

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: WILHELM KNAPPE

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

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

Rok VIII

WARSZAWA, 23 KWIETNIA 1931 R.

Nr. 17

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

O odruchach brzusznych.

Podał

Stanisław JUSTMAN (Łódź).

Neurologja w ciągłym, a coraz szybszym rozwoju nietylko bogaci się wszcz, lecz również wgłęb, nietylko wynajduje coraz nowe metody poznawania fizjologii normalnej i patologicznej układu nerwowego, lecz również poznaje lepiej objawy do niedawna niedoceniane i nadaje im znaczenie, którego w oczach dawniejszych badaczy nie miały. Do szeregu takich objawów należą odruchy brzuszne, i o nich to chcemy pomówić.

Jeżeli dawniej nie przywiązywano wielkiej wagi do odruchów brzusznych, to działo się tak dlatego, że uważano je za bardzo często zawodzące w warunkach fizjologicznych, znaczenie zaś w patologii może mieć tylko taki objaw, który w warunkach fizjologicznych jest stały, w warunkach zaś patologicznych ulega widocznej zmianie lub wręcz zniesieniu. Otóż, przyznać trzeba, iż odruchy brzuszne są szczególnie wrażliwe na wszelkie zmiany ich podłoża nietylko i nietyle anatomicznego, lecz również czynnościowego. Tą ich wrażliwością objaśnić trzeba sobie fakt, że badano je dawniej, że się tak wyrażę, dla konwenansu, bez przekonania o istotnej owocności badania. Taki znów sposób badania pociągnął za sobą drugi czynnik niepomyślny dla ustalenia znaczenia odruchów brzusznych: oto nie doskonalono techniki ich badania. A tymczasem w miarę doskonalenia techniki odruchy brzuszne stają się w warunkach normalnych coraz łatwiejsze do wywołania i coraz częstsze. Dawniej, naprz., sądzono, że u kobiet dzietnych odruchy brzuszne są zniesione. Tak jednak nie jest, i nieraz u wieloródek o tłoczni brzusznej zwiotczącej można stwierdzić wprost żywe odruchy brzuszne. Odruch brzuszny został wykryty przez Jastrowitza i Rosenbacha, którzy stwierdzili brak jego w porażeniu połowicem po stronie porażonej, co potwierdzili wkrótce Nothnagel, Moeli, Schwarz, Geigel i in. Strümpell i jego

szkoła (Dziembowski) zwrócili uwagę na wczesne znikanie odruchu brzuszego w przypadkach stwardnienia wieloogniskowego. Niedawno zmarły mistrz neurologji niemieckiej Oppenheim potwierdza powyższe spostrzeżenia Strümpella, zarówno jak brak odruchu brzuszego w przypadku guza na wysokości VIII i IX segmentów piersiowych rdzenia oraz żywość odruchu w wjadzie rdzenia, dodaje jednak, iż odruchy brzuszne same przez się są niestałe. Większe znaczenie rozpoznawcze przywiązuje Oppenheim do szybkiego wyczerpywania się odruchów brzusznych. Lewandowski zdania tego nie podziela.

Co do stałości odruchów, to Strümpell i jego szkoła, Monrad-Krohn, Stern-Pieper, Otto Marburg, W. Janowski, Klippel, Monnier-Vinard, Foix i Chavany uważają odruch brzuszny u zdrowych, szczególnie młodych osobników za prawie stały. Cały szereg autorów (Jamin, Müller-Seidelmann, Sicard, Rolleston, Bregman i in.) stwierdził, że cierpienia narządów jamy brzusznej, szczególnie ostre, wpływają na odruchy brzuszne, osłabiając je lub znosząc.

Otto Marburg, który, podobnie jak Monrad-Krohn, uważa odruch brzuszny za korowy, twierdzi, że nawet kilkakrotna ciąża lub sprawy zapalne w brzuchu nie znoszą odruchów brzusznych, tem większe zatem znaczenie ma brak ich w stwardnieniu wieloogniskowym. Bing ocenia znaczenie odruchów skórnych wogóle niewysoko dla dwóch powodów: mogą one znikać przy umiejscowieniu schorzenia znacznie wyżej łuku odruchowego, następnie zaś można je otrzymywać z miejsc odległych nietypowych dla danego odruchu. Wertheim-Salomonson podaje osłabienie, wzgl. zniesienie odruchów brzusznych w przypadkach zapalenia wielu nerwów, o ile jest uszkodzony łuk odruchowy. W. Braun i M. Lewandowski stwierdzili, iż po urazowym uszkodzeniu kręgosłupa i rdzenia wszystkie odruchy (skórne i ścięgnowe) są zniesione.

Rozpatrzymy tedy warunki najłatwiejszego pow-

stawiania odruchów brzusznych. Tu przedewszystkiem spostrzegamy przeciwieństwo w stosunku do odruchów ścięgnowych. O ile przy powstawaniu odruchów ścięgnowych ważny jest pewien stan napięcia czyli gotowości do skurczu w mięśniu czynnym podczas odruchu, o tyle przy powstawaniu odruchów brzusznych warunkiem niezbędnym *sine qua non* jest całkowity stan rozluźnienia mięśni brzusznych. Dla wywołania odruchu kolanowego ustawiamy, jak wiadomo, kończyny w położeniu bliskim całkowitego wyprostowania, a możliwego rozluźnienia zginaczy podudzia. Odwrotnie, przy wywoływaniu odruchów brzusznych należy dbać o możliwe rozluźnienie mięśni tłoczni brzusznej. Nieraz się zdarza, iż pacjenci ciekawi lub trwożliwi podnoszą głowę z poduszki, by śledzić ruchy ręki lekarza. Otóż, należy w takich razach spokojnie przemówić do pacjenta, iż nie ma się czego bać, ani wciągać brzucha, a głowę ma położyć na poduszce. Zbyteczne jest natomiast przyginanie ud w stawach biodrowych, i kończyny dolne mogą leżeć swobodnie, rozciągnięte na pościeli. Po takim przygotowaniu chorego należy szpilką lekkim a szybkim ruchem pociągnąć wzdłuż i powyżej prawej, wzgl. lewej połowy łuku żebrowego (od ruch górny nadbrzuszy), następnie od połowy długości mięśnia biodrowo-łędźwiowego poprzecznie w kierunku do pępka, nie dochodząc jednakże dalej, niż do linii sutkowej (od ruch średni pępkowy), nakoniec wzdłuż i powyżej więzła Pouperta (od ruch dolny podbrzuszy).

Monrad-Krohn odróżnia 4 odruchy brzuszne: 1-szy odpowiada sposobem podrażnienia odruchowi górnemu czyli nadbrzusznemu, 2-gi odruch nadpępkowy powstaje przy podrażnieniu, idącym pionowo do linii środkowej powyżej pępka, 3-ci odruch pępkowy, nakoniec 4-ty podpępkowy powstaje przy podrażnieniu, idącym pionowo do linii środkowej poniżej pępka. Czasem pożyteczne też jest wywołanie t. z. odruchu brzuszno globalnego. Wywołuje się go podrażnieniem, idącym pionowo między linią sutkową a pachową przednią, przyczem otrzymuje się szybko posuwający się od góry ku dołowi skurcz mięśni brzucha. Monrad-Krohn uważa, iż odruchy brzuszne są pochodzenia mózgowego; motywuje on to przypuszczenie faktem osłabienia, wzgl. zniesienia ich w przypadkach uszkodzenia szlaków piramidowych. Nie sądzę, by to przypuszczenie było uzasadnione. Cechą odruchu korowego jest udział woli w powstającym ruchu, naprz. przy oddawaniu moczu lub kału. W przypadkach odruchu brzuszno świadoma wola odgrywa rolę wprost hamującą odruch, podobnie jak to zachodzi często przy wywoływaniu odruchu kolanowego. Sądzę, iż można daleko prościej wyjaśnić osłabienie lub zniesienie odruchów brzusznych w przypadkach uszkodzenia dróg piramidowych: oto wszelkiemu uszkodzeniu tych dróg towarzyszy wzmocnienie napięcia mięśniowego, co z kolei utrudnia wystąpienie odruchów nietylko brzusznych, lecz często również ścięgnowych.

Odruchy brzuszne w odróżnieniu od innych odruchów skórnych, a tembardziej ścięgnowych mają tę właściwość, iż wyczerpują się często bardzo prędko. Jest to ich cecha fizjologiczna wbrew zdaniu Oppenheima. Przy stosowaniu wyżej opisanych metod badania odruch brzuszny u ludzi

zdrowych jest objawem nie wiele mniej stałym, niż odruch kolanowy. Można go nie znaleźć: 1) u ludzi, mających na brzuchu grubą podściółkę tłuszczową, grającą rolę pierzyny, tłumiącej podrażnienie, 2) u asteników, których pobudliwość odruchowa nieraz bywa znacznie upośledzona i to nietylko w stosunku do odruchów skórnych, lecz również ścięgnowych i śluzówkowych. Natomiast wielokrotne ciężce nie wpływają na ogół ujemnie na zachowanie odruchów brzusznych, przeciwnie, często, jak to wyżej zaznaczyliśmy, idą w parze z odruchami brzuszniemi uderzająco żywymi. Czynnikiem, upośledzającym lub znoszącym odruchy brzuszne, jest bębniaca przewlekła, towarzysząca nieraz nawykowemu zaparciu stolca lub innym cierpieniom przewlekłym narządów jamy brzusznej.

Zmiany chorobowe odruchów brzusznych mogą zachodzić zarówno *in plus*, jak *in minus*. Znana jest uderzająca żywość odruchów brzusznych przy osłabieniu innych odruchów skórnych, a zniesieniu ścięgnowych w wiądzie rdzenia. Powiem więcej, że dla wiądu rdzenia charakterystyczne jest przeciwieństwo między żywością odruchów brzusznych, a osłabieniem lub zniesieniem ścięgnowych. Jeżeli obok objawów właściwych wiądowi rdzenia znajdujemy brak odruchów brzusznych, to ma on znaczenie rozstrzygające w rozpoznaniu różniczkowym między wiądem rdzenia a zapaleniem wielu nerwów: wyłącza pierwszy, a przemawia za drugim. Znane jest zniesienie odruchów brzusznych, jako jeden z wczesnych objawów stwardnienia wielogniskowego, tak dalece, że skojarzenie braku odruchów brzusznych z objawem Rossolimo u osobnika młodego już wystarcza do prawdopodobnego wczesnego rozpoznania tego cierpienia (Goldflam).

Zachowanie się odruchów brzusznych może mieć znaczenie dla umiejscowienia ogniska chorobowego i to zarówno w mózgu, jak i w rdzeniu. Przypuśćmy, znajdujemy się wobec chorego, który nagle stracił przytomność. Leży on bezwładnie. Od rodziny lub z analiz dowiadujemy się, że chory ma nerki zdrowe, mocz cukru nie zawierał nigdy. Nasuwa się przypuszczenie udaru mózgowego, określenie jednak strony porażonej może być w pierwszej chwili niemożliwe, gdyż niema jeszcze różnicy odruchów ścięgnowych, może nie być jeszcze objawu Babinskiego lub Rossolimo. Otóż, wtedy zachowanie się odruchów brzusznych ma znaczenie decydujące: porażona jest ta strona, po której odruchy brzuszne są zniesione w przeciwieństwie do strony drugiej, gdzie odruchy brzuszne są zachowane. To stwierdzenie obok stanu serca i wieku daje cały szereg wskazówek prognostycznych i terapeutycznych. Weźmy drugi przypadek. Mamy przed sobą chorego z porażeniem kończyn dolnych spastycznym i ze zmianami czucia tychże, sięgającymi mniej więcej ku górze do wysokości pępka; odruchy brzuszne górne zachowane, średnich i dolnych brak. Na zasadzie powyższych danych, przyjmując naturalnie pod uwagę cały szereg innych objawów oraz danych badania laboratoryjnego, stwierdzamy istnienie w rdzeniu czy jego sąsiedztwie zmian chorobowych (guz, zapalenie poprzeczne, torbiel, zapalenie kręgow) na wysokości IX i X odcinków piersiowych rdzenia. Rzeczą dalszej obserwacji, popartej zdjęciem

rentgenowskimi po wprowadzeniu do worka oponowego lipiodolu, jest ustalić istotę cierpienia.

W cierpieniach szlaków bocznych, dających wzmożenie napięcia mięśni, odruchy brzuszne są zniesione. Natomiast w cierpieniach układu pozapiramidowego, przebiegających z ogólnym stężeniem, odruchy brzuszne są zwykle zachowane lub nawet żywe. Dlatego też zachowanie się odruchów brzusznych ma również znaczenie, gdy chodzi o rozpoznanie różniczkowe pomiędzy stwardnieniem wielogniskowym a pseudosklerozą Westphal-Strümpf'a. W obu chorobach spostrzegamy drżenie zamiarowe, zaburzenia równowagi, mowę skandowaną. Lecz w stwardnieniu wielogniskowym odruchy brzuszne znikają wcześniej, w chorobie Westphal-Strümpf'a są zachowane lub nawet żywe.

W przypadkach bardzo posuniętych Parkinsonizmu lub choroby Parkinsona, gdzie chorzy są całkiem unieruchomieni, oczywiście, nie można wywołać odruchów brzusznych, jak, zresztą, również innych. W przypadkach zupełnego przerwania ciągłości rdzenia mamy do czynienia z zupełnym porażeniem wiotkiem kończyn dolnych i tułowia do miejsca uszkodzenia. Odruchy brzuszne są w tych przypadkach zniesione z początku pod wpływem wstrząsu, a następnie zmian zwyrodnieniowych w rdzeniu poniżej miejsca uszkodzenia. Słowem, niema prawie cierpienia organicznego układu nerwowego ośrodkowego, w którym zachowanie się odruchów brzusznych byłoby bez znaczenia dla rozpoznania lub umiejscowienia choroby.

Lecz znaczenie odruchów brzusznych może sięgać dalej jeszcze, gdyż mogą one nieraz dać szybką i pewną odpowiedź na pytanie, czy dane cierpienie jest organiczne, czy też czynnościowe. Zrozumiałą jest rzeczą, iż od słuszności tej odpowiedzi zależy zarówno rokowanie, jak i kierunek, a więc i skuteczność leczenia. Mamy przed sobą chorego, u którego nagle bez urazu fizycznego wystąpiła paraplegja: pacjent nie może poruszać nogami, ani usiąść, ani przewrócić się na bok. Otóż, tu zachowanie się odruchów brzusznych może od razu wyjaśnić sprawę. Jeżeli odruchy brzuszne są zachowane, to bezwład jest niewątpliwie czynnościowy. Jeżeli odruchy te są częściowo lub całkowicie zniesione, mamy do czynienia ze sprawą niewątpliwie organiczną. A to odróżnienie ma nie tylko znaczenie akademickie, gdyż sprawa czynnościowa wymaga energicznego leczenia sygnetywnego z wynikiem natychmiastowym lub w każdym razie bardzo szybkim. Te rozkrzyczane wśród maluczkich duchem cuda są przecie chlebem codziennym neurologów. Sprawa organiczna wymaga, oczywiście, całkiem innego leczenia, zależnego od dokładniejszego ustalenia istoty choroby.

Innym razem znajdujemy się wobec chorego z porażeniem połowiczem a przytomnością zachowaną. I tu zachowanie się odruchów brzusznych po stronie porażonej decyduje o odpowiedzi na pytanie: organiczne czy czynnościowe. Jeżeli odruchy brzuszne po stronie porażonej są zniesione lub osłabione, to świadczy to niewątpliwie o sprawie organicznej. Jeżeli odruchy brzuszne po stronie porażonej są zachowane i równe co do swej żywości z odruchami strony przeciwnej, to świadczy to również niewątpliwie o sprawie czynnościowej. To

odróżnienie nie dotyczy jednakże małych dzieci, u których porażenie połowicze niewątpliwie organiczne, o czym świadczy objaw Babinski'ego, współistnieje z żywymi odruchami brzuszniemi po stronie porażonej. Objasnia się to przewagą u dziecka układu pozapiramidowego nad piramidowym. Sądzę, że zbytecznym chyba będzie dodać, iż rozpoznanie oprócz należy na całokształcie objawów, otrzymanych drogą szczegółowego badania i to nie tylko układu nerwowego, lecz całego człowieka, t. j. jego ustroju zarówno fizycznego, jak i duchowego. Wiemy, naprz., iż w przypadkach depresji spostrzegamy brak odruchów brzusznych, które wracają, gdy depresja mija.

Jeżeli badanie odruchów brzusznych w cierpieniach układu nerwowego jest, jak to wyżej wyjaśniliśmy, niezbędne, to jest ono też conajmniej pożyteczne w cierpieniach jamy brzusznej, jako dające pewne wskazówki zarówno co do siedliska, jak i co do jakości (cierpienie poważne lub lekkie) choroby. Jak wyżej zaznaczyliśmy, szereg autorów stwierdzał brak odruchów brzusznych w cierpieniach jamy brzusznej. Osobiście mogę potwierdzić te spostrzeżenia, lecz ponadto udawało mi się stwierdzić, iż dzięki zachowaniu się odruchów brzusznych udaje się nieraz umiejscowić cierpienie w jamie brzusznej w przypadkach, gdzie zarówno skargi, jak i wyniki palpacji są dość ogólne i nieokreślone, tak, że trudno ustalić, jaki narząd brzucha jest schorzał. Nieraz brak odruchu brzuszno dolnego prawego był jedynym objawem pewnym przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego; obserwacja późniejsza dowodziła ponad wszelką wątpliwość słuszności rozpoznania. W przypadkach braku odruchu brzuszno górnego prawego miałem nieraz możliwość stwierdzenia, iż wątroba jest powiększona i spoista, co świadczyło o schorzeniu tego narządu. Nim przytoczę kilka przypadków, wykazujących znaczenie odruchów brzusznych dla rozpoznania schorzeń przewlekłych narządów brzusznych, spróbuję wyjaśnić ten związek, który na pierwszy rzut oka może się wydawać niezrozumiały. W przypadku ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego brak odruchu brzuszno dolnego objaśnia się skurczem ochronnym mięśni danej okolicy. Natomiast w przypadkach przewlekłych nic podobnego nie ma miejsca, przeciwnie, często spotyka się prawdziwą atonję mięśni brzusznych i pomimo to stwierdza się brak odruchu, odpowiadającego narządowi, który okazuje się schorzałym. W dziedzinie odruchów istnieje pewna analogja do zjawiska pasa Heada w dziedzinie czucia, i fakt ten objaśnia się fizjologicznie i filogenetycznie. Rozpatrując drabinę istot żywych, stwierdzamy, że, im niżej, tem wyraźniejszy podział na odcinki (segmenty), które u robaków (*Platodes*), naprz., tworzą prawdziwą kolonję osobników jednakowych pod względem ich organizacji. Im wyżej w drabinie jestestw, tem więcej różniczkowania w odcinkach. Lecz ten podział ciała na odcinki jest jeszcze widoczny nawet u człowieka, znajdującego się na szczycie drabiny jestestw. Kręgosłup, uwieńczony czaszką, która jest niczem innym, jeno trzema, wzgl. czterema górnymi kręgami, zmienionymi w długiej filogenezie, podzielony jest na odcinki—kręgi. Temu podziałowi odpowiada podział na odcinki ośrodkowego układu nerwowego, z któ-

rych wychodzą nerwy do wnętrzości i narządów zewnętrznych. W ten sposób każdemu odcinkowi układu nerwowego (neuromer) odpowiada narząd wewnętrzny lub część jego (splanchnomer), wzgl. kończyna lub jej część (metamer). Lecz jeżeli istnieje taka zależność odcinków układu nerwowego, wnętrzości i kończyn, to jest ona niewątpliwie wzajemna, to znaczy, nie tylko uszkodzenie odcinka układu nerwowego odbija się na odnośnym odcinku wnętrzości lub kończyn, lecz również uszkodzenie splanchnomeru lub metameru może pociągnąć za sobą zmiany czynnościowe lub nawet anatomiczne neuromeru. Stałe podrażnienia patologiczne, napływające ze schorzałego trzewia do odnośnego odcinka układu nerwowego, zmieniają pobudliwość odruchową tegoż odcinka, zmniejszając ją aż do całkowitego zniknięcia odruchu. Weźmy, naprz., schorzenie żołądka. Fizjologicznie i anatomicznie odpowiada VII — IX odcinkom rdzenia grzbietowego. A więc, schorzeniu przewlekłemu żołądka powinien odpowiadać stan przewlekłego podrażnienia tych odcinków, a w następstwie zanik odruchu brzuszno-górnego lewego. Potwierdzenie tej mojej koncepcji znalazłem z zadowoleniem w pracy M. L a p i n s k y e g o.

