo nędzy dość często występują jako przyczyny natury zewnętrznej.

„Nie mam żalu do nikogo, tylko że dziś nie warto żyć, bo niema żadnej sprawiedliwości, bo na prywatnej posiadce, jak jesteś zdrow, to posada, a jak chory to dowidzenia. Straciłem zdrowie, prosiłem o uwzględnienie mej pracy, to mi wymówili pracę. Gdzie ja miałem biedny chory iść, do rodziny na kurację? Nie, straciłem zdrowie tutaj, to niech moja śmierć pozostanie panu D. na sumieniu, bo męczył mnie gorzej, niż bydlę”.

Pozwolę sobie porównać pismo tego człowieka z poprzednio przytoczonym listem steranego przez życie chorego leśnego robotnika. Tam poddanie się losowi, tu poczucie krzywdy (słuszne czy niesłuszne), niesprawiedliwości, chęć zemsty, by jego śmierć obarczyła sumienie domniemanego sprawcy. Widzimy jednak i pewną delikatność uczuć czy też ambicję: nie chce on obarczać rodziny swą chorobą, woli śmierć.

Przyczyny natury materialnej, brak zajęcia, praca, zbyt skąpo wynagradzana, głód i łańcuch ciężkich nieraz upokorzeń wskazują czasem, jako kres cierpień, śmierć samobójczą:

„Przypatrzcie się wszyscy, którzy tu stoicie. Oto czas dzisiejszy przyprowadza człowieka do takiego upadku. Głód, nędza i wszelka bieda i rozpacz do tak nędznej śmierci. A teraz was proszę pochowajcie mnie po chrześcijańsku, bo jestem chrześcijaninem, nawet po spowiedzi wielkanocnej. Miejcie miłosierdzie nademną”.

Zrozczy ten człowiek, choć śmierć podobną nazywa nędzną, przekłada ją nad życia nędzę. Nie rozgoryczenie, pokora wyziera z jego słów, w których jednocześnie się wyczuwa jakby charakter dydaktyczny, moralizatorski.

Jeszcze bardziej wymowny jest list, znaleziony przy zwłokach młodej dziewczyny, która odebrała sobie życie, rzucając się z wysokości.

„Życie jest straszne, a jeszcze straszniejszą jest śmierć, którą trzeba sobie zadać. Proszę panów o zainteresowanie się mojem ciałem i proszę nie czekać, aż kto z moich przyjaciół się odezwie, gdyż są oni bardzo daleko i nigdy nie przyjdą, a szczególnie najlepszy przyjaciel, który jest najwierniejszym sługą na świecie. Rozumie się, że ten przyjaciel pieniądz się nazywa. Nie chciałabym leżeć, jak martwy pies i żeby ludzie otoczyli mnie, jak złe widowisko. Ale niestety, nie miałam możliwości umierać na łóżku. Życie moje było długim łańcuchem nędzy, głodu i męki i takie życie jest strasznym snem, z którym pomimo to strasznie trudno było mi się rozstać. Proszę spełnić ludzki obowiązek i czempredziej mnie pochować, bym się nie poniewierała”.

Choć życie tej dziewczyny było „łańcuchem nędzy, głodu i męki”, trudno jej było z niem się rozstać, bo „jeszcze straszniejszą jest śmierć, którą trzeba sobie zadać”. A przecież wybrała w końcu tę ostatnią, bo czuła, że „straszny sen” jej życia, trwając dłużej, byłby dla niej nadal tylko pasmem udręczeń, a śmierć, choć gorsza, chwilę tylko trwa...

Czy jednak ta 20-letnia dziewczyna miała logiczne prawo patrzeć na życie, jak na straszne wroga, gotowego stale ją dręczyć? Czy nie gra tu roli wzmoczone dzięki bardzo złym warunkom jej krótkiego istnienia zaburzenie równowagi psychicznej, towarzyszące często okresowi wczesnej młodości? Podobne przykłady spotkamy...

Prócz przyczyn wymienionych natura wyrażnie ambitna i drażliwa oraz strapienia natury moralnej wyglądają ze słów młodej robotnicy:

„Proszę pani, zna pani moje życie, zawsze nędza i bieda, a w dodatku towarzysz X. ze swą siostrą odebrali mi opinię. Oddałam się robotnikom, jedna tylko Wanda dała mi tyle, że już więcej nie mogę... Skończy się wszystko. Żegnam panią. Życie moje było takie, jakie mi pani wytknęła, żyłam sprawiedliwie i uczciwie.

Następnie wyraża ona jeszcze życzenie, by ją lekarz „zbadał po śmierci”. Czyni to ze względu na ludzką złośliwość, nie chce być szarpaną przez języki ludzkie, wszak one ją dobiły...