Dla ilustracji wyżej powiedzianego pozwolę sobie przytoczyć kilka przypadków.

Przypadek 1. T. K. lat 37, zgłosił się do mnie 14 kwietnia 1930 r. ze skargami na ból w dołku od blisko pół roku. Badanie przedmiotowe poza tkliwością dołka żadnych widocznych zmian w narządach wewnętrznych nie wykryło. Badanie układu nerwowego wykazało jedynie brak odruchu brzuszno-górnego lewego, pozatem żadnych zmian. Ten skąpy wynik badania przekonał mnie jednakże, iż mamy do czynienia ze schorzeniem poważnym. Rozpoznałem wrzód żołądka. Badania następne wykazały jednak, iż rozpoznanie moje było mylne, i że chodzi o sprawę daleko groźniejszą dla zdrowia i nawet życia chorego. Badanie treści żołądkowej dało wynik następujący: kwasność ogólna 13, wolnego kwasu solnego brak, urobilina mocno dodatnia, odczyn Wolff-Junghansa w rozcieńczeniu 1:200 dodatni pomimo makro- i mikroskopowego braku krwi. Odczyn Bordet - Wassermann (3 antygeny) we krwi ujemny (Dr. Wilner). Rentgenogram: Rak części przedodźwiernikowej krzywizny małej żołądka (Dr. Stupel). Skierowałem chorego do chirurga (Dr. Dengel), który wykonał całkowitą prawie rezekcję żołądka, gdyż rak był na granicy, poza którą już nie można operować. Miałem możliwość badania chorego 29 września, t. j. 5½ miesiąca później. Pacjent podejmuje, iż nie czuje żadnego bólu, przybrał na wadze do 52 kilo, ostatnio z powodu niestrawności stracił na wadze i waży obecnie 50 kilo, a więc w każdym razie o 1½ kilo więcej, niż przed operacją. Przedni dołek nietkliwy, odruch brzuszny lewy żywy, jak inne odruchy brzuszne.

Przypadek 2-gi. M. M., kobieta, lat 53, zgłasza się 22.IX 1930. Od 2-tych tygodni zupełny brak apetytu, mdłości, odbijanie, bóle w dołku po jedzeniu. Schudła znacznie. Była leczona w r. 1927, z powodu objawów wrzodu trawiennego żołądka (bóle, krwotok żołądkowy). Rentgenogram, wykonany wtedy przez D-ra Stupla: Wrzód dwunastnicy. Zapalenie zlepane tkanki okołodwunastniczej i okołookrężnicowej. Stan obecny. Widocznie wychudła. W dołku w lewo od linii pośrodkowej znaczna bolesność, w prawo mniej zaznaczona. Brak odruchu brzuszno-górnego lewego, zresztą, zmian widocznych brak. Odczyn Bordet - Wassermann (3 antygeny) oraz Meinickego we krwi ujemny. Treść żołądkowa: kwasota ogólna 44, wolny kwas

solny 10, związany 25, kwas mleczny 0; pod drobnowidzmem: skrobia, krople tłuszczowe, drożdże (Dr. Wilner). Rentgenogram: Wrzód żołądka i prawdopodobnie brodawczak (popilloma) krzywizny dużej (Dr. Stupel).

Przypadek 3-ci. S. S., lat 19, dziewczyna, zgłosiła się 4.X 1930. Od niejakiego czasu bóle ściskające w dołku po jedzeniu. Przedm.: lekka tkliwość dołka, odruchy śluzówkowe zniesione, plaques hypalgésiques, lecz odruch brzuszny górny lewy słaby. Rozpoznanie: „wrzód żołądka” było potwierdzone przez rentgenogram, który wykazał 2 wrzody krzywizny małej żołądka.

Sądzę, iż przypadek ostatni jest szczególnie uderzający. Wszystko: lekka, prawie że wątpliwa tkliwość dołka, odbijanie, zniesienie odruchów spojówkowych i gardzielowego, plaques hypalgésiques, na koniec cała fizjonomia panienki przemawiały za ściskaniem histerycznym; pomimo to osłabienie odruchu brzuszno-górnego lewego skłoniło mnie do odrzucenia myśli o nerwicy, a do rozpoznania wrzodu żołądka. Omyliłem się jedynie co do liczby, lecz ta omyłka jest zrozumiała.

Mógłbym przytoczyć więcej przykładów, lecz sądzę, że jest to zbyt wiele. Chcę jedynie powiedzieć jeszcze kilka słów o sposobie zachowywania się odruchów brzusznych w alkoholizmie. Znajdujemy tutaj obok ogólnych objawów neurastenicznych (drżenie palców rąk rozpostartych, drażliwość, bezsenność) ciekawe zachowanie się odruchów brzusznych: brak odruchu brzuszno-górnego lewego w przypadku stwardnienia i powiększenia wątroby (okres pierwszy marskości wątroby), brak odruchu brzuszno-górnego lewego w przypadku przeważania objawów żołądkowych (brak łaknienia, ciężar po jedzeniu, wymioty poranne, odbijanie). I tu więc sposób zachowania się odruchów brzusznych wskazuje wprost na narząd, najbardziej schorzały.

Streszczenie. Odruchy brzuszne mają wielkie znaczenie dla rozpoznania prostego, jak i różniczkowego schorzeń układu nerwowego i narządów jamy brzusznej. Dlatego też powinny one być badane z równą sumiennością, jak odruchy ścięgnowe i wszystkie inne objawy, których znaczenie jest już całkiem ustalone.

PIŚMIENNICTWO.

1. R. Bing. Zarys nauki o rozpoznaniu umiejscowienia zmian w mózgu i rdzeniu kręgowym.
2. L. E. Bregman. Diagnostyka chorób nerwowych.
3. S. Justman. O nowym sposobie wywoływania odruchów kolanowych. Nowiny Lekarskie 1923.
4. S. Justman. Nouvelle méthode pour obtenir le réflexe rotulien. Revue Neurologique, T. XXX, № 3.
5. J. Dejerine. Sémiologie des affections du système nerveux.
6. G. H. Monrad-Krohn. Technique clinique d'examen complet du système nerveux.
7. C. v. Monakow et R. Mourgue. Introduction biologique à l'étude de la Neurologie et de la Psychopathologie.
8. Nouveau Traité de Médecine, T. XVIII.
9. H. Oppenheim. Lehrbuch der Nervenkrankheiten.
10. M. Lewandowsky. Handbuch der Neurologie.

11. A. Goldscheider. Diagnostik der Krankheiten des Nervensystems.

19. M. Lapinsky. Ueber die Deutung einzelner klinischer Symptome mit Hilfe der Prinzipien der zentripetalen Innervation innerer Organe. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u.

Psychiatrie. Bd. III, H. 1/2, S. 229; 1927; zreferowana w Nervenarzt l. Jhrg. 1928, H. 3, S. 179.

13. S. Goldflam. Die diagnostische Bedeutung des Rossolimoschen Reflexes bei Erkrankungen des Zentralnervensystems.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z pracowni rentgenologicznej własnej

Metoda podawania żółci wołowej w cholecystografji*).

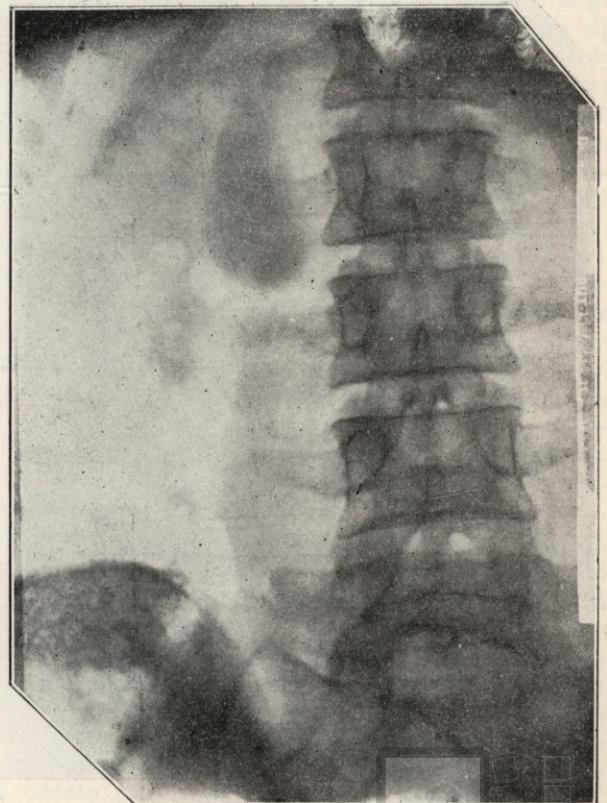
Podał

B. GRYNKRAUT (Warszawa)

Od trzech lat stosuję żółć wołową w cholecystografji doustnej. Metodę tą opisałem w styczniu 1928 r. w piśmie francuskiego towarzystwa radiologicznego w Paryżu. W lipcu tego samego roku Foerster i Leberman z Würzburga, następnie zaś ostatnio Poirot z Metz potwierdzili skuteczność tej metody. W pracy niniejszej chciałbym uzasadnić jej znaczenie jako metody ogólnej w zastosowaniu do cholecystografji dożyłnej, jak i doustnej.

Przedewszystkiem należy wyjaśnić, dlaczego pęcherzyk żółciowy, który jest przezroczysty dla promieni, staje się nieprzezroczysty i w świetle rentgenowskiem daje cień, którego zdjęcie na płycie fotograficznej nazywamy cholecystografją. Otóż dlatego, że do pęcherzyka dochodzi żółć, zawierająca związek jodowy (czterojodek fenoltaleiny), którego ciężar atomowy jest już z tej kategorii, że zatrzymuje i wchłania promienie Roentgena. Liczne trudności interpretacyjne pozostają jednak jeszcze do rozwiązania, gdyż trudno zrozumieć, dlaczego w pierwszych godzinach po podaniu czterojodku pęcherzyk żółciowy, zawierający już związki jodowe, cieniowania pęcherzyka na kliszy dać nie może, i że dopiero po dłuższym czasie otrzymujemy cholecystografję. Istnieje koncepcja, według której woreczek żółciowy koncentruje swą zawartość dzięki swym ścianom, wchłaniającym głównie żółć, wobec czego pozostaje w nim coraz więcej związków jodowych, i dopiero po dłuższym czasie możliwe jest nagromadzenie takiej ilości jodu, że cieniowanie pęcherzyka daje wynik dodatni. Tak jednak nie jest, gdyż pęcherzyk żółciowy można wyciąć i zastąpić go przez woreczek gumowy, którego ściany nie mają właściwości absorbcyjnych, niemniej jednak, jeżeli wypełnimy go żółcią, zawierającą dostateczną ilość jodu, czyli wydzieloną przez wątrobę w odpowiednim okresie, otrzymamy bezwzględnie dobre zdjęcie cholecystograficzne (Graham i Cole). Z tego wynika inna koncepcja, według której wątroba wydziela żółć i związki jodowe, których proporcje ilościowe, w zależności od typu wydzielania komórki wątrobowej, są zmienne indywidualnie. Zasadniczo można rozróżnić dwa typy wydzielnicze: 1) Ilość jodu i żółci pozostaje

w stosunku do siebie wielkością niezmienną. Graficznie jest to typ prostoliniyjny. Rentgenologicznie zaś nie daje cieniowania woreczka żółciowego, gdyż żółć posiada stale jednakową i niedostateczną ilość jodu. 2) W miarę wydzielania jod wchodzi w proporcji coraz większej w skład żółci, aż do pewnego *maximum*, którego nie przekracza, potem następuje skutek tego nasilenia, upadek ilości procentowych związków jodowych. Ten typ wydzielniczy można przedstawić graficznie jako krzywą, złożoną z części wstępującej i zstępującej, złączonych ze sobą za pomocą szczytu, odpowiadającego chwili nasilenia wydzielniczego komórki wątrobowej. Rentgenologicznie zaś, im wyższy jest ten szczyt, i im bardziej są ze sobą zbliżone to nasilenie i moment wykonania zdjęcia, tem wynik jest lepszy. Do takich wniosków dochodzą Delrez i Paris w wyniku doświadczeń, dokonanych na swych pacjentach, na których wykonali cholecystostomję. Wszystkie te fakty przemawiają za tem, że cholecystografja jest funkcją rytmu sekrecyjnego komórki wątrobowej.



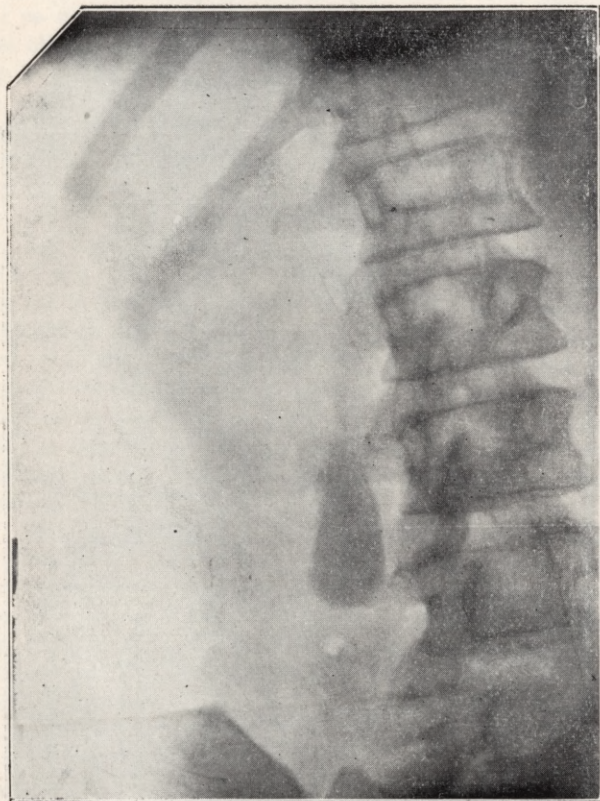
N-1. Zdjęcie woreczka żółciowego (norma), (cholecystografja otrzymana dopiero po podaniu żółci wołowej).

*) Według odczytu wygłoszonego 20.II.31 na posiedzeniu polsk. Tow. Lek. Radiologii w Warszawie.

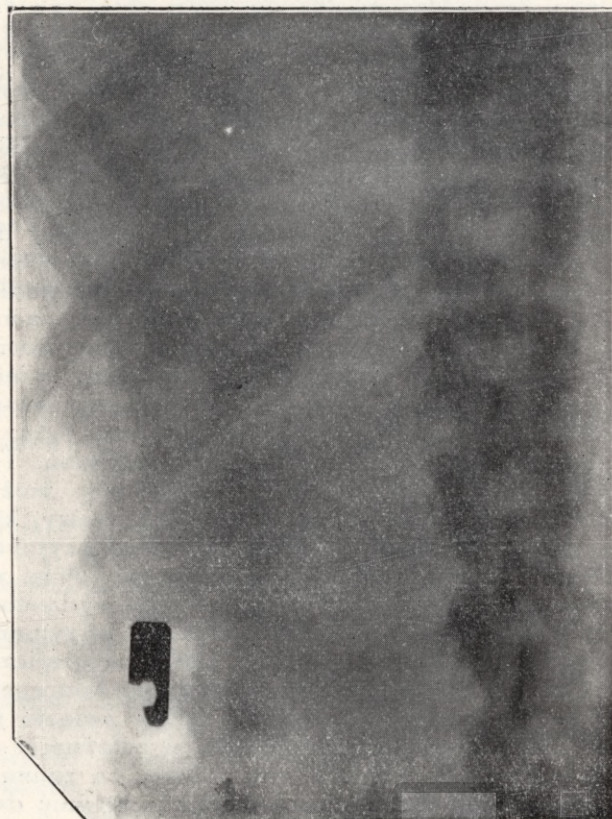
Praktycznie rzecz się przedstawia w sposób następujący: zdjęcie cholecystograficzne powinno być wykonane wtedy dopiero, gdy następuje *maximum* wydzielania komórki wątrobowej bogatej w związki jodowe, co może nastąpić u jednych w 4 godziny, u innych dopiero w 8 lub też 12 godzin po spożyciu czterojodku. W tych warunkach jasnym jest, że należy postępować metodycznie, gdyż często cholecystografia o wyniku ujemnym wskazuje tylko na zbyt wczesną lub zbyt późną rentgenografię. Czasami jednak cholecystografia jest również ujemna, gdyż w żółci wydzielanej jodu jest stale za mało, ażeby powstał cień rentgenowski na kliszy. Typ wydalania jodu ma więc znaczenie pierwszorzędne, i musimy znaleźć odpowiedni sposób, ażeby na niego wpłynąć. Przypominamy, że cholagogi są to substancje, które są w stanie powiększyć ilość żółci wydzielanej według krzywej, której szczyt nasileniowy jest osiągnięty już w przeciągu dziesięciu minut. W tym momencie ilość żółci wydzielanej może się stać poczwórna, poczem następuje spadek, i po 25 minutach ilość jej dochodzi do swej wartości pierwotnej. Jeżeli więc chcemy wpłynąć na wydzielanie komórki wątrobowej, wzmacniając i przyspieszając jej nasilenia sekrecyjne, a nawet ją wywołać, musimy podczas trwania tego procesu podawać w równych odstępach czasu cholagogi zarówno w cholecystografii dożylniej, jak i doustnej. Żółć, sekretyna, kwas solny rozcieńczony — oto są cholagogi najbardziej znane i czynne. Najpraktyczniejszym z nich okazała się żółć wołowa, znana głównie z prac Besredki, który wraz ze swymi współpracownikami dowiódł, że żółć wołowa

przyczyniła się wybitnie do osłabienia barjery, jaką śluzówka jelitowa przeciwstawia absorbcji pewnych substancyj. Przytoczymy piękne doświadczenia Ramona, Grasseta i Dietricha, którzy, podając jad tężcowy zwierzętom nawet w dużych dawkach, nie zauważyli nawet zmian w usposobieniu tych zwierząt, natomiast ta sama dawka toksyny tężcowej po uprzednim podaniu żółci wołowej okazała się w swych skutkach zabójcza, wywołując ogólny tężec. Pod wpływem żółci absorbcja powiększa się również z innych względów: powiększa ona stan rozproszenia molekularnego (Tadokuro) i obniża napięcie powierzchniowe płynów, czego dowodzi reakcja Haya. Według prac Traubego czynniki te przyczyniają się w znacznym stopniu do wzmożenia wchłaniania śluzówki jelitowej. Cholecystografia doustna ma na celu przeprowadzenie związków jodowych znajdujących się w jelitach do krążenia ogólnego. Bardzo często się zdarza, że czterojodek pozostaje wraz z zawartością jelitową wydalony nazewnątrz, gdyż z różnych przyczyn śluzówka nie jest w stanie go zaabsorbować. Z tych względów należy podawać żółć wołową, która, według Besredki, atakuje nabłonek śluzówki i złuszcza go, co wzmacnia absorpcję jelitową.