„Ja, niżej podpisany, pracowałem w firmie XX, dotychczas nie byłem zapisany do kasy chorych. Powziąłem postanowienie skończyć z życiem, mając dość życia, lecz firma musi zrobić mi pogrzeb, gdyż matka jest biedna. Nie pozwalam ojcu iść za moim pogrzebem i płakać po mnie.

Nie macie pojęcia jak ciężko popełnić to, czego nie można. Co będzie, nie wiem, gdyż mam zamiar pić (następne wyrazy nieczytelne), jestem ciekaw, jak później będzie (nieczytelne).

List ten, napisany przez młodego chłopca, wykazuje przyczyny natury materialnej oraz moralnej. Syn ten ojcu nie pozwala iść za swym pogrzebem, zabrania mu nawet płakać. Czy słowa te dyktuje chwilowe uczucie zemsty, czy też stosunek długotrwałej nienawiści? Domyśliłyśmy się, że w domu jest nędza, „firma musi zrobić pogrzeb, bo matka jest biedna” (nie rodzice, matka). Dodajmy do tego brak równowagi wieku wczesnej młodości i znajdziemy zarówno wewnętrzne, jak i zewnętrzne przyczyny samobójstwa.

Często bardzo spotykamy w listach splot przyczyn zarówno natury materialnej, jak i moralnej, rzadziej — wyłącznie moralne. O tych ostatnich słów parę chcę nadmienić. Zgrzyt między rodzicami a dzieckiem, czy też między rodzeństwem w okresie nieustalonej równowagi duchowej może łatwiej w okresie młodości, niż w innych, prowadzić do samobójstwa; podawane bywają, jako przyczyny, niesnaski rodzinne, nieporozumienia małżeńskie, intrygi nawet i plotki... Tak, przyczyny te bezwątpienia spotykamy dość często w listach samobójców. Lecz przyjrzyjmy się życiu — czyż nie mniej często ukazuje nam ono ludzi, spętanych nieraz łańcuchami ciężkich moralnych zobowiązań, którzy bez buntu znoszą je przez długie lata, i takich, co znajdując siłę, by zerwać pęta, a tylko szczupła garstka szuka w śmierci wyzwolenia... Dotyczy to najróżnorodniejszych stron życia: pokrzywdzony niesłusznie na honorze jeden się broni z zapamiętałością i w sposób, niezawsze odpowiadający kodeksom honorowym, drugi wzruszy tylko ramionami, inny zażąda i otrzyma satysfakcję, a na koniec inny jeszcze życie sobie odbierze...

„Kochani Rodzice, otrujęm się z powodu matki. Ukłony dla znajomych. Wandę zostawcie w spoko-

ju, bo jest niewinna.” (Była to osoba w której się kochał).

„Przez własną siostrę się otrujęm, pozostają w smutku siostry i bracia. Proszę mnie pochować koło matki“.

List ten napisała dziewczyna, której zachowanie pozostawiało wiele do życzenia, i z tego powodu bywały w domu scysje i nieporozumienia.

„Żegnam wszystkich; jeśli co komu zawiniłam, to proszę o darowanie mi. Jestem bardzo nieszczęśliwa z powodu niedobranego małżeństwa“.

Czyżby rozpacz z powodu nieodpowiedniego związku była tak wielką lub warunki tak ciężkie, że nie pozwoliły dojrzeć innego wyjścia poza odebraniem sobie życia? Zbyt szczupły materiał pozwalał snuć tylko przypuszczenia.

„Więcej żyć nie mogę, ponieważ jestem onanistą“.

Materiał jest zbyt skąpy, nasuwają się rozmaite przypuszczenia: przyczyną samobójstwa mogły być chyba skrupuły natury etycznej i religijnej, i samobójca uważa jako ekspiację publiczne przyznanie się do swego grzechu.

„Kochana Mamo jestem zmuszona odebrać sobie życie, bo nie mam dachu nad głową. Teściowa stale mnie wypędza, więc gdzie pójdę sama biedna kobieta? Tylko raz się żyje i raz się umiera, żal mi bardzo moich nieszczęśliwych dzieci, a tak to nic nie mam do stracenia, wreszcie jestem za ambitna, żeby mnie teściowa wypędzała, by mi nie pozwalała wracać w te progi. A teraz napiszę mamie, o co teściowa mnie wyzwała. W niedzielę poszłam z Felkiem na poprawiny i kupiłam teściowej ćwierć kilo kiełbasy i sobie też. Razem była gotowana. Dałam dzieciom po kawałku i sąsiadce — Felek przyszedł i zawołał mnie, że bym mu dała obiad, poszłam i chciałam mu dać kiełbasy i kapusty, więc spytałam mamusi, czy to kiełbasa moja, bom o tem zapomniała, że dała dzieciom, więc myślałam, że to kiełbasa moja. Matka na mnie: Ja wam zjadłam, mnie złodziejką robicie, jakieście sami złodzieje, to myślicie, że i ja. Wymyśla, ja mówię, że nie wiedziałam. Teściowa: Precz, huntwcocie z mojego domu. No i co mówić, kiedy gorsza niż wściekły pies. Do widzenia. Niech mama da dozór na dzieci i przyjedzie na pogrzeb, a z Felka rodziny aby nikt nie był“.