Co się tyczy techniki podawania żółci wołowej, jest ona bardzo prosta: co pół godziny chory połyka 1 kapsułkę żółci wołowej (Felalbini Spiess) aż do czasu radiografji, która następuje już po 6-ciu, a następnie po 10-ciu i po 14-tu godzinach. Ilość czterojodkufenoltaleiny w cholecystografji doustnej dochodzi do 10-ciu centigr. na kilo wagi z powodu dużych strat, jakie ponosi się



N-2. Zdjęcie woreczka żółciowego opuszczonego (cholecystoposis), (cholecystografia otrzymana dopiero po podaniu żółci wołowej).



N-3. Zdjęcie woreczka żółciowego wypełnionego kamieniami (cholecystografia otrzymana dopiero po podaniu żółci wołowej).

w środowisku jelitowym. Należy podawać również środki przeciwskurczowe (*papaverinum hydrochloricum* 0,06 gr.), co ułatwia cholecystografię i umożliwia wyniki dodatnie w tych przypadkach, kiedy wrzody dwunastnicy, rak żołądka, kamienie w moczowodach, wywołując skurcze odruchowe w przewodach żółciowych (O r a t o r, G r a e b e) dają wyniki ujemne. Kilka przypadków, jakie miałem sposobność przedstawić na posiedzeniu radiologów dowodziły w sposób przekonywujący, że niektóre cholecystografie, wykonane zwykłymi metodami, dawały wynik ujemny, po podaniu żółci w sposób, wyżej opisany, dały wynik dodatni w postaci dobrze zarysowanego pęcherzyka (patrz rysunki). Należy więc metodycznie podczas każdej cholecystografii podawać żółć wołową, co wpływa skutecznie i na sekrecję komórki wątrobowej i na wchłanianie śluzówki jelitowej.

PIŚMIENNICTWO

Grynkrout B. (Varsovię) Sur un procédé de cholecysto-

graphie par la voie buccale: mordençage préalable de la muqueuse intestinale par la bile de boeuf. Bull. et Mém. de la Soc. de Radiol. Méd. de France. 1928, Janvier, N—145. p. 44. Grynkrout B. (Warszawa) O metodę cholecystografji. Medycyna, 1928. N—39. Foerster A. u. Leberman F. (Würzburg) Eine Vereinfachung der cholecystographie mit Natriumchoolat u. Felamin, Fortschr. auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. 1928. Juli. T. 38. Poirot (Metz) Bull. et Mém. de la Soc. de Rad. Mém. de France 1930 Mai. N—169. Besredka. Du rôle du mordant dans l'infection et dans l'immunité. Bull. de l'Institut Pasteur. 1927. N—11, 12. Graham & Cole: Journ. Amer. Med. Assoc. t. LXXXIV p. 1777. Delrez et Paris (Liège): Cholecystographie et le rythme d'élimination par le foie de la tetraiodophenolphthaleine. Pr. Med. 1931. N—6. 21. 1. Graebe (A.) Ein neuer Weg zur Erhöhung der differentialdiagnostischen Sicherheit der Gallenblasendarstellung. M. M. Woch. 1927. N—47 s. 2016. Tadokoro T. The antagonistic action between salts on the surface tension organic colloidal solution. Journ. of Biochemie 2.2. 1923. Traube J. u. Jumikuras S. Lipoidtheorie u. Oberflächenaktivitätstheorie. Biochem. Zeitschr. 1925. 157. 383. (Cytowane wedł. Cytronberga).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

O gorączce gruczołowej.

Podał

Stefan KRAMSZYK (Warszawa).

(Dokończenie p. Nr. 16).

Tak więc wszyscy powyżej cytowani autorowie, jak E. Glanzmann, Emil Schwarz i Stepp i Wendt, zupełnie utożsamiają Pfeifferowską gorączkę gruczołową z „zakaźną mononukleozą”, czy też, jak się inni wyrażają, z „anginą o odczynie limfocytowym” lub wprost z „odczynom limfocytowym”. Dla autorów tych wszelkie objawy kliniczne ustępują na dalszy plan, a o trafności rozpoznania choroby decyduje wyłącznie obraz krwi. Dla Steppa i Wendta nawet ani angina, ani obrzmienie gruczołów nie są konieczne do postawienia rozpoznania gorączki gruczołowej. Dla nich tożsamość dziecięcej gorączki gruczołowej z odczynom limfatycznym, występującym u dorosłych nie ulega żadnej wątpliwości.

Już nie mówiąc o tem, że taki np. opis choroby, podany przez Glanzmanna, znacznie rozszerza pierwotny Pfeifferowski, że Stepp i Wendt wogóle trzymają się przedewszystkiem obrazu krwi, którego Pfeiffer i jego bezpośredni następcy zupełnie nie uwzględniali, podnoszą się już głosy i przeciwko samemu identyfikowaniu gorączki gruczołowej z anginą limfocytową u dorosłych. W listopadzie roku 1930 Werner Schultz swoje wystąpienie przeciwko tożsamości tych dwóch postaci chorobowych opiera na następujących przesłankach: 1) Podczas gdy przenoszenie gorączki gruczołowej z jednego osobnika na drugiego nie podlega kwestji, Schultz w ciągu dziesięcioletniej obserwacji anginy limfocytowej nie mógł

stwierdzić ani jednego przypadku takiego przeniesienia. 2) Nie spotkał on ani jednego przypadku, gdzie nie byłoby anginy; wogóle ciężkość choroby stała zawsze w prostym stosunku do ciężkości objawów anginowych. Te ostatnie uważa Schultz za przejaw już istniejącego schorzenia ogólnego w anginie limfocytowej. 3) W przeciwieństwie do opisu Pfeiffera również i czas trwania ciepłoty podwyższonej w anginie limfocytowej jest dłuższy i wynosił przeważnie od 8 do 14 dni. 4) Materiał Schultza dotyczy w przeważnej części wieku od 15 do 25 lat. Reasumując swoje wywody, dochodzi Schultz do wniosku, że w żadnym razie nie należy bardzo zresztą ważnemu obrazowi krwi przypisywać zbyt wybitnej roli jako czynniki, łączącemu te dwie różne postaci chorobowe. Wiadomo bowiem, że w wieku dziecięcym przewaga elementów limfoidalnych nad granulocytami jest zjawiskiem fizjologicznym. Dalej względna limfomonocytoza występuje w różnych okolicznościach nie tylko u dzieci, ale i u dorosłych. Tak np. angina Plaut-Vincenti wykazuje względną limfomonocytozę. Szczególna właściwość limfoidalnego obrazu krwi, opisana przez Schultza i Mierischa, nie jest napewno wyłącznym stygmatem anginy limfocytowej, lecz prosto wyrazem stanu odczynowego narządów limfatycznych. Schultz uważa sprawę tożsamości dwóch wchodzących w grę postaci chorobowych za tak długo nierozstrzygniętą, dopóki nie zostanie wykryty czynnik etjologiczny. Tymczasem nie ulega wątpliwości, że przy baczniejszej uwadze wielu lekarzom, a oczywiście przedewszystkiem pedjatom, zdarzać się muszą często przypadki, które w zupełności odpadają pod klasyczny pierwotny obraz Pfeiffera, ale w których nie dochodzi do morfologicznego zbadania krwi. Przeważnie te spostrzegane

przypadki noszą charakter sporadyczny, daleko rzadziej mamy tu do czynienia z większą czy mniejszą epidemją.

Na ostatnim Zjeździe dorocznym pedjatrów niemieckich, odbytym w kwietniu 1930 r. w Wiesbaden, prof. Scheer opisał epidemię gorączki gruczołowej, jaką miał sposobność spostrzegać w miejskim Schronisku dla dzieci w Frankfurcie nad Menem. Spostrzeżenia dotyczyły 43 przypadków wśród niemowląt i małych dzieci i ze względu na wiek pacjentów są nader cenne. Co do ciężkości przebiegu, to można było stwierdzić wszelkie stopniowania; były przypadki z wielkimi pakietami gruczołów szyjnych z nieznaczną gorączką, i z drugiej strony—zdarzały się przypadki z jedno- lub dwudniową gorączką, z typowymi innymi objawami choroby i z charakterystycznym obrazem krwi, ale bez znaczniejszego obrzmienia gruczołów, a więc przypadki, które w razie wystąpienia sporadycznego nie mogłyby być jako takie rozpoznane. Przeważnie jednak przebieg był typowy, rozpoczynający się szybko wzrastającą temperaturą do 40°, opadającą po paru dniach, i obrzmieniem gruczołów szyjnych przeważnie w 1—2 dni po wystąpieniu gorączki. Obrzmienie, przeważnie obustronne, dotyczy głównie okolicy mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego, osiąga zwykle wielkość śliwki i posiada osobliwą konsystencję elastyczną. Obrzmienie to jest niezwykle charakterystyczne i nie daje się właściwie pomieszać ze zwykłym obrzmieniem gruczołów szyjnych; ma raczej podobieństwo do zapalenia przyusznicy.

W kilku przypadkach dochodziło do wytworzenia się ropnia pozagardłowego, z którego ropy udawało się wyhodować łańcuszkowca hemolizującego. Niekiedy Scheer spostrzegał „rash”, mogący naprowadzić na przypuszczenie szkarlatyny, którą jednakże od razu można było wyłączyć. Co do obrazu krwi, to Scheer również w początku choroby stwierdzał regularnie wybitną leukocytozę z silnym przesunięciem wlewo. W ciągu kilku dni znika przesunięcie wlewo, a leukocytoza zostaje zastąpiona przez limfocytozę, która staje się coraz silniejsza i najwyższy swój stopień osiąga dopiero po upływie tygodni i miesięcy, aby znowu powoli ustąpić.

Obraz krwi, jak zaznacza Scheer, u niemowląt i małych dzieci nie może być tu porównywany z takimże obrazem u dorosłych, gdyż tutaj istnieje fizjologiczna limfocytoza; również i grupa mononuklearów jest u oseska znacznie większa w stosunku do dorosłego. Scheer podkreśla także tendencje do recydywy, przyczem dają się skonstatować okresy ośmiodniowe, oraz zwraca uwagę na nader charakterystyczne objawy ze strony gardła. Według tego autora nie tylko migdałki i jęczyzek wykazują lekkie, niezapalne, trudne do opisanego zaczerwienienie, ale cała okolica jest raczej obrzęknięta i obrzmiała; zachodzi tu, zdaniem Scheera, ta sama sprawa, co i w gruczołach limfatycznych, a zatem obrzmienie narządów limfatycznych pierścienia gardłowego. Gardło i jamę ustną wypełnia wielka ilość ciągnącego się, białego, szklatego śluzu.

Spostrzeżenia, dokonane przez Scheera, są niezmiernie interesujące również i pod względem epidemiologicznym i etjologicznym. Wrażliwość

dzieci na gorączkę gruczołową jest, jak się okazuje, bardzo znaczna. Z wystawionych na zakażenie dzieci zachorowywało 60%; na niektórych salach wszystkie ulegały chorobie; wśród odpornych przeważały niemowlęta poniżej sześciu miesięcy. Okres wylegania wynosi około czterech dni, zarazek nie musi być lotny, gdyż zakażenie następuje tylko w większej bliskości. Ponieważ zachorowują na gorączkę wszystkie dzieci bez względu na ich właściwości konstytucyjne, należy, zdaniem Scheera, zupełnie odrzucić przypuszczenie możliwości istnienia jakiegoś wrodzonego sposobu reagowania na zarazek.

Zarazek gorączki gruczołowej nie może być jeszcze stwierdzony ostatecznie; jedni autorowie dopatrują się go w łańcuszkowcach, drudzy myślą o łańcuszku influenzy, pneumokokach i in. Na podstawie własnych badań bakterjologicznych Scheer dochodzi do wniosku, że należy przyjąć osobny gatunek łańcuszkowca dla gorączki gruczołowej i uważać tę chorobę za pokrewną szkarlatynie. Gorączkę gruczołową uważa on za nader często wydarzające się schorzenie, które jednakże często zostaje nierozpoznane; prawdopodobnie w najbliższej przyszłości należy się liczyć z nastaniem większej fali epidemicznej.

W dyskusji, jaka się wywiązała, zakomunikował prof. Bessau, że spostrzegał w Lipsku przebiegające obok siebie epidemie gorączki gruczołowej i szkarlatyny, co naprowadziło na przypuszczenie, że między dwiema temi chorobami istnieje pokrewieństwo etjologiczne; we wszystkich badanych bakterjologicznie gruczołach znajdował Bessau łańcuszkowce. W obu chorobach dochodziło do rozlanego zapalenia kłębkowego nerek.

Uffenheimer z Magdeburga obserwował również w latach 1929—1930 epidemię gorączki gruczołowej; zdarzały się nawet przypadki z wysypką, ale brak eozynofiliów pozwalał wyłączyć szkarlatynę; we krwi Uffenheimer nie stwierdzał mononukleozy, ale raczej wysokie liczby ziarnistych limfocytów z silnym przesunięciem wlewo.

Kiedy słuchałem na Zjeździe Wiesbadeńskim wywodów Scheera, stanęły mi w pamięci spostrzegane w ostatnich czasach przypadki, które bezwzględnie podpadały pod określenie gorączki gruczołowej, jednakże z powyżej już wyłuszczonej przyczyn nie były jako takie rozpoznawane. Tak np. na pół roku przedtem obserwowałem we własnej rodzinie u siedmioletniego chłopca przebieg choroby, która rozpoczęła się nagle ciepłotą, dochodzącą do 38,5—39,0°, i trwała trzy dni; jednocześnie zjawiało się charakterystyczne obrzmienie gruczołów szyjnych, osobliwie tylnych, przyczem cały obraz w zupełności odpowiadał powyżej podanemu. W gardle stwierdziłem zaczerwienienie i rozpułchnienie, o którym wspomina Scheer, a które jeszcze po upływie dwóch tygodni mógł stwierdzić laryngolog. Obok tego zaznaczone było wyraźnie obrzmienie migdałka gardłowego. Po trzech pierwszych dniach choroby ciepłota opadła i przez następne cztery tygodnie utrzymywał się lekki stan podgorączkowy i obrzmienie gruczołów limfatycznych. Ani śledziona, ani wątroba nie były wyczuwalne. W końcu drugiego tygodnia wystąpiły objawy silnego kłębkowego

zapalenia nerek, które trwały przez kilka tygodni. Krew pod względem morfologicznym nie była badana, z gardzieli udało się wyhodować łańcuszkowca hemolizującego. Żadnych śladów łuszczenia, ani też innych oznak szkarlatyny absolutnie nie było. Określiłem cierpienie jako *angina retro-nasalis* z następczym zapaleniem gruczołów chłonnych szyjnych oraz krwotocznym zapaleniem nerek, wywołanem przez łańcuszkowca hemolizującego.

Tak też „gorączka gruczołowa” była ujmowana w niektórych dawniejszych podręcznikach pedjatrii. Tak w 2-iem wydaniu „Handbuch der Kinderheilkunde” Pfaundlera i Schlossmanna zalicza Finkelstein objawy „gorączki gruczołowej” do komplikacji następczych *angina retronasalis* czyli *adenoiditis*. Finkelstein uważał wtedy gorączkę gruczołową za schorzenie, którego samodzielność nie da się już utrzymać, i które należy traktować raczej jako „wyraz pierwotnej *angina retronasalis* z nieznaczniemi objawami miejscowemi, które wtórnie powodują silniejsze zajęcie okolicznych gruczołów”. Symptomy ze strony gardła, jakie w tej anginie podaje Finkelstein, pokrywają się w zupełności z opisem tychże symptomów w gorączce gruczołowej.

Oprócz powyżej opisanego w ciągu ostatnich dwóch lat spostrzegałem jeszcze kilka przypadków, które dałyby się podciągnąć pod miano gorączki gruczołowej, a które rozpoznawałem jako *lymphadenitis colli acuta post anginam*, krwi wtedy jeszcze morfologicznie nie badałem, a z gardzieli przeważnie udawało się wyhodować łańcuszkowca hemolizującego. Ostatnio miałem możność obserwować epidemję domową, która dotknęła pokolei trzech chłopców w jednej rodzinie, będących w wieku szkolnym. Nosiła ona typowy charakter ostrej gorączki gruczołowej u dwóch z braci, przyczem u jednego wystąpił jednodniowy „rash” (chłopiec szkarlatynę już przechodził); trzeci przy nieznacznie obrzmieniu gruczołów szyjnych miał przez 10 dni stan podgorączkowy.

Badanie krwi u tych pacjentów wykazało, że liczby limfocytów małych i dużych wahały się w granicach 21—36—44%, liczby monocytów w granicach: 18—10—5% u poszczególnych chłopców.

Należy przypuszczać, że i u nas przypadki gorączki gruczołowej będą teraz częstsze. Rozpoznanie powinno opierać się przede wszystkim na typowym zespole objawów klinicznych przy uwzględnianiu zresztą obrazu krwi. Zawsze należy zwracać pilną uwagę na charakterystyczny wygląd gardła, co znajduje w ostatnich czasach swój szczególny wyraz również i w publikacjach, wychodzących z pod pióra laryngologów, opisujących przypadki gorączki gruczołowej (Terbrüggen).

Co się zresztą tyczy obrazu krwi, to samo zagadnienie monocytów nie jest bynajmniej ostatecznie rozwiązane. Tak Lorentz z oddziału Wernera Schultza w Szpitalu Westend w Berlinie na podstawie swoich badań nad morfologją krwi w anginie limfocytowej przy barwieniu przyżyciowem dochodzi do wniosku, że nie jest możliwa zasadnicza dyferencjacja elementów monocytarnych i lim-

focytów. Zmiany, otrzymywane za pomocą barwienia, robią raczej wrażenie, że posiadają przedź znaczenie czynnościowe, aniżeli charakter cech dla określenia gatunku komórki. Również i William Bloom (Department of Anatomy, University of Chicago) pisze, że „co się tyczy pochodzenia monocytów od osobnej wolnej młodej komórki młodocianej, od monoblastu, to nikt dotychczas jeszcze nie dostarczył pewnych podstaw dla oddzielenia monoblastów od limfocytów. Raczej dowody istniejące przemawiają za tem, że miejscem pochodzenia monocytów są limfocyty, i to jest jedynym wnioskiem logicznym.”

Niemozna też dziś jeszcze odpowiedzieć na pytanie, czy tak często znajdujemy w gardle chorych na gorączkę gruczołową gram dodatni łańcuszkowiec hemolizujący odgrywa tu istotną rolę przyczynową. Niedawno zresztą ukazała się praca doświadczalna Reichela i Jordana, traktująca o stosunku streptokoków do anginy. Okazuje się, że zarówno w *angina lacunaris* jak i *angina catarrhalis* znajdują się łańcuszkowce hemolizujące obok niehemolizujących. Na podstawie doświadczeń z hodowlami można przypuszczać, że w anginie niema warunków, któreby działały zupełnie na korzyść tego czy innego gatunku łańcuszkowców. Reichel i Jordan dochodzą do wniosku, że streptokoki hemolizujące w ostrem zapaleniu migdałków są skutkiem, a nie przyczyną przeistoczenia tkankowego.

W końcu należy wspomnieć, że w polskim piśmiennictwie przypadki, zbliżone do agranulocytozy, opisali Tempka, Lipiński i Artynowska, Brauni Sosin, Tencer, Wszelaki, Arciszewski, Ściesiński i Felix. Ostatnio zaś Szyfman i Kocen podali opis agranulocytozy, gorączki gruczołowej i odczynu limfatycznego, przytaczając po jednym przypadku każdego z tych schorzeń.

PIŚMIENICTWO.

Glanzmann. „Das lymphamoide Drüsenfieber”. Abh. Kinderheilk. 1930. Zesz. 25. Tenze, Jahrbuch für Kinderheilk. Tom 124 (1929). Chevallier. „L'adenolymphoidite aiguë bénigne”. Paryż 1928. Schwarz. Klin. Wochen. 1930, Nr. 50 i 51. Steppi Wendt. Deutsche Med. Wochen. 1930, Nr. 16. Schultz. Klin. Woch. 1930, Nr. 47. Scheer. Verhandlungen der 41 ordentlichen Versammlung der Deutsch. Gesell. für Kinderheilk. in Wiesbaden 1930. Terbrüggen. Zeitschrift für Hals-Nasen- und Ohrenheilk. 1931, tom 28, zesz. 2. Koenigsberger. Klin. Wochen. 1929, Nr. 31. Bloom. Klin. Wochen. 1929, Nr. 11. Lorentz, Klin. Wochen. 1929, Nr. 5. Sievers. Zeitschr. für Kinderheilk. tom 49, 1930. Hrabowski. München. Med. Woch. 1929, Nr. 31. Baar. Wien. Klin. Wochen. 1922, str. 973. Reichel i Jordan. Deutsch. Archiv. f. Klin. Medizin, tom 170, 1931. Tempka. Pols. Arch. Med. Wewn., tom IV, str. 765. Wszelaki. Lekarz Wojskowy 1929, tom 13, Nr. 12. Felix i Ściesiński. Roisk. Arch. Med. Wewn., tom VIII, str. 40. Szyfman i Kocen. Polska Gazeta Lekarska 1931. Nr. 12. W. Schultz i Mirisch. Virch. Arch, 264, 1927. Baader, Deutsch. Arch. f. Klin. Medizin., 1922, t. 140.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Lecznictwo.

F. DANMEYER i A. RÜTTENAUER. Pomieszczenia ze sztucznym słońcem. (Brauer's Beitr. z. Klin. d. Tuberkulose T. 76 Z. 4-5).

Praca zawiera fizyczno-techniczne rozwiązanie zagadnienia „sztucznego słońca”. Z promieni słonecznych jedynie promienie pozafioletkowe o długości 400—320 mikron. posiadają własności lecznicze. W naszej szerokości geograficznej tylko od maja do sierpnia słońce wysyła dostateczną liczbę tych promieni. Od wielu lat dąży się do stworzenia sztucznego słońca, któreby mogło być stosowane na szeroką skalę leczniczo i profilaktycznie. Lampy kwarcowe, niesłusznie zwane „sztucznym słońcem górskim”, zawierają zbyt wielką skalę silnie działających promieni pozafioletkowych od długości fal < 300 mikron. i wymagają wskutek tego ostrożnego dawkowania i stałego nadzoru. Należało skonstruować takie źródło promieni, któreby pozwoliło stworzyć „solaria” czynne przez cały rok, któreby mogło oświetlać pomieszczenia biurowe, sklepy i fabryki, których pracownicy przez rok cały niemal nie widzą słońca. Poza tym oczywiście „słońce” takie znalazłoby szerokie zastosowanie w szpitalach, sanatoriach i innych zakładach leczniczych.

Skład światła słońca sztucznego powinien odpowiadać światłu słońca, a więc powinien być następujący: 60—65% promieni czerwonych i pozaczerwonych o długości fal > 650 mikron. 39—34% promieni widocznych o długości fal 400—650 mikron. 1% pr. pozafioletkowych o długości fal 400—320 mikron. 0,04% pr. pozafioletk. o długości fal 320—290 mikron. Poza tym źródło takiego światła winno być pozbawione wszelkich ubocznych szkodliwych wpływów, jak np. wytwarzanie się gazów, pryskanie węgla, winno mieć warunki techniczne łatwego obchodzenia się z nim, łatwego zastosowania.

Dla naświetlania jednej tylko osoby zagadnienie to zostało rozstrzygnięte już przez skonstruowanie lampy Vitalux (Osram), która jednak ze względu na dużą wydajność ciepła nie nadawała się do naświetlania masowego. Skonstruowano zatem dodatkowo lampę t. zw. Ultra-Leuchtröhre — lampę rtęciową ze szkła, przepuszczającego promienie pozafioletkowe o długości 290 mikron. znacznie zatrzymującego pr. pozafioletkowe o długości 290—260 mikron. nie przepuszczającego promieni o fali krótszej, wypełnioną gazem szlachetnym i nie dającą ciepła. Przez skombinowanie światła nowej tej lampy ze światłem lampy Vitalux w stosunku 1:3, uzyskano światło o widmie, odpowiadającym widmu słonecznemu. Eksperymentalnie wykazano wybitne działanie przeciwkrzywicze i wytwarzanie rumienia w czasie, odpowiadającym promieniom słonecznym. Koszta eksploatacji są o 30—50% niższe od kosztów eksploatacji kwarcówki, instalacja jest bardzo prosta.

Benedykt Glass

HILDEBRANDT. O martwicy tkanki obrzękłej spowodowanej iniekcją salirganu. (Münch. med. Woch. Nr. 11 1931).

Dotąd mało było podkreślane w piśmiennictwie, że salirgan może w pewnych warunkach wywołać ciężkie zmiany miejscowe. H. podaje 3 obserwacje, dotyczące zmian nekrotycznych w miejscu wstrzyknięcia salirganu. W jednym przypadku tworzące się ubytki dążyły do 15 cm. w głąb, a przekrój ich wynosił 15 cm. Przyczyną tego mogło być niedostateczne obliczenie głębokości wkłucia, a w błąd może wprowadzić zgrubiała od obrzęku skóra. Dzięki temu salirgan dostaje się między skórę a mięśnie. Z drugiej strony obrzękłe i gorzej unaczynione mięśnie przetrzymują salirgan, a dłuższe przebywanie

tego preparatu łatwo może wywołać cięższe zmiany patologiczne; salirgan, wstrzyknięty pod obrzękłą skórę tembardziej wywoła uszkodzenie tkanki. Ubytek tworzy się w dół kanału wkłuwanej igły, jako drogi łatwiejszego rozprzestrzeniania się. Przeciwnie nieczystemu wstrzykiwaniu przemawia charakter zmian nekrotycznych.

F. Turyn.

BOSHAMER. Zapobieganie zakrzepom przez podawanie tyroksyny. (Münch. med. Woch. 10-1931).

Doświadczenie autora w tej sprawie nie jest tak entuzjastyczne, jak na początku stosowania tej metody, pozwala jednak na przewidywanie, czy istnieje dążność do tworzenia się zakrzepu w okresie pooperacyjnym. Skłonność ta obserwuje się nie tylko u osób z pewnym nastawieniem konstytucyjnym, ale i przy chwiejnym stanie układu autonomicznego. Rehn i in. stwierdzają przewagę nn. parasympatycznych. B. szuka skłonności do zakrzepów u osób z hiperwagotonią. Dla tego połączył leczenie tyroksyną z podawaniem atropiny. Na szeregu krzywych autor stwierdził rozmaity odczyn układu krążenia na te preparaty i rozmaity stosunek krzywej temperatury do krzywej tętna w okresie pooperacyjnym.

Normalnie w tym okresie po podaniu tyroksyny krzywa tętna przebiega wyżej, niż krzywa ciepłoty. U niektórych osób jednakże tętno nie ulega przyspieszeniu i jego wykres znajduje się poniżej linii ciepłoty lub najwyższą ją osiąga. Brak więc jest odczynu na tyroksynę. W wielu takich przypadkach względnego zwolnienia tętna pomimo tyroksyny zjawiają się zakrzepy i zatory.

Autor próbował zmienić napięcie nn. błędnych za pomocą dużych dawek tyroksyny, co jednak nie nastąpiło, a tętno w wielu przypadkach nie ulegało przyspieszeniu. W tych przypadkach zapobieganie tendencji do powstania zakrzepu jest bezskuteczne, lecz nie bezcelowe. Dla dalszej rozbudowy profilaktyki zakrzepów B. dodaje jeszcze efetoninę we wszystkich podejrzanych przypadkach. W ten sposób udaje się usunąć niektóre objawy zbliżającej się trombozy.

Objaw Mahlera, polegający na stopniowym podnoszeniu się krzywej tętna przed wystąpieniem zakrzepu obserwuje się wzgl. rzadko, natomiast w większości przypadków trombozie towarzyszy przyspieszenie tętna, mogące maskować działanie tyroksyny, efetoniny i t. p. Orjentować się można według czasu zjawienia się tachykardji, która wynika z podawania omawianych środków, o ile zaznacza się wkrótce po operacji, gdy objaw Mahlera związany jest ze zjawieniem się zakrzepu, i tłumaczy się, jako przejaw zakrzepu nie rozpoznanego jeszcze innymi metodami. Można się w nim również dopatrywać odczynu ze strony organizmu.

F. Turyn

HERZ. O autourotterapii. (Münch. med. Woch. Nr. 10 1931).

Leczenie to polega, zdaniem autora, na dodatnim wpływie na zmienioną korelację hormonalną i było stosowane w odpowiednich przypadkach zaburzenia przemiany materji. Wstrzykiwania choremu własnego ich mocz u są znoszone zupełnie dobrze i skuteczne były w kilku przypadkach uogólnionej przyszczy u dorosłych na tle zawodowym i u dzieci.

Autor opiera się na 30 przypadkach zatrucia ciężowego wyleczonego autourotterapią. Dalej stwierdzone zostało na osobach zdrowych, że działanie moczu nie wynika z podrażnienia nieswoistego. Wstrzykiwanie prolanu nie dawało żadnej poprawy.

wy w przebiegu zatrucia ciążowego, co wyłącza działanie moczku za pośrednictwem tego hormonu.

Badania dotychczasowe nie wykazyły różnicy pomiędzy składem moczu osób zdrowych i chorych, leczonych omawianą metodą. Możliwe, że czynne tu są końcowe produkty przemiany materji, które nastawiają zmienioną korrelację hormonalną. Wstrzykiwany mocz może zawierać nieużyty, a potrzebny organizmowi, zbytecznie wydany hormon.

Przypuszczając, że choroby alergiczne wynikają z dys-hormonozy, autor zastosował autouoterapię i w tych chorobach. W 25 przypadkach, dotyczących gorączki siennej, dy-chawicy oskrzelowej, pokrzywki — wyniki leczenia były bardzo zadawalające. Wreszcie, wstrzykiwanie moczu znosi napady kaszlu w przebiegu krztuśca.

Mocz do wstrzykiwań pobiera się od chorych po nocy przez cewnik, dodając po jednej kropli fenolu do 5 ccm. moczu. Za pierwszym razem wstrzykuje się domięśniowo 0,5 ccm., za każdym następnym — o 0,5 ccm. moczu więcej. Naogół wy-starczają 2—3 wstrzyknięcia.

F. Turyn

Choroby zakaźne.

■ H. FRENKLOWA. Krztusiec, jego przebieg kliniczny i leczenie. Polskie monografie i wykłady kliniczne z dziedziny pedjatrii. Warszawa 1930.

Od cennej pracy autorki należy się spodziewać dwojakiej korzyści: bezpośredniej — w sensie dydaktycznym oraz pośredniej — drogą pobudzenia naszej inicjatywy w kierunku zwalczania krztuśca.

Zadanie bezpośrednie zostało przez autorkę rozwiązane w sposób nadwyraz udatny. Zresztą, lata całe wnikliwych spostrzeżeń wytrawnego klinicysty, wspomaganego gruntowną wiedzą teoretyczną, złożyły się na treść omawianego wykładu klinicznego. Takie monografie czyta się z prawdziwym zafaniem i zadowoleniem, wiedząc, że każde wypowiedziane słowo wypływa z bogatego dorobku własnego doświadczenia. Możliwość ogarnięcia zmiennych teorii z perspektywy czasu pozwala autorce odróżnić to, co ma istotną, nieprzemijającą wartość teoretyczną i praktyczną, od teorii i metod leczenia, które nie wytrzymują próby czasu.

Na szczególną uwagę z działań książki zasługuje opis przebiegu klinicznego krztuśca, w którym powikłania, szczególnie ze strony układu nerwowego, opisane są po mistrzowsku. W zakresie leczenia autorka uważa za prawdziwie cenne, działające niejako przyczynowo dwie metody: leczenie świeżym powietrzem oraz szczepionkami. Środkiem farmaceutycznym przypisuje jedynie pewne i to nieznaczne działanie objawowe. Mimochodem zwrócić uwagę na błąd najwidoczniej drukarski, dotyczący dawkowania efetoniny (miligramy zamiast centigramów).

Pośredniego wpływu monografji spodziewać się można w zakresie uruchomienia wysiłków pedjatrów i epidemiologów w kierunku zwalczania krztuśca. Praca autorki dostarcza aż nadto danych epidemiologicznych, które do tych wysiłków zachęcają. Okazuje się, że w niektórych latach umieralność z powodu krztuśca jest niemniejsza, niż z powodu odry, płonicy i błonicy. Przytem walka tutaj nie jest beznadziejna. Zdaniem autorki „pierwszym warunkiem skutecznego zwalczania krztuśca jest wczesne rozpoznanie. Wzorem państwa, które potrafiło zorganizować racjonalnie walkę z krztuścem, jest Danja. Państwowy Zakład Serologiczny w Kopenhadze posiada między innymi djagnostyczną stację krztuścową, której zadaniem jest serologiczne i bakterjologiczne rozpoznawanie krztuśca”.

Literatura naukowa polska została wzbogacona pracą, wyrosłą ze spostrzegania rodzimego materiału klinicznego, a więc dającą oświecenie epidemiologii oraz przebiegu klinicz-

nego „polskiego” krztuśca. Przebieg chorób zakaźnych, a jeszcze bardziej towarzyszące im warunki epidemiologiczne posiadają w każdym kraju swoje tło, które musi być znane każdemu lekarzowi. Z tych więc względów, jak również z uwagi, że pod względem rzeczowym praca Frenklowej nie ustępuje najlepszym podręcznikom zagranicznym, staje się ona dla czytelnika polskiego nie do zastąpienia.

H. Brokman.

STETTNER. Przyczynek do leczenia krztuśca za pomocą szczepionek. (D. m. W. N. 5. 1931).

Zakażenie bakterjami Bordet-Gengou wywołuje cierpienie, które ustrój niejednokrotnie musi zwalczać tygodniami i miesiącami.

Wyniki leczenia i zapobiegania w kokluszu, jak wykazują ostatnie doniesienia, zależą przede wszystkim od ilości szczepionki, przyczem coraz częściej odzywają się głosy, wskazujące na konieczność podawania dużej ilości zarazków w milionach.

Według danych I. G. Farbenindustrie szczepionka przeciwkokluszu jest szczepionką z bakteryj Bordet-Gengou w stężeniu 2000, 4000, 6000, 8000 milionów zarazków, którą stosuje się domięśniowo zarówno zapobiegawczo, jak i leczniczo.

W 12 przypadkach u dzieci autor stosował szczepionkę przeciwkrztuścową. Wstrzykiwania stosowano domięśniowo dwa razy tygodniowo, oprócz tego dbano jedynie o przebywanie dzieci w dobrym powietrzu.

W 9 przypadkach otrzymano szybkie wyzdrowienie, a w 8 — poprawę znaczną, mianowicie, ustąpienie wymiotów, napadów i spokojny sen. Pozostała jednak pewna gotowość do spastycznego kaszlu.

Zdecydowana ocena tego sposobu leczenia jest trudna. Należałoby radzić, aby leczenie szczepionką było stosowane jaknajwcześniej, ponieważ działanie wstrzykiwań nie jest jednakowe we wszystkich okresach choroby.