Nietylko nędza, lecz i poczucie, że znalazł się poza nawiasem swego społeczeństwa, że wokoło niego zaciskają się nieubłagane ręce losu, i znikąd ratunku być nie może, każą ginąć człowiekowi, który przed śmiercią przesłał do jednego z czasopism kartkę następującej treści:

„Proszę Sz. Redakcję o zaopiekowanie się żoną moją, która zostaje w ostatniej nędzy z przyczyny Związku Kelnerów, który nie dał mi pracować, bojkotując na terenie całej Rzeczypospolitej“.

Przyczyn tego wyroku czy może samosądu nie znam, żadnych więcej szczegółów nie posiadam, zdaje mi się jednak, że poza nędzą, którą wymienia, kryje się jeszcze inna przyczyna, natury moralnej... Był to człowiek raczej miękki, pozbawiony mściwości i, zdaje się, obdarzony pewną dozą krytycyzmu, gdyż w przeciwnym razie postarałby się zabić przedtem tych, którzy byli w jego przekonaniu sprawcami bojkotu.

Nędza, ale tylko jako przyczyna natury ze-

wewnętrznej, radzi pozbawić się życia 21-letniemu gońcowi:

„Droży moi, przepraszam was za to, co zrobiłem. Popelniam samobójstwo, bo dłużej na tym świecie żyć nie mogę. Żal młodych lat, ale nic nie radzić, tak wypada.

Kochany braciszku, bądź w tem wszystkim przytomny. Nie nakładajcie na mnie ubrania nowego, nie bądź frajerem, nic nie nakładajcie, sprzedajcie, będziecie mieli na chleba kawałek lub sam donosisz. A mnie w jaką płachtę zawińcie, bo wszystko jedno, zginie dobre i złe. Mam pieniędzy tylko 3 zł. 77 gr.

A wy, kochane dziewczuszki, cieszcie się, że już jestem szczęśliwy, a dlatego, że już będę w ziemi leżał. Kochany braciszku, pokryj dług dla Romka 50 groszy.

Kochana Mamusiu, będzie, że jestem ulokowany na stałą posadę. A gdzie ta posada? Jest w ziemi, tam”.

Jeśli uznamy za przyczynę zewnętrzną nędzę, która aż krzyczy z tego listu, musimy się zgodzić, że jednak wskazuje ona naogół inne drogi wyjścia; dalej, jeśli nawet staniemy na stanowisku, że troski o byt codzienny były główną przyczyną popełnienia samobójstwa, nie możemy nie zauważyć w liście jakby stanu podniecenia, przejawiającego się zwłaszcza w rażących sprzecznościach: „żał mi młodych lat” z jednej strony, a „cieszcie się, że jestem szczęśliwy” z drugiej i t. p.

Niezrozumiała jest dla czytającego przyczyna śmierci kobiety, która zostawiła kartkę następującej treści:

„Kaziu, wybacz mi mą śmierć, „wychodząc zamąż byłam czysta jak łza, umieram bez grzechu”.

Wyczuwa się tylko, że jest to jakaś poważna przyczyna natury moralnej, może konflikt czy skrupuł istoty zbyt wrażliwej.

(C. d. n.)

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Przebieg chorób zakaźnych w roku 1930.

Podał

Dr. H. PALESTER (Warszawa)

Naczeln. Wydz. Chor. Zakaźnych D. Śl. Zdr.

(Dok. patrz № 11).

Nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych Na chorobę tę zgłoszono 607 przypadków zachorowań, t. j. 2,26 na 100.000 ludności. Z wykazanych chorych zmarło 176, t. j. 29% wszystkich przypadków zachorowań (w r. 1929 zgłoszono 869 przypadków w tem zgonów 259).

Najwięcej przypadków zgłoszono:

w m.	zachorowań	zgonów
Warszawie	69	6
woj. nowogrodzkiem	56	4
„ „ lubelskiem	55	7
„ „ kieleckiem	49	19
„ „ lwowskiem	47	15
„ „ krakowskiem	46	15
„ „ warszawskiem	43	23
„ „ łódzkim	42	17

Wedle otrzymanych sprawozdań tylko w przypadkach, gdzie chorzy odstawieni zostali na kliniki lub do większych szpitali, diagnoza potwierdzona została badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego, w tych przypadkach badano też otoczenie chorych na nosicielstwo. Jako epidemia choroba ta w r. 1930 nigdzie nie występowała.