St. Luxenburg.

GIERTHMÜHLEN. Profilaktyka i leczenie krztuśca wysokowartościowymi szczepionkami. (Münch. med. Woch. Nr. 7 — 1931).

Pierwszymi, którzy użyli szczepionki z bakteryj Bordet-Gengou, byli Nicolle i Cour w czasie epidemji krztuśca w Tunisie. Następnie była ona stosowana z powodzeniem w wielu krajach. Szczepienie dzieci zarażonych nie chroni ich przed wybuchem choroby, której przebieg staje się przez to łagodny, napady są rzadkie i trwają kilka dni. Działanie szczepionki jest tem skuteczniejsze, im wcześniej była zastosowana. Zaczynać należy szczepienie od jednego miljaru i podwyższać dawkę do 2—4—6—8 miljarów podskórnie. O ile choroba już się rozwinęła — autor szczepi 2, następnie 4, 6, 8, 10, 12 miljarów i ostatnią dawkę powtarza kilkakrotnie. W przypadkach dłużej trwających szczepionki Bordet-Gengou osłabiają napady kaszlu tak co do ich jakości, jak i liczby. Zwłaszcza dodatni, prawie swoisty ich wpływ stwierdza się w stosunku do wymiotów. W tym okresie stosuje się dawki mniejsze.

(Preparaty: Tuskosan extra-stark — Pharmagans Oberursel; Keuchhusten — Mischimpfstoff — I. G.; Neo Dmetys — Spiess).

F. Turyn.

Choroby dzieci.

A. C. MARFAN. Djagnostyka i patogeniza wymiotów okresowych z acetonemją u dzieci. (La Pr. méd. Nr. 98, 1930).

Okresowe wymioty z acetonemją u dzieci przebiegają w postaci negłych wymiotów z wydalaniem związków aceton-

wych przez powietrze wydychane oraz drogą moczu; napady te następują w pełni zdrowia, trwają kilka godzin, czasem parę dni i nagle ustępują. Po pewnym czasie (parę tygodni, czasem parę lat) następuje nawrót choroby. Pierwszy napad zwykle między 1—6 rokiem życia.

Między 11 — 13 rokiem życia napady te mijają bezpowrotnie.

Patogeneza cierpienia nie jest dokładnie znana. Napad wymiotów przypisują zaburzeniom przemiany materji, występującym u dzieci ze specjalną predyspozycją konstytucjonalną, określaną we Francji, jako „artretyzm dziedziczny” (heredo—arthritique“).

Nienormalne produkty przemiany materji ulegają nagromadzeniu w ustroju, produkują ciała acetonowe oraz mają działac wymiotnie. Napad wymiotów występuje samoistnie, częściej zostaje sprowokowany przez szereg czynników: ząbkowanie, środek przeczyszczający, leki, narkoza, zapalenie wyrostka robaczkowego oraz początek chorób infekcyjnych.

Wielu chirurgów sądzi, że przyczyna wymiotów okresowych leży w chronicznem zapaleniu wyrostka robaczkowego; opierają się na fakcie, że często po wycięciu wyrostka robaczkowego wymioty zupełnie ustają lub ulegają poprawie.

Autor nie zgadza się z tym poglądem.

Obserwował 21 przypadków, w których po appendektomji nadal występowały okresowe wymioty z acetonemją; autor poprawę przypisuje temu, że zapalenie wyrostka jest często momentem, prowokującym napad wymiotów; usunięcie wyrostka daje poprawę także i dlatego, że dziecko przez dłuższy czas jest na łagodnej diecie oraz otoczone specjalną opieką.

Niedawno Duval i Roux przytoczyli nową teorię wymiotów okresowych z acetonemją, polegającą na ucisku dwunastnicy przez krezkę lub jelito grube.

Autorzy ci obserwowali dziecko, któremu wycięto wyrostek robaczkowy z powodu wymiotów okresowych. Po appendektomji stan się nie poprawiał; natomiast podczas napadu zdjęcie rentgenowskie wykazało zwężenie dwunastnicy z powodu ucisku przez krezkę; ponad zwężeniem widoczne były ruchy robaczkowe dwunastnicy i żołądka. Po napadzie dwunastnica wróciła do normy. Następnym napad autorzy zdołali przerwać, polecając dziecku stanąć na czworakach.

Amerkanie Hayes i Shaw ogłosili 6 przypadków operowanych, gdzie przyczyną wymiotów z acetonemją były zrosty wokół dwunastnicy.

Autor nie podziela poglądu, że wymioty z acetonemją zawsze zależą od sprawy ucisku dwunastnicy lub jej zrostów.

Autor podaje następujące cechy dagnostyczne właściwych wymiotów z acetonemją:

1) Zapach acetonu występuje wcześniej, zwykle dzień przed wymiotami.

W przypadkach o innej etiologii acetonemja jest objawem późnym; dołącza się do długotrwałych wymiotów i zawsze jest lekkiego stopnia.

2) U niektórych chorych autor obserwował zamiast wymiotów okresowych — równoważniki napadu wymiotów w postaci drgawek, skoków temperatury, senności; równoważnikiem tym towarzyszyła acetonemja znacznego stopnia.

3) Dieta, podana przez autora, zawsze daje poprawę; okresy międzynaapadowe wydłużają się, a sam napad trwa krócej.

4) Sprawa zawsze kończy się między 11—12 rokiem życia.

Autor nie neguje faktu, że zmiany w dwunastnicy mogą być powodem napadowych wymiotów, sądzi jednak, że należy je odróżniać od wymiotów z acetonemją, dających typowy zespół objawów, a powstających na tle zaburzeń konstytucjonalnych.

Jakób Penson.

E. SCHULZE. O stosowaniu hormonu przedniego płata przysadki u dzieci przedwcześnie urodzonych. (Münch. med. Woch. 1930 Nr. 26).

Od czasu jak wiemy, że ustrój kobiety ciężarnej jest prostoprostu przesycony hormonem jajnika i przedniego płata przysadki, można przypuszczać, że dzieci, przedwcześnie urodzone, odczuwają brak tych hormonów, a zwłaszcza hormonu przysadki, będącego hormonem dojrzewania i wzrostu. Gdyby związek dziecka z ustrojem matczynym nie uległ przedwczesnemu przerwaniu, dziecko korzystałoby z tego ważnego dla niego hormonu jeszcze przez czas dłuższy. Wychodząc z tych założeń, autor postanowił wstrzykiwać przedwcześnie urodzonym dzieciom Prolan.

Dotychczasowe spostrzeżenia dowodzą niewątpliwego pomyślnego wpływu Prolanu na dzieci, przedwcześnie urodzone. W 17-ym i 22-im dniu życia dziecko otrzymuje domięśniowo po 30 jednostek mysich Prolanu. Już na drugi dzień po pierwszym wstrzyknięciu dzieci robiły wrażenie bardziejżywionych i silniejszych. Autor zdaje sobie sprawę, że niewielka liczba przypadków nie może mieć pełnej siły przekonywującej, i że ostateczną opinię można sobie wytworzyć dopiero po dłuższem spostrzeganiu większego materiału. Spostrzeżenia Schulzega, dotyczące 5 przypadków dzieci, przedwcześnie urodzonych, przemawiają jednak tak wyraźnie za skutecznością stosowania Prolanu, że autor zachęca do przeprowadzenia dalszych badań. Poza tem autor odniósł również wrażenie, że Prolan zwiększa odporność tych wątłych niemowląt w stosunku do zakażeń.

J. Typograf.

HOLZMAN. Ostre zapalenie mózgu w wieku dziecięcym. (D. m. W. N. 4931).

Cierpienia centralnego układu nerwowego w wieku dziecięcym zdarzają się dość często i nieraz mogą sprawiać duże trudności w rozpoznaniu różniczkowem.

Autor spostrzegł 2 przypadki ostrego zapalenia mózgu o niecodziennym obrazie klinicznym.

Dane, osiągnięte drogą badania klinicznego: ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego, zawartość białka i leukocytoza płynu, zachowanie się tętna nie pozwoliły na zdecydowane ustalenie rozpoznania. Dopiero stwierdzenie zwiększonej zawartości cukru w płynie skierowało rozpoznanie na właściwe tory ostrego zapalenia mózgu.

Objaw ten ma ważne znaczenie w rozpoznaniu różniczkowem, chociaż pochodzenia choroby w danym przypadku nie rozstrzygnął.

St. Luxemburg.

Choroby kości i stawów.

■ Rheumaprobleme. Tom II. Lipsk. Thieme, 1931.

Aniśmy się spostrzegli, aż tu wyrosła nowa specjalność na rozłożystem drzewie „interny”. Policzone, że wielu jest więcej reumatyków na świecie, niż nam się zdawało, poczęto badać szczegółowo etiologję cierpień reumatycznych, powstały instytuty specjalne dla badań odnośnych, stworzono specjalne kursy dla lekarzy i, oczywiście, z coraz to innej strony zbliżano się do przedmiotu, aż wreszcie doszło do tego, że sami chorzy, których rwie, drze, kłuje, ciągnie, upatrzli sobie specjalistów, do których już wprost zwracają się z prośbą o djatermję, lampę kwarcową lub szczepionkę. Nauka nauką, i tylko gorąco przyklasnąć można, że sprawa, dotychczas dość zaniedbana, została ujęta ze wszzech stron racjonalnie, i że owe groteskowe formy cierpień tak bardzo rozpowszechnionych, jakoś przybierają formy coraz wyrazistsze. Inna rzecz — a to mimowoli nasuwa się przy rozpatrywaniu tomu pod tytułem powyższym — czy w życiu potocznem już dziś mamy prawo szczyścić się doniosłym rezultatem na tem polu badań, i czy to wyodrębnienie nowej specjalności wyjdzie na dobre choremu i le-

karzowi. Lekarze — interniści mają słuszne powody do narzekania. Zaczęło się to od ncrwic, które zabrano im już dość dawno, a których odłączenie od cierpień „konkretnych” organów często mści się na medycynie praktycznej. Przyszła kolej na płuca, serce, przewód pokarmowy, nerki, wątrobę. Z jednej strony udoskonalenie techniki badania, z drugiej wprowadzenie nowych metod leczenia, to znów rozmaite inne czynniki (konstytucja, gruczoły dokrewne) tak rozdrobniły medycynę wewnętrzną, że maluczko, a internista ujrzy przed sobą trzy puste jamy wewnętrzne, w których panować będzie niepodzielnie, ale bez korzyści jakiegokolwiek dla cierpiącego, dla nauki, ani wreszcie dla siebie. Nie tu miejsce roztrząsać, jak daleko zaprowadzą i do czego w sensie praktycznym doprowadzą nas tego rodzaju metody badania naukowego i postępowania praktycznego, które całkowicie zależne jest od lekarzy. Trudno wszelako oprzeć się tym rozważaniom, gdy właśnie zdać się ma sprawę z nowej książki o problematach reumatycznych.

Już sam tytuł wskazuje, na jak niepewnym jeszcze gruncie tu stąpamy. Odczyty, wygłoszone w Akwizgranie w październiku roku ubiegłego w Instytucie badawczym prowincji nadreńskiej, składają się na książkę sporą, wydaną w sposób, nie pozostawiający nic do życzenia. Mamy tu kilkanaście wykładów dotyczących kliniki „reumatyzmu” i „artretyzmu” w najobszerniejszym znaczeniu. Z wielu wykładów jasno widać, jak sam przedmiot mało jest jeszcze zgłębiany zarówno pod względem etjologicznym, klinicznym, jak i terapeutycznym. Zbiorowi temu trzeba przyznać, że wszystkie wykłady podane są w formie starannej, dobrze pedagogicznie rozwiniętej, zajmującej i pouczającej. Tylko bliższe zapoznanie się z tym drugim tomem

„problematów” może dać pojęcie należyte o dzisiejszym stanie nauki i o ostrożnościach, jakich przestrzegać należy, gdy idzie o wydanie zdania w mnóstwie poszczególnych kwestyj, dotyczących tego przedmiotu.

M. F.

GANTENBERG. Związek pomiędzy przewlekłym gościem stawowym a zaburzeniami w wydzielaniu gruczołów dokrewnych i konstytucją. (D.m. W. Nr. 45. 1930).

Z 200 spostrzeganych przypadków przewlekłego gościa stawowego zaledwie w 14 przypadkach udało się stwierdzić zaburzenia w wydzielaniu gruczołów dokrewnych. Jednak i w tych przypadkach można się doszukać czynnika zakaźnego. Poza tem w 24 przypadkach stwierdzono przebyłą przewlekłą łagodną gruźlicę i dosyć często, bo w 12%. Występowanie spraw gościcowych obok gruźlicy należy odnieść do konstytucji limfatycznej, ułatwiającej wtargnięcie zarazków zarówno gruźlicy, jak i zarazków gościa stawowego. Określanie przemiany gazowej dla wykazania zaburzeń w wydzielaniu gruczołów dokrewnych praktycznego znaczenia nie ma. Również badania odczynów uczuleniowych skórnych do rezultatów nie doprowadziły. W przypadkach, w których stwierdza się zaburzenia wewnątrzwydzielnicze, należy obok zwykłych środków leczniczych stosować wyciągi z gruczołów dokrewnych. Dobre wyniki otrzymano przy stosowaniu okładów z parafiny na chore stawy. W kilku uporczywych przypadkach poprawa wystąpiła po naświetlaniu zajętych stawów promieniami Roentgena.

Wanda Franżowna.

Wskazówki praktyczne

F. Reuter chwali *Jodalcet*, przetwórn jodowo-glinowy (fabr. Dr. Rudolf Reiss, Rheumosan und Lenicet-Fabrik, Berlin), jako doskonały *środek przeciwnilny i tamujący krew*. Szczególnie dobre usługi oddaje zasypywanie jodalcetem rany po wyluszczeniu migdałków, po zabiegach na muszlach nosowych i komórkach sitowych. (Arch. f. Ohr-, Nasen- und Kehlkopflk 1930 str. 186).

—o—

H. Bolt zwraca uwagę na dobre wyniki stosowania dużych krótkotrwałych dawek *promieni Roentgena w przerście sterczu*. Głównie nadają się do tego leczenia przypadki, nie kwalifikujące się do operacji, oraz te, w których zgody na operację nie można otrzymać. Jedyne ryzyko stanowi tu możliwość aktywacji raka, który mógłby jeszcze być z powodzeniem operowany. (D. m. W. 1931 № 9).

—o—

W przypadkach *niedokrewności złośliwej*, w których leczenie wątroba przez usta nie daje się przeprowadzić, stosuje Schottmüller z powodzeniem *Hepatopson pro injectione*

(Fabr. Promonta w Hamburgu). Zastrzykuje się dziennie 1-3 ctm³, co odpowiada 10-20 gr. świeżej wątroby i wystarcza do otrzymania wyniku zadowalającego. (M. m. W. 1931 N. 11)

—o—

Pobudzenie wytwórczości kostnej osiąga E. Baumann przy pomocy przetworów tarczycy, stosowanych przez usta: daje się przed śniadaniem 2 pastylki tarczycy (Parke, Davis et Cie), a prócz tego zrana i wieczorem proszek, złożony z: *Ferr. carb. socch., Calc. carbonic. i Calc phosphor. tribasic.* (Ztbl. f. Chir. 1931 N. 11).

—o—

J. Schwarz zwraca uwagę na *różnicę w wyniku rozpoznania serologicznego rzeżączki w zależności od miejsca pobrania krwi*: krew pobrana przez nakłucie warg macicznych daje odczyn mniejszy, niż krew z żyły ramieniowej. W kilku przypadkach pewnej rzeżączki krew z części pachowej macicy dała odczyn dodatni, z żyły ramieniowej — ujemny.

—o—

Posiedzenie Towarzystw Lekarskich

Polska Akademia Umiejętności.

IV Wydział lekarski.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 16 lutego 1931.

Przewodniczący: czł. H. Hoyer.

Czł. St. Ciechanowski przedstawia pracę p. M. Floksztrumpfa i J. Kołodziejewskiego p. t. *O wartości klinicznej odczynu odchylenia dopełniacza z wyciągami alkoholowymi z tkanki rakowej.*

Praca niniejsza miała na celu stwierdzenie wartości klinicznej w przebiegu raka odczynu, opracowanego przez Hirsfelda i Halberównę. Surowice chorych rakowatych i surowice kontrolne były badane co do odchylenia dopełniacza zarówno z wyciągiem alkoholowym tkanki rakowej, jak i serca wołowego (odczyn Wassermann'a). Ogółem zbada-no 475 surowic rakowych i 2406 surowic kontrolnych. Z pośród surowic rakowych 178 dało dodatni odczyn rakowy, co wynosi 37%, gdy na tym samym materiale odsetek dodatnich odczynów Wassermann'a wynosił 6%. Przy bliższem rozpatrzeniu materiału okazało się, że takie sumaryczne ujęcie wyników odczy-

nu jest niesłuszne, gdyż wynik odczynu zależy zarówno od siedziby nowotworu, jak i od okresu chorobowego. Najłatwiej dało się stwierdzić i śledzić na rękach macicy i sutka. Gdy we wczesnych okresach odsetek dodatnich odczynów jest bardzo niski, to w przypadkach raka daleko posuniętego i przy *carcinosis* ogólnej dochodzi do 80%. Widzimy więc, że przynajmniej w przypadkach raka macicy i sutka odczyn rakowy nie jest odczynem wczesnym. Z tego faktu wynikałoby, że odczyn obronny występuje w ustroju dopiero wtedy, gdy rak przestaje być schorzeniem miejscowym i gdy komórki nowotworowe przedostają się do obiegu krwi. Podobny brak odczynów daje się stwierdzić i w takich przypadkach raka, które przeważnie przerzutów nie dają, bądź dlatego, że choroba zbyt szybko sprowadza zejście śmiertelne, jak np. raki przełyku, bądź też w przypadkach raków zewnętrznych, gdzie nie dochodzi do wessania tkanki rakowej. W przypadkach raków narządów wewnętrznych odsetek dodatnich odczynów wynosi około 50%. Należy podkreślić fakt ciekawy, że w daleko posuniętych procesach raków macicy a częściowo i raków sutka występuje nie tylko dodatni odczyn rakowy, ale i odczyn *Wassermana*. W tych przypadkach, gdzie dane kliniczne nie wskazują na obecne lub przebyte zakażenie kiłowe, chodzi prawdopodobnie o daleko posunięty rozpad już nie tylko tkanki rakowej, ale i tkanki normalnej. Odczyn *Wassermana* należy więc w tych przypadkach z dużym prawdopodobieństwem uważać nie za wyraz kiły, lecz daleko posuniętego schorzenia rakowego.

Jeżeli chodzi o materiał kontrolny, to należy zaznaczyć, że surowice kobiet ciężarnych dają dodatni odczyn rakowy w 50—60% przypadków. Surowice kiłowe również bardzo często reagują z antygenem rakowym, co się tłumaczy obecnością w wyciągu alkoholowym tkanki rakowej również lipidów, występujących w narządach normalnych. Dodatni odczyn rakowy przy dodatnim często odczynie *Wassermana* dają surowice chorych na dur plamisty, na wiewióra i na chorobę *Bassedowa*. Po odliczeniu tych wszystkich stanów materiał kliniczny daje dodatni odczyn rakowy w 4—5% przypadków.

Należy podkreślić, że we wszystkich tych stanach chorobowych, przy których występują odczyny charakterystyczne dla chwiejności koloidalnej białka surowicy, jak np. przyspieszone opadanie krwinek, a więc w przypadkach gruźlicy, w ostrych stanach zapalnych i t. p., odczyn rakowy jest prawie zawsze ujemny. Fakt ten zdaje się przemawiać za tem, że odczyn rakowy nie jest wyrazem chwiejności koloidalnej surowicy, lecz raczej swoistym odczynem odpornościowym¹⁾.

Czł. Nitsch przedstawia pracę p. St. Sterling-Okuniewskiego i T. Kaweckiego p. t. *O wpływie emanacji radowej na właściwości zlepną surowic wysokoaglutynujących*.

Emanacja radu, wprowadzona do normalnej surowicy ludzkiej nieogrzewanej, wywołuje niekiedy własność częściowego odchylenia dopełniacza z antygenem przeciwikiłowym. Emanacja radowa, dodana do wysokowartościowej surowicy diagnostycznej, osłabia częściowo jej miano aglutynacyjne. Autorowie wykonali 50 badań, do których użyli 21 szczepów bakteryjnych i 9 surowic (3 dla duru brzuszego, po 2 dla durów rzekomych B i C oraz po 1 surowicy rzekomoczerwonkowej *Flexner* i *Hiss-Russel*). Z tego w 70% odczynów było wyraźne osłabienie aglutynacji, w pozostałych 30% badań obniżenie to tylko się zaznaczyło. Różnice w zlepieniu różnych szczepów są utrzymane, zawsze jednak surowica z emanacją zlepną słabiej. Technika polegała na rozmiążdżeniu rureczki włosowatej, zawierającej emanację, na dzień niewielkiej dość wąskiej próbki, na szybkim zakorkowaniu i zalaniu korka parafiną. Po 2,18 i 72—120 godzinach wykonywa się odczyn zlepną. Szczepy były zawsze świeżo przeszczepiane.

Przyczyna osłabienia miana aglutynacyjnego polegać może na zmianach fizykochemicznych samej surowicy lub na oddziaływaniu emanacji na bakterje, a być może — na obu czynnikach równocześnie.

W surowicach nasświetlanych emanacją radową zauważa się też wyraźne ściemnienie. Odznaczają się tem zwłaszcza surowice shemolizowane, — można więc przypuścić powstawanie zmian w barwikach krwi.

(Praca wykonana z zasiłkiem Fundacji im. *Tyszkowskiego*).

¹⁾ Praca niniejsza została wykonana dzięki zapomocze Polskiej Akademii Umiejętności z funduszu *Tyszkowskiego*, udzielonej *L. Hirszfelowi* na prace nad rakiem.

Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

129 posiedzenie kliniczne.

Dnia 2 grudnia 1930.

Przewodniczący: Dr. *Róbin*.

A. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia klinicznego.

B. Pokazy:

H. *Lauda* u przedstawił 32-u-letniego mężczyznę, u którego przypadkowe badania moczu wykazało *cystynurję*, nie powodującą zresztą żadnych dolegliwości.

D. *Cytrynik* pokazał 3 przypadki *pozapłciowego zakażenia przymiotem*.

a) U dziesięciomiesięcznego dziecka, które urodziło się zupełnie zdrowe, ukazał się na wardze dolnej pęcherzyk, wzięty początkowo przez lekarza za kurzajkę; gdy leczenie maściami okazało się bezskuteczne, skierowano dziecko wraz z matką do Szpitala na Czystem na oddział d-ra *Markusfelda*. Tutaj stwierdzono owrzodzenie, obejmujące 2/3 wargi dolnej, powiększenie gruczołów podszczękowych i szyjnych, miedziano-czerwone grudki na skórze tułowia i kończyn górnych, płaskie miedziano-czerwone moknące grudki na mosznie i dookoła odbytu. Odczyn *Wassermana* w krwi dał wynik wybitnie dodatni. Dziecko zarażiło się, najprawdopodobniej, od swego wuja, chorego na kiłę, który miał zwyczaj karmienia dziecka swoją łyżeczką.

b) Matka powyżej opisanego dziecka, która, nie wiedząc o zaraźliwej naturze wykwitów dziecka, karmiła je dalej przez 5 tygodni, po przyjęciu dziecka na oddział nie wykazywała żadnych zmian na skórze, a odczyn *Wassermana* a wypadł we krwi ujemnie. Po 2 tygodniach pobytu w szpitalu zauważono u matki w obu kąciach ust pęcherzyki, które później zaschły w brunatne strupki, na obu sutkach pod brodawkami płaskie owrzodzenia błyszczące barwy czerwono-sinej oraz kilka grudek z ropnemi pęcherzykami, ciepłota była podniesiona, gruczoły pachowe po obu stronach powiększone, twarde, niebolesne. W owrzodzeniach na sutkach stwierdzono obecność krętków bladych. Powtórne badanie krwi na odczyn *Wassermana* dało wynik ujemny.

c) W trzecim przypadku u 6-letniej dziewczynki, u której nie można było zebrać żadnych wywiadów, stwierdzono cały szereg drugorzędowych zmian kiłowych: na szyi, karku, dłoniach, dolnej części przedramion, w kątach ust: na podbródku znaleziono okrągłe miedziano-czerwone grudki, przytem niektóre z nich były wilgotne, inne pokryte strupkami, inne wreszcie luszczły się; skóra warg sromnych była ciemno-czerwona, obrzmiała, nacieczona, pokryta zaschłą wydzieliną brudno-żółtą, na obwodzie nacieku widać było miedziano-czerwone płaskie okrągłe grudki moknące; takie same grudki otaczały otwór stolcowy. Gruczoły chłonne pachwinowe i szyjne powiększone, twarde, niebolesne. Na lewym migdałku szarawo-białe naloty. Na politycy lewej kilka podłużnych blizn. Odczyn *Wassermana* w krwi dał wynik wybitnie dodatni.

W dyskusji *Orzech* zaznacza, że przypadki podobne zdarzają się nie tylko u dzieci, lecz i u dorosłych. Przytacza przykład, w którym istniały objawy żołądkowe i *foetor ex ore*, a dokładne oględziny jamy ustnej wykazały obecność szankra twardego.

Markusfeld odpowiada, że silny *foetor ex ore* bywa w pęcherzycy, podczas gdy w stwardnieniu pierwotnym może go nie być. Przypadek pierwszy jest ciekawy ze względu na to, że dziecko zarażiło matkę; jest on leczony kąpielami sublimatowemi. W trzecim przypadku stosuje się rtęć i salwarsan.

M. *Orłowski*:

a) Przypadek ciała obcego w drogach oddechowych (ukazuje się w druku) — ośmioletni chłopiec cierpiał z powodu duszności i uporczywego kaszlu w nocy. Badanie fizykalne wykazało przytłumienie wypuku i nieliczne rżenia w okolicy wneli prawej. Rozpoznanie kliniczne brzmiało: *adenopathia peribronchialis*. Badanie rentgenologiczne stwierdziło w prawem oskrzeli dużym przy wnelce obecność metalowego ciała obcego (prawdopodobnie spinki). Momentu przeniknięcia ciała obcego w wywiadach nie udało się stwierdzić. Przypadek ten wykazuje znaczenie badania rentgenowskiego przy niejasnych wywiadach i niewyraźnych objawach klinicznych.

b) kilka przypadków wrzodów odźwiernika, sprawdzonych operacyjnie (ukazuje się w druku). Bezpośredni objaw wrzodu, jakim jest nisza, we wrzodach odźwiernika występuje bardzo rzadko. Sześć demonstrowanych przypadków wykazuje dokładnie umiejscowienie wrzodu w kanale odźwiernikowym.

Orzech podkreśla, że w jednym przypadku badanie

radjologiczne nie wykazało uchyłka odźwiernika pomimo istnienia wrzodu, co mogło być spowodowane wadliwą techniką retgenowską. Stwierdzenie obecności wrzodu za pomocą macania podczas zabiegu operacyjnego nie jest zupełnie pewną metodą.

Orłowski w odpowiedzi stwierdza, że technika w tych przypadkach nie była uzupełniona nowszymi metodami badania rentgenowskiego. Badanie rentgenowskie żołądka należy rozpocząć od małego jego wypełnienia treścią kontrastową. Prof. Gosset, z którego oddziału pochodzą przypadki, nie stosuje rezekcji żołądka, lecz zespolenie żołądkowo-jelitowe.

C. Odczyt:

A. Galewski. *Czynności układu chłonnego i szpiku kostnego oraz ich wzajemny stosunek z punktu widzenia biologicznego i klinicznego* (streszczenia nie nadesłano).

W dyskusji Fejgin zaznacza, że przeciwstawianie sobie układów szpikowego i chłonnego jest w piśmiennictwie nieznanne. Stosunek tych układów do charakteru chemicznego drobnoustrojów nie jest stały i ścisły. Przewlekłe postacie gruźlicy dają limfocytozę, ostre, jak np. prosówka — neutrofilozę, podobnie jak ostre choroby zakaźne. *Aleukia haemorrhagica*, agranulocytoza, odczyn limfatyczny są sprawami, dotąd niedokładnie poznanymi i nieściśle określonymi. Odczyn limfatyczny daje się odróżnić od białaczki limfatycznej tylko *a posteriori*, zależnie od tego, czy chory umrze, czy też nie. Zapalenie migdałków, wywołane przez te same drobnoustroje, powoduje u jednych osobników leukocytozę, u innych limfocytozę. Obraz krwi w *aleukia haemorrhagica* i *agranulocytosis* jest taki sam, różnią się one między sobą tylko obecnością, względnie nieobecnością objawów skazy krwotocznej. Białaczka monocytarna nie daje się wtłoczyć w żaden ze schematów.

W odpowiedzi stwierdza Galewski, że chodziło mu jedynie o przedstawianie nowszych poglądów na czynność układu chłonnego i szpiku kostnego, a nie o ich krytykę.

Sekretarz: H. J. Landau.

Związek Przeciwweneryczny.

Posiedzenie Zarządu z dnia 30.I 1931 r.

Obecni:

Prof. Franciszek Krzyształowicz, Dr. Jan Adamski, Doc. Dr. Gustaw Szulc, Dr. Henryk Szczodrowski, Dr. Leon Wernic, Dr. Jerzy Reise, Dr. Wiktor Borkowski.

1) Przyjęto protokół posiedzenia z dnia 19 grudnia 1930 r.

2) Dr. Wiktor Borkowski zdał sprawę z delegacji do Łodzi, Białegostoku, Lwowa i Województwa Stanisławowskiego.

3) W związku ze sprawozdaniem D-ra Borkowskiego uchwalono zaopiniować przychylnie jego wniosek o masowe przebadanie serologiczne ludności zamieszkującej dolinę Bystrzycy i Prutu (Huculszczyzna).

4) Uchwalono zwrócić się do artystów polskich o zgłoszenie projektów na godło międzynarodowe Związku Przeciwwenerycznego.

5) Uchwalono zwrócić się do Departamentu Służby Zdrowia z prośbą o nadesłanie danych statystycznych dotyczących się rozpowszechnienia kiły i porażenia postępującego w okresie przed i powojennym.

6) Uchwalono przyjąć do Związku Przeciwwenerycznego w charakterze członka Magistrat miasta Baranowicz.

(—) Dr. W. Borkowski. (—) Prof. Fr. Krzyształowicz.

Posiedzenie lekarzy szkolnych

z dnia 19 lutego 1931 r.

Osób obecnych 48.

Przewodniczący Dr. St. Kopczyński, sekretarz Dr. Jurjewiczówna. Po przeczytaniu i przyjęciu protokołu poprzedniego zebrania przewodniczący informuje zebranych, iż Ministerstwo wystąpi wkrótce do dyrekcji szkół średnich z ankietą, w której znajduje się również rubryka higieny szkolnej i opieki lekarskiej w szkołach. Przewodniczący prosi o staranne wypełnianie tej rubryki. Wizytator dr. Mitkiewicz informuje o propozycji byłego dyrektora szkół średnich p. Rydzewskiego przesyłania do posiadłości jego Brok nad Bugiem w miejscowości zdrowotnej grup młodzieży — po 10 osób, które miałyby zapewniony pobyt w warunkach sanatoryjnych. Dojazd do Broku z Łochowa autobusem.

Następnie wizytator Dr. Mitkiewicz zawiadamia obecnych o akademii przeciwalkoholowej, urządzanej przez Towarzystwo „Trzeźwość“ w najbliższą niedzielę o godz. 5 po poł. w sali Towarzystwa Higienicznego. Dr. Mitkiewicz zachęca do wzięcia udziału w akademii, która ma na celu przedstawić szerszym kołom społeczeństwa sprawę obrony istniejącej dotychczas Polskiej Ustawy Przeciwalkoholowej; ustawa ma ulec zasadniczym zmianom, które, zdaniem Towarzystwa „Trzeźwość“, niekorzystnie odbiłyby się na zwalczaniu alkoholizmu w Polsce.

Państwowy inspektor Stanisław Bogdanowicz wygłasza referat na temat „Przeciążenie w szkole na zasadzie ankiety“.

W związku z XII międzynarodowym kongresem nauczycielskim, który był poświęcony zagadnieniom przeciążenia młodzieży, Towarzystwo Nauczycieli Szkół Średnich i Wyższych razesłało w r. ub ankietę do szkół skierowaną do młodzieży, mającą na celu wyświetlenie stanu przeciążenia w Polsce.

Ankieta dała około 30.000 odpowiedzi indywidualnych, t. j. objęła 156 szkół (82 humanistyczne, 30 klasycznych, 16 matematyczno-przyrodniczych, 28 seminarjów, w tem 84 męskie, 53 żeńskie i 19 szkół koedukacyjnych).

Dane, uzyskane z kart indywidualnych, zostały zestawione przez Główny Urząd Statystyczny w Karty Klasowe. Te ostatnie opracowywane są w kierunku uzyskania odpowiedzi na pytania: czem różnią się budżety czasu młodzieży a) uczęszczającej do różnych typów szkół b) zamieszkującej miasta różnej wielkości c) różnej płci (dziewcząt i chłopców).

Opracowanie ankiety nie jest ukończone, uzyskane są jedynie częściowe wyniki.

W świetle pierwszych wyników odpowiedzi na zadane pytania zdają się kształtować w sposób następujący:

a) młodzież szkół staroklasycznych posiada korzystniejszy układ czasu od swych kolegów, młodzież zaś szkół humanistycznych najmniej korzystny. (Seminarja obecnie nie zostały uwzględnione). Dla potwierdzenia tej odpowiedzi przytaczamy czas tygodniowy pracy 7 dni (szkolnej, domowej, kształcącej zarobkowej) w typie klasycznym i humanistycznym.

klasy	klasycy	humaniści
8	62,9	71,5
7	62,0	64,4
6	60,2	61,6
5	59,5	57,3
4	55,9	55,8
	300,5	310,6

Jedynie klasa piąta wykazuje korzystniejszy czas humanistów. Zauważmy, że w V-jej klasie u Klasyków przybywa nowy przedmiot — grecki język.

b) budżet czasu młodzieży kształtuje się dla obu płci najkorzystniej w Warszawie; najniekorzystniej dla młodzieży męskiej w miastach średnich, dla dziewcząt miasta małe zdają się raczej posiadać gorszy układ czasu, niż średnie (odpowiedź oparta jedynie na wynikach dla 8-ch klas).

c) budżet czasu młodzieży żeńskiej jest korzystniejszy od budżetu młodzieży męskiej. Jako argument przytaczamy odpowiednie czasy pracy (klasa 8-a).

	Chłopcy	Dziewczęta
Warszawa	66,3	63,6
Miasto średnie	71,5	65,6
Miasto małe	67,9	67,4

Kończąc na tam zwięźle przedstawienie referatu, chcemy się usilnie zastrzec przeciwko przecenianiu wyników. Mają one wyraźnie charakter prowizoryczny: o ile dalsze opracowanie ankiety je potwierdzi, o ile (co ważniejsza) dodatkowe badania niezależnie od ankiety je ugruntują, ankietę i jej wyniki powinny służyć za punkt wyjścia dalszych badań, inną metodą prowadzonych (metodą kart czasu). Wartość ankiety polega na tem przedewszystkiem, że przypomina i zachęca do podjęcia badań nad ustalaniem, jaki jest układ czasu młodzieży.

Dr. St. K o p c z y ń s k i, zabierając głos, podkreśla jako wielki błąd ankiet, skierowany do młodzieży szkół średnich, rozróżnienie młodzieży pracującej w internatach i w środowisku domowym, zazwyczaj stwierdza się lepiej zorganizowaną pracę ucznia — przystosowanie do lekcji — w internacie, niż w domu rodzinnym. Drugim błędem ankiety jest pominięcie wieku, a więc stopnia rozwoju fizjologicznego młodzieży. co ma, jak wiadomo, duże znaczenie dla czynionych przez młodzież wysiłków.

Dr. K o r s a k ó w n a mówi o ankiecie, którą przeprowadzała na terenie 30 seminarjów na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, która dała bardzo ciekawe wiadomości o czynnikach, okrajających budżety młodzieży, jak dojazd do szkoły, niepomyślna atmosfera moralna w domu, ciasnota mieszkań, brak spokoju i ciszy w zamieszkiwanych dzielnicach i domach. Dr. K o r s a k ó w n a uważa, że w ankiecie powinna figurować rubryka dla odpowiedzi rodziców, którzyby mogli stwierdzić lub sprostować i uzupełnić odpowiedzi dzieci.

Dr. T r e n k n e r uważa za brak ankiety pominięcie środowisk, tj. sfer społecznych, z których dzieci pochodzą, oraz pominięcie, o której godzinie młodzież przystępuje do odrabiania lekcji często bowiem młodzież zabiera się do odrabiania lekcji natychmiast po spożytym obiedzie, co, rzecz oczywista, wywołuje nadmierne i przedwczesne zmęczenie.