Odra. Liczba przypadków odry w r. 1930 w porównaniu z latami ubiegłymi znacznie wzrosła, albowiem zgłoszono 59567 przypadków, t. j. 221,8 na 100.000 mieszkańców (w r. 1929 zgłoszono tylko 25479 przypadków). Z ogólnej liczby chorych zmarło 584 dzieci, t. j. 0,99% (w r. 1929 — 0,97%).

Najwięcej przypadków zachorowań zgłoszono w woj. lwowskiem, bo aż 13162, w tem 204 przypadki śmierci, t. j. 1,54%. Zapadalność we wszystkich innych województwach jest mniej więcej równomierna, a tylko % śmiertelności waha się znacznie, bo

w wileńskim i stanisławowskiem wynosi 2,6%, zaś w poznańskim 0,07, a w wołyńskim 0,08%.

Róża. Z tej choroby zgłoszono w r. 1930 ogółem 5094 przypadki zachorowań, co daje zapadalność wynoszącą 19,0 na 100.000 mieszkańców. Z tych zmarło 245, t. j. 4,8% (w r. 1929 zgłoszono 4328 przypadków a % śmiertelności wynosił 5,1%).

Najwięcej przypadków zachorowań zgłoszono w mieście Warszawie, bo 1346, t. j. 26,4% wszystkich chorych, najmniej zaś w województwie pomorskiem, bo tylko 74 przypadki, t. j. 1,4% ogólnej liczby chorych.

Śmiertelność jest w rozmaitych województwach bardzo różna: i tak w woj. krakowskiem wynosi 20,1%, w łódzkim 6,9%, w mieście Warszawie 4,9%, w lubelskiem 0,8%, zaś w nowogrodzkiem na 99 chorych a w wołyńskim na 169 nie wykazano ani jednego przypadku śmierci.

Krztuśca zgłoszono w r. 1930 ogółem 10206 przypadków, co daje zapadalność 38 na 100.000. Z chorych tych zmarło 458, t. j. 4,48%, (w r. 1929 — 5,37%). Najwięcej chorych zgłoszono w woj. lwowskiem, bo 3001 przypadków, t. j. 29,4% ogólnej liczby chorych; w woj. stanisławowskiem 1074 przypadki, t. j. 10,5% ogólnej liczby chorych. Najmniej przypadków wykazano w woj. pomorskiem, bo 190, a w lubelskiem nawet tylko 158 chorych.

Śmiertelność waha się bardzo: w woj. tarnopolskiem wynosi 10,02%, w stanisławowskiem 8,4%, lwowskiem 7,4%, zaś w kieleckiem 0,26%, w wołyńskim 0,16%, w woj. śląskiem na 211 przypadków zachorowań nie wykazano ani jednego przypadku zgonu.

Zimnica okazuje dalszy spadek. W roku sprawozdawczym wykazano 199 chorych, t. j. 0,74 na 100.000 mieszkańców (w r. 1929 zgłoszono 310 chorych). Ze zgłoszonych chorych zmarł 1. Najwięcej przypadków zachorowań zgłoszono w woj. poleskiem, bo 122, t. j. 61,3% ogólnej liczby chorych, dalej w kieleckiem 18, krakowskiem 11, w mieście Warszawie 10, wojew. wołyńskie 8, w pozostałych zaś już tylko

pojedyncze przypadki, natomiast w stanisławowskim nie zgłoszono ani jednego przypadku zimnicy.

Zakażenie połogowe zgłoszono w 1564 przypadkach, co czyni 5,83 na 100.000 (w r. 1929 zgłoszono 1189 przypadków). Z wykazanych chorych zmarło 350, t. j. 22,37% (w r. 1929—27,9%). Najwięcej przypadków wykazują miasta względnie ludne ośrodki przemysłowe, a to: woj. łódzkie 444 zachorowań, 41 zgonów. Dalej idą:

m. Warszawa	163 przypadki	6 zgonów
woj. poznańskie	144	44
„ śląskie	131	39
„ pomorskie	121	46

Inne województwa wykazują znacznie poniżej 100 przypadków, a woj. tarnopolskie tylko 19 zachorowań, w tem 9 zgonów. Śmiertelność w rozmaitych województwach waha się bardzo znacznie: i tak jest bardzo wysoka bo waha się od 79% w wojew. krakowskim, do 29% na Śląsku. Natomiast w woj. lubelskim wynosi śmiertelność 8,6%, w wołyńskim 7,8% a w mieście Warszawie tylko 3,7%.