Dr. N i w i ń s k i podnosi potrzebę zainteresowania, jako bodźca, budzącego zapal do pracy. Dr. N i w. posuwa się do przypisania tego zainteresowania systemowi stopni—ocen, zdaniem dr. N i w i ń s k i e g o, młodzież szuka stopni odznak na boiskach sportowych.

Dr. J a n B o g d a n o w i c z stwierdza, że, o ile dane ankiety są ściśle, wykazują one zmniejszenia liczby godzin pracy domowej, co wykazuje, że starania lekarzy szkolnych, dążących do ułatwienia w pracy i warunków życia młodzieży, nie osiągają celu.

Dr. S z e p e l s k a podnosi, że nauczycielstwo nie interesuje się, czy i o ile młodzież napotyka trudności w przygotowaniu lekcji i zadaniach prac domowych, oraz podkreśla znaczenie uzdolnień pedagogicznych nauczycielstwa.

Dr. Ł a p i ń s k a przytacza dane ankiety, przeprowadzonej przez siebie na terenie gimnazjum Kr. Jędrwigi, na które otrzymała przeszło 400 odpowiedzi, i wykazuje małą liczbę godzin snu.

Dr. D r a b c z y k przypisuje małą wartość zbierania ankiet dorywczych, gdyż stwierdził rozbieżność odpowiedzi ro-

dziców i ich dzieci, natomiast uważa, że wartościowe odpowiedzi otrzymamy od rodziców na konferencjach ustnych.

Dr. D r a b c z y k żąda układania programów szkolnych przy udziale nauczycieli-praktyków i lekarzy szkolnych.

Prelegent w odpowiedzi streszcza trzy zagadnienia, wyłonione w dyskusji: Przyznaje wskazane 1) braki ankiety, 2) przyznaje, że nauczycielstwo jest współwinnie przeciążeniu, jednak nauczyciel jest pociągany do odpowiedzialności za niewypełnianie programu i jest sam przeciążony pracą, na skutek czego nadzwyczaj trudna jest indywidualizacja ucznia przez nauczyciela. Następnie prelegent uważa za niewskazany nadmiar imprez rozrywkowych i uroczystości, którymi są szkoły zarzucane, 3) co do metody badania, prelegent zgadza się z D r e m D o b c z y ń s k i e m i jest za metodą rosyjskiego Instytutu Pedagogicznego w Moskwie, która uznaje tylko dowolność w uczestniczeniu w ankiecie i powtarzalność ankiety, konieczne jest również zachowanie anonimowości jej, aby młodzież miała pewność, że odpowiedzi dostaną się do rąk osób, które nie mogą wpłynąć na jej życie szkolne. Prelegent chwali „Chronokarty” rosyjskiego Instytutu, które składają uczniów do zdawania sobie sprawy z użycia swego czasu.

Posiedzenie zamknięto o godz. 22.30.—

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu lutowym Tow. studjów naukowych nad gruzlicą w Paryżu (Pr. med.N.27) Valtis, Vaccaloulis i Joaunides cytowali przypadek *niezwyczajnej wrażliwości na tuberkulinę*, dotyczącej chorej na gruźlicę. Po jednorazowym wykonaniu próby Pirquet'a znów zjawily się prątki w płwocinie, wystąpiło krwotłucie i krwiomocz.

Cherigle, Langeron i Desplats zauważyli *wahania w glikemji i cukromoczu pod wpływem naswietlania okolicy nadnerczy* (tow. franc. elektroterap. i radjol. — Pr. med. 29). U osobników normalnych następuje spadek cukru we krwi o 15-20 centygr., u chorych na moczówkę cukrową spadek ten jest jeszcze wybitniejszy, choć zapewne nieraz przypadkowy. Jednocześnie z tem daje się zauważyć znaczne zmniejszenie cukromoczu.

Delherm, Gizioux i Kistionios na tem samem posiedzeniu tow. franc. elektroter. i radjol. zdawali sprawę z prób *leczenia astmy naswietlaniami trzustki*. Ogółem leczyli oni w ten sposób 5 chorych; w dwu przypadkach osiągnęli doskonałe wyniki: jedna np. chora jest zdrowa od dwu lat. W trzech leczenie nie dało wyniku; wydaje się, że ten sposób leczenia jest skuteczny w przypadkach astmy, którym towarzyszy hipoglikemja, wskazująca na prawdopodobieństwo w tych razach nadczynności trzustki, możliwe, że naswietlanie zmniejsza tą nadczynność i tą drogą dobrze oddziałuje na astmę.

Wreszcie Devois demonstrował przypadek *obecności askaryd, symulującej napad zapalenia wyrostka robaczkowego*, rozpoznany dzięki zdjęciu rentgenowskiemu. Podanie santoniny wypędziło te robaki i usunęło objawy brzuszne.

Z j a z d y

VII-y międzynarodowy Zjazd Przeciwgruźliczy w Oslo.

(Dokończenie — p. Nr. 16)

Po wygłoszeniu koreferatów odbyła się dyskusja.

Dr. D a b r o w s k i (Warszawa) wyraża przeświadczenie, że aby być dobrym fizjologiem, trzeba przedewszystkiem być dobrym lekarzem; dla przyszłych kierowników instytucji przeciwgruźliczych konieczny jest kurs specjalizacji co najmniej 3 letni.

Prof. H a r b i t z (Oslo) uważa za pożądane, żeby nauczanie kliniczne poprzedzone zostało wykładami ogólnymi o gruźlicy, wygłoszonymi przez profesora patologji ogólnej.

Dr. R i s t (Paryż) podkreśla uderzający rozdźwięk między stanowiskiem, zajmowanym przez gruźlicę w nauczaniu klinicznem, a tem, które ma ona w praktyce codziennej; jedynym rozwiązaniem byłoby tworzyć specjalne katedry klinicz-

ne i uważać przejście stażu w tych klinikach za obowiązkowe dla studentów.

Dr. S t. R u d z k i (Warszawa), jako długoletni wykładowca na różnych kursach przeciwgruźliczych dla lekarzy i studentów, podkreśla, że przy terażniejszym rozwoju medycyny ogólne kliniki wewnętrzne nie są w stanie dokładnie zapoznać studentów z działem gruźlicy pod względem praktycznym; nauka o walce społecznej z gruźlicą również nie może się pomieścić w ramach katedr higieny, bez uszczerbku dla równowagi kursu higieny lub dla pełniłości obrazu walki przeciwgruźliczej. Jedynym rozwiązaniem racjonalnem sprawy jest tworzenie katedr fizjologii lub przynajmniej obowiązkowych wykładów docentów z uwzględnieniem pełnem kliniki gruźlicy w różnym wieku i we wszystkich okresach, badań laboratoryjnych i radiologicznych, metod leczenia ze specjalnem uwzględnieniem wszelkich sposobów leczenia chirurgicznego, wreszcie całokształtu walki społecznej z gruźlicą, z praktyką w przychodniach, sanatorjach i specjalnych szpitalach. Katedra taka obok kształcenia studentów powinna w szerszym zakresie

wyrbiać kadry lekarzy, pragnących poświęcić się ftizjologii. Kurs dla studentów powinien być w ciągu 2 semestrów, dla lekarzy, przyszłych ftizjologów, przynajmniej roczny, po przejściu uprzedniemu co najmniej 2 lat stażu w klinice wewnętrznej.

Prof. Cepulic (Jugosławia) oznajmia, że wydział lekarski w Zagrzebiu od 1927 r. organizuje specjalne kursy z dziedziny gruźlicy.

Prof. Courmont (Francja) sądzi, że nauczanie społeczne gruźlicy odbywać się powinno na chorych w przychodni i w domu chorego.

Prof. Armand-Delille (Francja) podkreśla 3 najważniejsze szczegóły: poszukiwanie styczności i zakażenia różdżkowego, wczesne rozpoznanie za pomocą radiologii, ściśle środki zapobiegawcze.

Prof. Leon Bernard (Francja) przypomina, że przed specjalizowaniem się profesor ftizjologii musi przejść ogólną klinikę wewnętrzną. Nauczanie specjalne gruźlicy w ramach kliniki ogólnej możliwe jest, jeżeli rozporządza ona niezbędnymi urządzeniami.

Maher (Stany Zjednoczone) podkreśla, że obecne metody nauczania gruźlicy nie odpowiadają olbrzymiemu rozwojowi tej nauki.

Jacobs (Stany Zjednoczone) mówi o licznych dobrowolnych pracownikach, mężczyznach i kobietach, którzy zajmują się w Stanach Zjednoczonych walką z gruźlicą. Amerykański Narodowy Związek Przeciwgruźliczy zorganizował specjalne kursy dla nich.

Wolff (Stany Zjednoczone) sądzi, że lekarz, który chce specjalizować się w gruźlicy, musi poświęcić wiele lat na studia nad tą chorobą w specjalnych zakładach, przeznaczonych dla gruźliczych; lekarze praktycy muszą odbyć kilkumiesięczny staż w tych instytucjach.

Gasparini (Włochy) stwierdza, że gruźlica w medycynie zajmuje specjalne miejsce narówni z pediatrją, ortopedją, syfilografją i t. d. W większości uniwersytetów nauczanie ftizjologii jest jeszcze niepełne i winno być zorganizowane w sposób systematyczny i obowiązkowy.

Gianini (Włochy) zaznacza, że ftizjologia jest nauką niezwykle złożoną, gdyż obejmuje zagadnienia bakterjologiczne, społeczne, statystyczne i nawet polityczne.

Blümel (Niemcy) żąda obowiązkowego nauczania gruźlicy dla studentów medycyny; pożądana jest ścisła współpraca pomiędzy klinicystami i patologami.

Hervé (Francja) przypomina, że leczenie klimatyczne odgrywa pierwszorzędną rolę w leczeniu gruźlicy płucnej; wobec tego pożądanym jest, żeby lekarze i studenci odbywali staż w miejscowościach klimatycznych.

Worobjew (Sowiety) oznajmia, że Rosja uznaje konieczność tworzenia w uniwersytetach specjalnych kursów z gruźlicy. W Rosji istnieją obecnie 4 katedry ftizjologii.

Dr. Skokowska-Rudłowa (Polska) podkreśla jasność i zadziwiająco precyzję, z którą Prof. Leon Bernard wyłożył obecne zasady nauczania gruźlicy; mówczyni sądzi, że cały rok studiów lekarskich powinien być poświęcony gruźlicy.

Kaysers-Petersen (Niemcy) jest zdania, że przychodnie mogą odgrywać wielką rolę w nauczaniu gruźlicy dla studentów, pod warunkiem jednak, żeby uwzględniono tam wszelkie postacie gruźlicy: płucną, kostną, stawową i t. p.

Sampaio Tavares (Brazylja) stwierdza, że nauczanie gruźlicy powinno się odbywać w przychodniach, prewentyoriach, sanatorjach lub szpitalach dla gruźliczych. Gruźlica musi być uważana za specjalność.

Prof. His w kilku słowach odpowiada przedmówcom, stwierdzając zgodność co do konieczności ulepszeń w nauczaniu gruźlicy.

Przewodniczący prof. Frölich sądzi, że dyskusja kwiświeliła wiele zagadnień. Dziękując wszystkim uczestnikom, ogłasza Zjazd za zamknięty.

Poza oficjalnymi tematami zjazdowymi, w myśl przyjętego zwyczaju, wygłoszony jeszcze został popołudniu wykład publiczny przez Dra Heitmana, sekretarza generalnego Zjazdu.

Tematem wykładu była organizacja walki z gruźlicą w Norwegji.

Norwegja liczyła w 1928 r. 2.810.592 mieszkańców, na których przypada 1586 lekarzy, w tej liczbie w 18 departamentach wiejskich było ich 739, w 2 miastach (Oslo i Bergen) 847.

Norwegja jest pierwszym krajem w Europie, który wprowadził u siebie ustawę przeciwgruźliczą, opracowaną przez Holmboei Hansena. Ustawa została uchwalona przez Storting w 1900 r. i dała mocne podstawy do walki z gruźlicą w tym kraju. W 1911 r. uchwalono ustawę o ubezpieczeniach

przeciwko chorobom z uwzględnieniem szerokiej gruźlicy. W 1914 r. stworzono urząd Inspektora Generalnego dla spraw gruźlicy (stanowisko to zajmuje obecnie dr. Heitman). W 1920 r. zarządzono specjalne badanie wszystkich poborowych w kierunku gruźlicy.

W Norwegji czynne są 3 wielkie organizacje społeczno-higieniczne zajmujące się również walką z gruźlicą. Są to: Norweski Czerwony Krzyż, Związek Higieniczny Kobiet Norweskich i Narodowy Związek przeciwgruźliczy.

Czerwony Krzyż założony został w Norwegji w 1865 r.; posiada on obecnie 190 oddziałów i 63 tysiące członków. Szkoły pielęgniarskie Czerwonego Krzyża wykształciły 908 pielęgniarek. Stowarzyszenie Czerw. Krzyża posiada 5 klinik, 1 sanatorium, 2 domy dla gruźliczych, 11 poradni, 2 przytułki położnicze.

Liga Higieny Kobiet założona w 1896 r. ma 624 oddziały i 90 tysięcy członkiń. Posiada ona 4 szkoły pielęgniarek, których wyszkolono 975. Liga stworzyła 24 domy gruźlicze, 11 prewentyoriów, 5 szkół na otwartym powietrzu, 2 zakłady heljoterapeutyczne, 1 sanatorium ludowe, 1 sanatorium dziecięce, 5 domów z 12 mieszkaniami dla rodzin gruźliczych, 1 dom dla ozdrowieńców gruźliczych po wyjściu z sanatorium, 14 poradni, 10 letnich domów dla rodzin, zagrożonych gruźlicą, oraz szereg ośrodków do rozdawania mleka, kliniki dla niemowląt, kolonie letnie dla dzieci i kąpiele publiczne.

Związek Przeciwgruźliczy stworzony został w 1910 r., ma on 998 oddziałów i 200 tysięcy członków. Wyszkolił on 900 pielęgniarek. Zorganizował Związek 37 domów dla gruźliczych, 14 prewentyoriów, 3 szpitale morskie, 1 dom dla złoźwatyh 8 pomieszczeń dla gruźliczych, 2 sanatoria dziecięce i 2 domy ozdrowieńców.

Ogólne zestawienie zakładów przeciwgruźliczych jest następujące: sanatoriów posiada Norwegja 12 (liczba łóżek 1350), domów dla gruźliczych 113 (łóżek 2611), domów pracy 4 (łóżek 88), oddziałów specjalnych w dużych szpitalach 25 (łóżek 711), szpitale morskich 8 (łóżek 562), prewentyoriów 28 (łóżek 900), Naogół tedy Norwegja posiada 6222 łóżka dla gruźliczych.

Przychodnia przeciwgruźlicza pierwsza założona została w 1901 r., dążeniem jest stworzenie po 1-ej przychodni w każdej z 388 gmin.

W 1926 r. utworzony został centralny komitet przychodni, złożony z 3 przedstawicieli omówionych 3 wielkich organizacji higienicznych pod przewodnictwem urzędowego Inspektora Generalnego dla spraw gruźlicy. Komitet ten rozdziela wszelkie zapomogi rządowe.

Środki, które przeznaczają Norwegja na walkę z gruźlicą są następujące: 1) Wydatki roczne Państwa (w budżecie 1930-31 r.) — 3.100.000 koron, 2) subwencja z dochodów Loterii państwowej rocznie 300 tysięcy koron, 3) podatek od zysków z monopolu spirytusowego w 1929—30 r. około 2.100.000 k., 4) udział w wydatkach na izolowanie zakaźnych gruźliczych opłacony w myśl ustawy przez miasta i departamenty — 2.100.000 k., 5) kwoty, wypłacone przez norweskie towarzystwa ubezpieczeń życiowych na leczenie swych ubezpieczonych 120 tys. k., pozostał na budowę prewentyoriów 33 tys. k. rocznie, 6) wydatki oddziałów miejscowych Związku Przeciwgruźliczego i Ligi Higieny Kobiet na cele przeciwgruźlicze 3.000.000 k.; poza tem Kasy chorych oraz wiele gmin i stowarzyszeń prywatnych przeznaczają na gruźlicę duże sumy.

Naogół tedy wydaje się rocznie na walkę z gruźlicą w Norwegji co najmniej 10 milionów koron rocznie, czyli 3—4 korony rocznie od każdego mieszkańca (t. j. około 10 złotych od głowy).

Śmiertelność z gruźlicy w okresie od 1867 do 1928 r. spadła z 24,4 (na 10 tys. mieszkańców) do 15,6, co wynosi 34,5% niżki, gdy ogólna śmiertelność obniżyła się o 27% i wynosi teraz 108,1 na 10 tys. mieszkańców.

Stosunkowo wysoką śmiertelność w swym kraju tłumaczy Norwegowie bardzo surowym klimatem, zwłaszcza w północnej części kraju.

Niezmiernie pouczający wykład d-ra Heitmana spotkał się z żywym uznaniem słuchaczy, czemu dał wyraz w serdecznych słowach prof. Calmette.

Poza posiedzeniami Zjazdu odbył się szereg przyjęć dla uczestników, a więc Król z rodziną swą podejmował oficjalnych delegatów na zamku, Minister Spraw Zagranicznych w Grand Hotelu, Zarząd Miejski w zamku Akershus, wreszcie społeczeństwo miejscowe wydało dla wszystkich uczestników Zjazdu wielki bankiet w gmachu Łoży Masońskiej, mieszczącym się obok Stortingu.

Wszystkie te przyjęcia odznaczały się wielką serdecznością.

Uczestnikom było też ułatwione zwiedzanie wszelkich zakładów sanitarnych w stolicy Norwegji i jej okolicach. A więc

przedewszystkiem kliniki, szpitale i sanatorja. W samem Oslo jest Rikshospitalet (szpital Uniwersytecki) na 800 łózek, obsługujących 11 klinik; szpital Ullevaal na 2000 łózek przeznaczonych dla 11 klinik: w tej liczbie są specjalne pawilony dla gruźliczych; sanatorjum dla gruźliczych Ligi Higieny Kobiet pod Oslo w Grefsen, sanatorjum Vardaasen 28 km od Oslo; Glitre sanatorjum w Hakadal na 170 łózek. Ponadto jest klinika Norweskiego Czerwonego Krzyża, mały szpital wojskowy oraz prewentyoria, żłobki, przychodnie, wreszcie Instytut Państwowy Zdrowia Publicznego.