Trądu stwierdzono w r. 1930 na terenie Państwa Polskiego jeden przypadek. Dotyczy on chorej, która przed 20 laty wyjechała do Argentyny, gdzie przebywała w Buenos Aires a ostatnio przez 8 lat w Brazylii w Rio de Janeiro. Przed 7 laty wróciła do kraju, pracując w różnych miejscach. Zmiany chorobowe trwają u niej już od dłuższego czasu. Chora jest izolowana w szpitalu św. Łazarza w Warszawie, gdzie przebywa wspólnie ze stwierdzonym w r. 1928 przypadkiem trądu guzowatego, zawleczonym do nas z Baku (Kaukaz).

Sprawa rejestracji gruźlicy robi znaczne postępy dzięki z roku na rok zwiększającej się sieci przychodni przeciwgruźliczych, które wyławiają i zgłaszają przypadki niebezpieczne dla otoczenia. Takich przypadków zgłoszono w 1930 roku 20.892, t. j. 77,8 na 100.000 mieszkańców. Z tej liczby chorych zmarło 7701 osób, t. j. 32,07%.

Jaglicy zgłoszono w 1930 r. 24.689 przypadków (w r. 1929 zgłoszono 14.028 przypadków), co daje zapadalność 91,9 na 100.000 mieszkańców. Zwiększenie liczby zgłoszonych przypadków i dokładniejsza rejestracja chorych jest tu także zasługą szeroko rozbudowanej sieci przychodni przeciwjagliczych, które sięgają coraz głębiej do warstw ludności, dla których leczenie było dotychczas bardzo mało dostępne.

Wąglika w r. 1930 zgłoszono 60 przypadków (w r. 1929 zgłoszono 58 przypadków), t. j. 0,22 na 100.000 mieszkańców. Z wykazanych chorych zmarło 8, t. j. 13,33%. Wszystkie te przypadki są naogół sporadyczne, za wyjątkiem 8 przypadków w woj. białostockim, gdzie we wsi Mścichy (powiatu szczuczynskiego) padła sztuka bydła na wąglik. Felczer weterynaryj pozwolił skórę z tego bydła ściągnąć a mięso po nasoleniu i wygotowaniu spożyć. Wszyscy, którzy pomagali przy zdzieraniu skóry, ćwiartowaniu i soleniu mięsa zapadli na typowy wąglik i byli leczeni w szpitalach w Szczuczynie i Łomży. Z chorych tych jeden zmarł, reszta wyzdrowiała.

Nosaciznę stwierdzono w 1930 r. tylko w jednym przypadku i to śmiertelnym. Przypadek ten dotyczy mieszkańca wsi Przesławice pow. miechowskiego, u którego źródłem zakażenia była nosacizna jego własnego konia, stwierdzona bakterjologicznie po zabiciu konia.

Włośnicy zgłoszono w 1930 r. 67 przypadków (w r. 1929 — 118 przypadków), t. j. 0,26 na 100.000 mieszkańców. Z tych zmarła 1 osoba, t. j. 1,49%. Ze zgłoszonych przypadków przypada na Warszawę 25 przypadków, na wojew. warszawskie 13, na woj. śląskie 26 przypadków.

W innych województwach zgłoszono zachorowania pojedyncze, lub żadnych. Większa część tych przypadków występowała sporadycznie, a tylko w dwóch województwach włośnica wystąpiła masowo: a mianowicie na Śląsku i w białostockim. W woj. śląskim w powiecie pszczyńskim zachorowało naraz 22 osoby, które spożyły w stanie surowym lekko wędzoną wieprzowinę, kupioną u rzeźnika, zaś w woj. białostockim w powiecie wysoko-mazowieckim zachorowało naraz 7 osób po spożyciu mięsa wieprzowego z uboju na własny użytek. Badanie resztek tego mięsa wykazało obecność trychin.

Wścieklizna. Ukąszeń przez zwierzęta wściekłe i podejrzane o wściekłość zgłoszono w r. 1930 przez lekarzy powiatowych 1477 przypadków (w r. 1929 — 1763). Liczba pokąsanych a leczonych jest jednakże znacznie większa, gdyż wobec prowadzonego obecnie leczenia na powiatach wielka część przypadków leczonych na prowincji, nie dochodzi obecnie do wiadomości władz. Z Zakładu wyrobu surowic i szczepionek w r. 1930 wydano i wysłano na prowincję 4726 porcyj szczepionki przeciw wścieklicznie, a ponieważ w każdym powiecie tylko jedna apteka obowiązana jest utrzymywać 3 porcje tej szczepionki na składzie, przeto można przyjąć, iż z wysłanej ilości szczepionki pozostaje jeszcze zwyż 500 porcyj nieużytych tak, że leczonych pokąsanych było między 4100—4200 osób. Zmarło na wodowstręt w r. 1930 18 osób. W stosunku do urzędowo zgłoszonych 1477 przypadków pokąsania, śmiertelność wynosi 1,21%, zaś w stosunku do przybliżonej liczby rzeczywiście szczepionych 4100 osób śmiertelność wynosi tylko 0,44%. Z osób, zmarłych na wodowstręt, było 9 osób zupełnie nieleczonych i to już to dlatego, że pokąsani albo nie podejrzewali, że zwierzę, które ich kąsało jest wściekłe, albo też nie wiedzieli nic o pokąsaniu, jak np. w przypadku śmierci 9 letniego dziecka w Warszawie, które tylko jakiś przygodny pies polizał po nóżce a nie ugryzł wcale.

Te 9 przypadków należy odjąć od powyższej wykazanej liczby 18 zmarłych tak, że z leczonych przeciw wścieklicznie zmarło właściwie tylko 9 osób, co wobec 1477 urzędowo zgłoszonych chorych daje śmiertelność 0,60%, zaś w stosunku do przybliżonej liczby rzeczywiście szczepionych 4100 osób śmiertelność wynosi tylko 0,22%. Z niecałkowicie leczonych zmarły 3 osoby. Z leczonych całkowicie 6.

Zatruc ostremi produktami spożywczeni zgłoszono 229 przypadków, w tem 26 śmierci, t. j. 11,3%. Najwięcej przypadków zgłoszono w woj. pomorskim, bo 74 zachorowania i 2 zgony, w krakowskim 44 zachorowania i 1 zgon, w poznańskim 37 zachorowań 5 zgonów i stanisławowskim 20 zachorowań. W innych województwach tylko nieliczne przypadki. Wszystkie te przypadki dotyczą przeważnie zatruc zepsutem mięsem względnie nieświeżymi wędlinami, a w nielicznych przypadkach zatruc grzybami lub innymi artykułami spożywczeni.

Choroby Heine Medina w 1930 roku stwierdzono 40 przypadków w tem 8 zgonów, t. j. 20%.

Najwięcej stwierdzono w woj. poznańskim, bo 7 przypadków, w kieleckim 6, nie stwierdzono ani jednego przypadku w mieście Warszawie, w województwach białostockim, nowogródzkim, wołyńskim i tarnopolskim. Badania płynu mózgowodeniowego przeprowadzone były jednakże tylko w nielicznych przypadkach. Kilka przypadków leczenia swoistą surowicą z zakładu Pasteura, której pewnen zapas posiada Departament Służby Zdrowia, rozdając ją bezpłatnie. Śpiączki epidemicznej stwierdzono 21

przypadków, w tem 5 przypadków śmierci, t. j. 23,8%. Najwięcej zachorowań było w woj. kieleckim — 5 przypadków, w tem 2 zgony, w woj. wołyńskim 5 zachorowań, w lwowskim 3 zachorowania i 1 zgon.

Od lipca 1930 roku zarządzo obowiązkowe zgłaszanie twardzieli. Do końca roku zgłoszono narazie 18 przypadków tej choroby, a to w woj. poleskim 7 przypadków, w woj. białostockim, stanisławowskim i tarnopolskim po 3 przypadki, zaś w lwowskim i wołyńskim po 1 przypadku.

Wiadomości bieżące.

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi Pana Wojewodę o wydanie poleceń celem zebrania danych, dotyczących liczby i rodzaju leżących odlegiem, nieużywanych obecnie terenów cmentarnych na terenie podległym Panu Wojewodzie. Chodzi tu o cmentarze, nieużywane od lat (zwykle cmentarze zwinięte, cmentarze choleryczne i t. p.), cmentarze, pozostałe po nieistniejących już parafjach, cmentarze z okresu wojny światowej i bolszewickiej i t. d.

Uprasza się o nadesłanie wypełnionego kwestjonariusza według załączonego wzoru dla każdego z tych cmentarzy z tem, że kwestjonariusz będzie wypełniony przez miejscową władzę gminną, a dane w nim zawarte będą urzędowo potwierdzone przez właściwego Starostę powiatowego.

Jako termin nadesłania wypełnionych kwestjonariuszy wyznacza się dzień 1 lutego 1931 roku.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.
Dr. Piestrzyński.

Kwestjonariusz, dotyczący cmentarza nieużywanego

w gminie.....

pow.....

1. Rodzaj cmentarza: zwykły, choleryczny, wojenny
2. Jakiego wyznania:
3. Powierzchnia całkowita (w metrach kwadratowych);
4. Powierzchnia, nadająca się do grzebania zwłok (część nieużywana).
5. Od kiedy nieużywany:
6. Odległość od najbliższych zabudowań mieszkalnych:
7. Rodzaj gleby:
8. Poziom wody zaskórnej:
9. Stan ogólny: dobry, zadowolający, niezadowolający, ogrodzony, częściowo ogrodzony, nieogrodzony;
10. Uwagi:

Urząd gminy.....
podpis:

Starostwo powiatu.....
podpis:

Dnia..... 1931 r.

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy, i Pana Komisarza Generalnego Rzeczypospolitej Polskiej w. m. Gdańska.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych podaje do wiadomości: że, na podstawie § 7 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4.VIII.1926 r. o państwowej pomocy le-

karskiej dla funkcjonariuszów państwowych (Dz. U. R. P. Nr. 95 poz. 555) uznaje Szpital dla dzieci im. Bersonów i Baumanów w Warszawie za nadający się do leczenia dzieci funkcjonariuszów państwowych.

O powyższem należy powiadomić lekarzy urzędowych i umówionych dla państwowej pomocy lekarskiej dla funkcjonariuszów państwowych z tem, że lekarze ci winni pouczyć rodziny chorych dzieci, przekazywanych do wspomnianego zakładu leczniczego, o ich obowiązku uprzedniego porozumienia się przed umieszczeniem dziecka w zakładzie co do wo'nego miejsca i innych warunków przyjęcia dziecka.

— Zarząd Towarzystwa Chirurgów Polskich niniejszym podaje do wiadomości swych członków i ogółu lekarzy, że na XXVI Zjazd Chirurgów Polskich, który odbędzie się w dniach 13, 14 i 15 kwietnia r. b. (poniedziałek, wtorek środa po niedziei przewodniej) w Warszawie, zgłoszono dotychczas następujące odczyty.

Tematy programowe Zjazdu (1-szy i 2-gi dzień Zjazdu):

1. Obecne poglądy na zapalenie wyrostka robaczkowego na jego leczenie. Referent prof. Dr. Jan Glatzel (Kraków); koreferent prof. Dr. Kornel Michejda (Wilno). 2. Leczenie raka odbytnicy. Referent prof. Dr. Antoni Leśniowski (Warszawa); koreferent prof. Dr. Maksymilian Rutkowski (Kraków) i Dr. Mieczysław Floksztumpf (Warszawa) — leczenie radem.

Do dyskusji na powyższe tematy programowe zapisało się dotychczas kilkunastu kolegów.

Na trzeci dzień Zjazdu zgłoszono dotychczas odczyty następujące:

Doc. A. Wojciechowski i Tokarski (Warszawa). Badania doświadczalne nad kostnieniem pozaszkieletowym. Doc. J. Mossakowski i Jokiel (Warszawa). O zachowaniu się cukru we krwi w zależności od zabiegu operacyjnego. H. Levittoux (Warszawa). W sprawie szwu kostnego struną. Prof. A. Jurasz (Poznań). Odległy wynik wytwórczej operacji pęcherza. Prof. A. Jurasz (Poznań). Pokaz pyelogramów przy użyciu uroselektanu. F. Skubiszewski (Poznań). Zwoje nerwowe trzustki i zmiany w ostrej martwicy trzustki. F. Skubiszewski (Poznań). Neurinoma żołądka (pokaz preparatu). J. Krotoski (Poznań). Badanie przemiany węglowodanowej i jej znaczenie w chirurgicznych schorzeniach trzustki. J. Krotoski (Poznań). Coma basedovicum. S. Bylina (Poznań). Znieczulenie lędźwiowe w ostrem ropnem zapaleniu otrzewnej. S. Winter (Poznań). Odległe wyniki pooderacyjne operowanych przepuklin pachwinowych. L. Nieczyperowicz (Poznań). Odległe wyniki pooderacyjne operowanych przypadków raka sutki. J. Granatowicz i T. Suwalski (Poznań). Rzadkie przypadki guzów naczyniowych. Z. Dziembowski (By-

dgoszcz). W sprawie leczenia obustronnej kamicy nerkowej. S. Kaliniewicz (Kołomyja). Kilka uwag w sprawie krwawiącego wrzodu żołądka. M. Abramowicz (Warszawa). Patogeneza i patologia zapalenia wyrostka robaczkowego. M. Abramowicz (Warszawa). Wskazania do operacji zapalenia wyrostka robaczkowego. M. Abramowicz (Warszawa). Przyczynę do zagadnienia schorzeń wyrostka robaczkowego.

Termin nadsyłania zgłoszeń odczytów upływa z dniem 25 marca r. b. Odczyty zgłoszone powinny być wręczone sekretarzowi Zjazdu przed ich wygłoszeniem. Składka zjazdowa wynosi złotych 10.

Uczestnicy Zjazdu zamieszkali poza Warszawą korzystają z 50% zniżki ceny biletów t.j. opłacają normalny bilet do Warszawy, a na drogę powrotną otrzymują bilety darmowe. Wobec tego biletów jazdy do Warszawy nie można oddawać przy wyjściu z dworca kolejowego, powołując się na okólnik Ministerstwa Komunikacji, a w razie potrzeby należy zwrócić się do dyżurnego urzędnika ruchu.

— Międzynarodowa Wycieczka Naukowa Lekarzy do Ameryki.

Dzięki inicjatywie prymarjusza Dr. Fryderyka Baracha, Wiedeń, wybierają się lekarze dnia 30 kwietnia 1931 z Bremen via E ulogne-Southampton do Ameryki północnej. Uczestnicy zobaczą życie, fabryki i zakłady lecznicze w New-Yorku, F l a d e l f j i, Waszyngtonie, Chicago, Detroit, Buffalo i Spad Niagary. Powrót via Galway-Queenstown-Cherbourg dnia 1. VI. 1931 do Bremy. Cena ryczałtowa 350 - 375 dolarów.

Koledzy (z wszystkich krajów), którzy pragną się przyłączyć otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem: Aertzliche Auslandsstudienreisen, Wiedeń (Wien) Austrja, I. Biberstrasse 11, I. St.

TREŚĆ: Z. SREBRNY. O powikłaniach ropówkowych po wyluszczeniu migdałków. — Wł. STERLING. Choroba Legg-Calvé-Perthesa z zaburzeniami natury rozwojowej i wewnątrzwydzielniczej (dok.). — St. HIRSZBERG. 10 lat stosowania bizmutu w leczeniu kiły (Str. pogl. dok.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — L. KRZEWIŃSKI. Cutivaccin. Przeciwoścowa szczepionka D-ra Paula. — M. GRZYWO-DĄBROWSKA. Listy samobójców (C. d.). — H. PALESTER. Przebieg chorób zakaźnych w r. 1930 (dok.). — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: Z. SREBRNY. Complications phlegmoneuses après l'amygdalectomie. — L. STERLING. Maladie de Legg-Calvé-Perthes avec des troubles de nature endocrine (fin.) — St. HIRSZBERG. 10 ans d'application du bismuth dans la thérapie de la syphilis (Rev. gén. fin.). — L. KRZEWIŃSKI. Cutivaccin. Vaccin antirhumatismal du dr. Paul. — M. GRZYWO-DĄBROWSKA. Lettres des suicidés (suite). H. PALESTER. Maladies infectieuses en 1930 (fin).

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

17.III. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

1. L. Paszkiewicz. Powstawanie i rozwój gruźlicy płuc ze stanowiska anatomicopatologicznego.
2. K. Dąbrowski. Powstawanie i rozwój gruźlicy płuc ze stanowiska klinicznego.
3. M. Grycewicz. Zakażenia ponowne (reinfectio) i dodatkowe (superinfectio) w gruźlicy płuc.

18.III. Polskie Towarzystwo Gastrologiczne

- Pokazy:
J. Pomper. Ciało obce w prośnicy.
Odczyt:
Prof. Feliks Malinowski (Wilno). Kiła narządów trawienia.

18.III. Polskie Towarzystwo Pedjatryczne

1. Pokazy:
2. J. Bogdanowicz. Wyniki leczenia ciężkich przypadków błonicy u dzieci, zastrzykiwaniem surowicy do kanału rdzeniowego (doniesienie tymczasowe).

18.III. Towarzystwo Okulistów Polskich

Oddział Warszawski.

1. Odczytanie protokołu posiedzenia z dnia 18.II.1931 r. O. W. T. O. P.
2. Pokazy chorych:
 - a) Dr. J. Neuman. Przypadek przezwania czynnych tętnicy i żyły ciała szklistego u dorosłego osobnika.
 - b) Dr. A. Ślusowska. Kilak w rąbku rogówki.
 - c) Dr. M. Starorypińska - Lewenstamowa. Chory po trepanacji twardówki w tylnym odcinku gałki.
 - d) Dr. W. Arkin. Przypadek opadnięcia powieki operowany wg Kuhnt-Blaskovic-Pick'a.
3. Odczyty:
 - a) Dr. A. Zamenhof. O tarczy zastoinowej w półcieniu.

WARUNKI PRENUMERATY:

W Warszawie 12 Zł., na prowincji 14 Zł., zagranicą 16 Zł., kwartalnie.

CENY OGŁOSZENI:

Okładka tytułowa złotych 500.— Inne okładki oraz ogłoszenia w tekście: cała strona złotych 300,— pół str. zł. 160.—, ćwierć zł. 90.—

Ogłoszenia na miejscach nierezzerwowanych: cała strona zł. 250.—, pół str. zł. 140.—, ćwierć str. 80 zł.—, ósma część str. zł. 50.—

Załączenie wkładki do całego nakładu zależnie od wagi od zł. 200,— do 400.—

Administracja Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego mieści się w drukarni „SIŁA“, Marszałkowska 71, tel. 8.34-48.

Uprasza się Szan. Prenumeratorów w Warszawie i na prowincji o wpłacanie prenumeraty na P.K.O.

Redaktor przyjmuje codziennie od 3-ej do 4-ej pp.

Wydawca przyjmuje codziennie od 8-ej do 11-ej r.