Korzystając ze Zjazdu, różne narody wygotowały szereg prac specjalnych, które rozdawane były uczestnikom. Wyróżnili się tu — jak i na poprzednich Zjazdach — Włosi, którzy przywieźli piękne wydawnictwa o walce z gruźlicą w Italji w 1929 r., o szczepieniach ochronnych przeciwgruźliczych, o leczeniu chirurgicznym gruźlicy płuc, wreszcie o Instytucie Benito Mussolini. Duńczycy dali obraz walki z gruźlicą w swym kraju, Hiszpani — z zakresu bakterjologii i patologji gruźlicy. Niemcy rozdawali specjalny numer Zeitschrift für Tuberkulose, poświęcony Zjazdowi, oraz dobre skrócenia w języku niemieckim 3 głównych referatów, wydane przez niemiecki Centralny Komitet walki z gruźlicą. Sowiety przysłały ładnie wydaną książkę o gruźlicy na Ukrainie w 3-ach językach — niemieckim, angielskim i francuskim. Wreszcie Revue Internationale de Médecine Professionnelle et Sociale wydało specjalny numer zawierający wyniki ankiety o walce z gruźlicą w różnych krajach. Polskie wydawnictwo o wynikach szczepień ochronnych przeciwgruźliczych w Polsce, (opracowane przez dra Prokopowicz-Wierzbowską pod redakcją prof. Michałowi-

cza), niestety, przyszło zapóźno i nie mogło być na miejscu rozdane uczestnikom, będzie więc rozesłane pocztą.

Poza stroną naukową Oslo z licznymi swemi muzeami i pięknymi okolcami dało uczestnikom możliwość poznania starej kultury norweskiej. Polska delegacja znalazła tu u Reprezentanta Rzeczypospolitej Polskiej p. Ministra Malczewskiego wszelką pomoc i uprzejme wskazówki.

Po Zjeździe — jak zwykle — odbyły się wycieczki po całym kraju. Oficjalne 3 marszruty prowadziły z Oslo na południe, zachód i północ i wszystkie schodziły się w Bergen.

Wybraliśmy najdłuższą drogę na północ, tu zwiedziliśmy po drodze szereg sanatorjów, domów dla gruźliczych, prewentyoriów i innych urządzeń przeciwgruźliczych, a poza tem poznaliśmy najpiękniejsze zakątki Norwegji, doliny nad Mjösen, największym jeziorem Norwegji, Hamar, Hösbjör, Lillehammer, Maihaugen ze słynnemi zbiorami Sandwiga, doliny Gubrandsdal i Romsdal, Andalsnes, przepiękne fjordy, Molde, a stąd oceanem Atlantyckim do Bergen. Tu wszystkie 3 wycieczki spotkały się i zwiedziły razem imponujący szpital morski w Hagevik, samo Bergen, wreszcie jedyne w swoim rodzaju leprozorja w Bergen. Powrotna droga przez Voss do Oslo, skąd, opuszczając gościnną ziemię norweską, udaliśmy się do Szwecji.

Zjazd Przeciwgruźliczy w Oslo udał się pod wszelkimi względami, zarówno naukowym, jak krajoznawczym i dał możliwość poznania całemu światu bogatej kultury skandynawskiej, tak odmiennej i tak pouczającej dla wszystkich narodów.

Dr. Stefan Rudzki (Warszawa).

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Przyczynę do zagadnienia umieralności na raka i gruźlicę*).

Podał

Dr. C. SZABAD (Wilno).

(C. d. patrz Nr. 16).

Przejdę teraz z kolei do rozpatrzenia mego materiału.

Tablica I wskazuje, że w ciągu 20 lat przeciętnie umierało w Wilnie Żydów na raka 65,5 rocznie, na gruźlicę 125,1, t. j. prawie dwa razy więcej, czyli na 100 zgonów 5,6 i 10,7. Jeśli zaś rozdzielimy te 20 lat na 3 okresy: I. 4 lata przedwojenne (1911—1914), II — 6 lat wojny światowej, okupacji i wojny polsko-sowieckiej (1915—1920) i III ostatnie dziesięć lat powojennych, otrzymujemy zupełnie inne stosunki (Tabl. II).

Podczas pierwszego okresu przy przeciętnej liczbie zgonów 1196 rocznie, było ich na raka 76,7 (6,3%) i na gruźlicę 106,2 (8,9%); to znaczy, iż zgonów na gruźlicę było prawie o 40% więcej, niż na raka.

Podczas wojny, kiedy liczby zgonów znacznie się powiększyły, mimo zmniejszenia się ludności, liczba zgonów na gruźlicę również się zwiększyła i wynosiła przeciętnie 253,0 rocznie, czyli 12,8%. Różnica między liczbami poszczególnych lat tego okresu tłumaczy się tak: (tabl. I) z początku, w r. 1915 liczba zmarłych na gruźlicę jeszcze nie jest wysoka dlatego, iż chorzy na gruźlicę, że tak powiem, nie zdążyli jeszcze umrzeć. Z każdym następnym rokiem jednak liczby te szybko się zwiększają, sięgając w 1917 r.—496. Odtąd pomału

się zmniejszają; raptowny zaś spadek w r. 1920 do 99 tłumaczą tem, iż większa część gruźliczych wymarła podczas lat poprzednich. Inaczej działała wojna na umieralność na raka. Absolutne liczby te się zmniejszyły, o ile ludność się zmniejszała; w stosunku zaś do ogólnej liczby zgonów odsetek znacznie się zmniejszył (przeciętnie 2,8%) dlatego, iż ogólna umieralność była bardzo wysoka.

W okresie powojennym, który można uważać już za mniej-więcej normalny, przy przeciętnej liczbie zgonów 681,8 rocznie, na raka umierało 66,6 (9,8%), na gruźlicę zaś 56,0 (8,2%); to znaczy, iż w porównaniu z okresem przedwojennym przy ogólnem zmniejszeniu się liczby zgonów, umieralność na raka przewyższa umieralność na gruźlicę.

Bardziej wyraźne dane otrzymalibyśmy, gdy byśmy mogli obliczyć stosunek zgonów na te choroby do liczby mieszkańców. Niestety, takich pewnych danych Wilno nie posiada, ponieważ spisu ludności nie mieliśmy tutaj od r. 1897. Więc dla 4-ech lat przedwojennych zmuszony byłem obliczyć liczbę mieszkańców żydów, wychodząc ze stwierdzonej w spisie r. 1897 liczby 63,831 i dodając przypuszczalny przyrost roczny o 1,5%. Dla r. 1916 mamy spis ludności, dwa razy przeprowadzony przez władze okupacyjne, a w r. 1919 — 1923 spis policyjny. Dla lat następnych znowu dodałem corocznie 1,5%-wy przyrost.

Nie mogłem skorzystać z obliczeń, podanych w „Roczniku stat. m. Wilna”, z powodu braku tam danych wyznaniowych. W taki sposób otrzymałem obliczenia orientacyjne co do liczb mieszkańców — żydów miasta. Z tablicy I więc widzimy, iż w okresie przedwojennym zgonów na raka było 0,98 na 1000, na gruźlicę 1,35‰; podczas wojny — 1,02‰

*1) Referat wygłoszony na posiedzeniu Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego 18 lutego 1931.

TABELA I.

Zgony na raka i na gruźlicę za okresy: 1911—1914; 1915—1920; 1921—1930.

Okres	Lata	Liczba mieszkańców:	Ogólna liczba zgonów	Liczby zgonów na raka			Liczby zgonów na gruźlicę		
				Liczby absolutne	na 100 zgonów wogóle	na 1000 ludności	Liczby absolutne	na 100 zgonów wogóle	na 1000 ludności
I	1911	76600	1187	95	8,0	1,24	98	8,3	1,29
	1912	77750	1209	62	5,1	0,79	85	7,0	1,09
	1913	78916	1085	71	6,5	0,90	114	10,5	1,44
	1914	80100	1290	79	6,1	0,98	128	9,8	1,60
	Przeciętnie		1196,0	76,7	6,3	0,98	106,2	8,9	1,35
II	1915	— —	2153	99	4,5	—	131	6,0	—
	1916	59382	1644	58	3,5	0,98	208	12,7	3,50
	1917	53500	3649	49	1,4	0,91	496	13,5	9,27
	1918	— —	1417	32	2,3	—	312	22,1	—
	1919	46265	1821	54	2,9	1,17	272	14,9	5,89
	1920	— —	1185	45	3,8	—	99	8,3	—
Przeciętnie		1196,0	56,1	2,8	1,02	253,0	12,8	6,22	
III	1921	— —	694	58	8,3	—	54	7,4	—
	1922	— —	768	58	7,5	—	66	8,6	—
	1923	56163	610	56	9,2	1,00	58	9,5	1,03
	1924	57005	652	63	9,7	1,10	59	9,0	1,03
	1925	57860	634	82	12,2	1,41	42	6,6	0,73
	1926	58739	663	70	10,5	1,19	60	9,1	1,02
	1927	59620	693	66	9,5	1,11	47	6,8	0,79
	1928	60514	699	73	10,4	1,21	53	7,6	0,88
	1929	61422	719	71	9,9	1,16	58	8,1	0,94
	1930	62343	686	69	10,1	1,11	63	9,2	1,01
Przeciętnie				65,5	5,6	1,16	125,1	10,7	0,93

TABELA II.

Roczne przeciętne liczby zgonów na raka i gruźlicę w okresach 1911—1914; 1915—1920; 1921—1930.

Okres	Lata	RAK		GRUŻLICA		Ogólne (przeciętne) liczby zgonów.
		Przeciętnie	%/0 wszystkich zgonów	Przeciętnie	%/0 wszystkich zgonów	
I	1911—1914	76,7	6,3	106,2	8,9	1196,0
II	1915—1920	56,1	2,8	253,0	12,8	1981,7
III	1921—1930	66,6	9,8	56,0	8,2	681,8

TABELA III.

Liczby zgonów na raka według wieku za okresy: 1911—1914; 1915—1920; 1921—1930.

Okres	Lata		0—10	11—20	21—30	31—40	41—50	51—60	61—70	71—80	81—	Ogółem
I	1911—1914	Liczby abso- lutne	1	4	4	26	41	76	98	50	7	307
		% %	0,3	1,3	1,3	8,5	13,3	24,8	31,9	16,3	2,3	100,0
II	1915—1920	Liczby abso- lutne	1	4	12	24	62	100	87	37	10	307
		% %	0,3	1,2	3,5	7,1	18,4	29,7	25,8	11,0	3,0	100,0
III	1921—1930	Liczby abso- lutne	3	9	9	40	91	181	213	102	18	666
		% %	0,5	1,4	1,4	6,0	13,7	27,2	32,0	15,0	2,8	100,0

TABELA IV.

Liczby zgonów na gruźlicę według wieku za okresy: 1911—1914; 1915—1920; 1921—1930.

Okres	Lata		0—10	11—20	21—30	31—40	41—50	51—60	61—70	71—80	81—	Ogółem
I	1911—1914	Liczby abso- lutne	148	34	64	50	52	43	19	12	3	425
		% %	34,8	8,0	15,0	11,7	12,4	10,1		8,0		100,0
II	1915—1920	Liczby abso- lutne	411	324	212	160	186	145	74	6	—	1518
		% %	27,1	21,3	13,9	10,5	12,3	9,6		3,5		100,0
III	1921—1930	Liczby abso- lutne	85	91	130	80	63	58	45	8	—	560
		% %	15,2	16,3	23,2	14,3	11,2	10,4	8,0	1,4	—	100,0

TABELA V.
Na 100 zgonów w każdym wieku przypada na raka i gruźlicę za okres 1911—1930.

	0 — 10		11 — 20		21 — 30		31 — 40		41 — 50		51 — 60		61 — 70		71 — 80		81 —	
	Gruźlica	Wszystkie zgony	Gruźlica	Wszystkie zgony	Gruźlica	Wszystkie zgony	Gruźlica	Wszystkie zgony	Rak	Wszystkie zgony	Gruźlica	Wszystkie zgony	Rak	Wszystkie zgony	Gruźlica	Wszystkie zgony	Rak	Wszystkie zgony
Abso- lutna liczba	644	5 5845	449	17 1500	406	25 1588	290	90 1515	301 194 2097	246 357 3035	138 398 3799	26 189 3044	3 35 1017					
% %	11,0	0,1	29,9	1,1	25,2	1,6	19,1	5,9	14,4	9,3	3,6	10,5	0,8	6,2	0,3	3,4		
	Gruźlica 1789 17,1%	Rak 137 1,3%	Wszystkie zgony 10448		Gruźlica 714 5,4%		Rak 1173 9,1%		Wszystkie zgony 12992									

TABELA VI.

Na 100 zgonów w każdym wieku przypada na raka za okresy: 1911—1914; 1915—1920; 1921—1930.

Okresy	0 — 10		11 — 20		21 — 30		31 — 40		41 — 50		51 — 60		61 — 70		71 — 80		81 —		
	Rak	Wszystkie zgony	Rak	Wszystkie zgony	Rak	Wszystkie zgony	Rak	Wszystkie zgony	Rak	Wszystkie zgony	Rak	Wszystkie zgony	Rak	Wszystkie zgony	Rak	Wszystkie zgony	Rak	Wszystkie zgony	
1911—1914	1	1576	4	210	4	287	26	291	41	364	76	474	98	659	50	654	7	256	
1915—1920	0,06		1,9		1,4		8,9		11,3		16,1		14,9		7,6		2,7		
1921—1930	1	2889	4	881	12	792	24	772	62	1175	100	1594	87	1852	37	1417	10	479	
1930—1931	0,0		0,4		1,6		3,1		5,3		6,3		4,7		2,6		2,1		
	Liczba absol.		Liczba absol.		Liczba absol.		Liczba absol.		Liczba absol.		Liczba absol.		Liczba absol.		Liczba absol.		Liczba absol.		Liczba absol.
	%		%		%		%		%		%		%		%		%		%

TABELA VII.
Na 100 zgonów w każdym wieku przypada na gruźlicę za okresy: 1911—1914; 1915—1920; 1921—1930.

Okresy	0 — 10		11 — 20		21 — 30		31 — 40		41 — 50		51 — 60		61 — 70		71 — 80		81 —		
	Gruźlica	Wszystkie zgony	Gruźlica	Wszystkie zgony	Gruźlica	Wszystkie zgony	Gruźlica	Wszystkie zgony	Gruźlica	Wszystkie zgony	Gruźlica	Wszystkie zgony	Gruźlica	Wszystkie zgony	Gruźlica	Wszystkie zgony	Gruźlica	Wszystkie zgony	
1921—1930	85	1380	91	409	130	509	80	452	63	558	58	967	45	1288	8	973	—	282	—
1915—1920	Liczba absol.	411	325	881	212	792	160	772	186	1175	145	1594	74	1852	6	1417	—	479	—
1911—1914	%	14,2	36,8	20,7	26,8	20,7	15,9	17,2	14,3	9,1	9,1	2,9	1,8	0,4	—	—	—	—	—
	Liczba absol.	148	34	210	64	287	50	291	52	364	43	374	19	659	12	654	3	256	—
	%	9,3	16,2	—	22,3	—	17,2	—	14,3	—	9,1	—	2,9	—	1,8	—	1,2	—	—

i 6,22% po wojnie zaś 1,16‰ i 0,93‰. Jeśli przyjąć liczbę zgonów na gruźlicę za 100, to umieralność na raka w okresie przedwojennym stanowi 72,6, w powojennym zaś 125. Niebezpieczeństwo więc raka dla żydów m. Wilna znacznie się zwiększyło.

W jakim wieku, niebezpieczeństwo to jest największe?

Według wieku jeżeli wziąć cały okres 1911—1930 — w stosunku do ogólnej liczby zgonów na te choroby — najczęściej umierają na gruźlicę dzieci do 10 lat (25,8%). Z każdym dziesięcioleciem wieku odsetek ten się zmniejsza: 17,9, 16,2, 11,6, 12,00, 9,8, 5,5, 1,2 (zaczynając od 71 r.). Na wiek od 40 l. przypada nie więcej niż 28,7% wszystkich zgonów. Odwrotny stosunek widzimy przy raku: z każdym dziesięcioleciem wieku odsetek się zwiększa: 0,4, 1,3, 1,9, 6,9, 14,8, 27,2, 30,4. Tylko od lat 70 zmniejsza się on: 14,4, 2,7. Na wiek powyżej l. 40 przypada 89,5% wszystkich zgonów na raka. Zjawisko to jest ogólne: na gruźlicę umierają ludzie młodzi i w wieku średnim, na raka — w wieku powyżej l. 40.

Jakież różnice w tym kierunku przedstawiają okresy przedwojenny i powojenny? Umieralność na raka (Tabl. III) nie wykazuje prawie żadnej różnicy; w umieralności zaś na gruźlicę (Tabl. IV) obserwujemy, co następuje: w okresie przedwojennym największą umieralność widzimy w wieku 0—10 l. (34,8% ogólnej liczby zgonów na tę chorobę), podczas gdy w okresie powojennym odsetek ten stanowi mniej, niż połowę (15,2%). Natomiast w wieku 10—20 l. w pierwszym okresie odsetek ten spada do 8%, w powojennym zaś jest on 2 razy większy od ostatniego (16,3); więc w wieku 11—20 l. odsetek zgonów na gruźlicę po wojnie był większy, niż przed wojną. Tłumaczy się to dla pierwszego dziesięciolecia wieku tem, że w latach powojennych walka społeczna z umieralnością niemowląt oraz opieka nad dzieckiem dały widoczne skutki, a dla drugiego tem, że właśnie przez to odsetek zmarłych na gruźlicę w wieku powyżej 10 lat się podniósł; to znaczy: część dzieci gruźliczych, które nie zmarły w wieku do 10 l., dożyły do wieku 20—40. Podobne stosunki widzimy również przy obliczaniu umieralności w stosunku do ogólnej liczby zgonów według wieku. Z tablicy V widzimy przede wszystkim, iż najbardziej niebezpieczny wiek dla gruźlicy to wiek 11—20 l. (29,9%); następnie idą dziesięciolecia wieku 21—30 (25,2%), 31—40 (19,1%), 41—50 (14,4%); wiek dziecięcy (0—10 l.) znajduje się na 5-em miejscu (11,0%). Zjawisko to, które na pierwszy rzut oka wydaje się sprzeczne z wyszczególnionymi powyżej danymi, według których 25,8% wszystkich zmarłych na gruźlicę przypada na wiek do 10 l., tłumaczy się tem, że w tym wieku wogóle było dużo zgonów (5645), prawie 1/4 wszystkich zgonów.

Inne stosunki co do ogólnych liczb zgonów według wieku daje umieralność na raka (tabl. V). Podczas gdy w wieku do 40 l. na gruźlicę przypada 17,1% wszystkich zgonów, a od 40 l. — 5,4%, rak daje odwrotne liczby: do 40 l. 1,3% wszystkich zgonów, a od 40 l. — 9,1%.

Co się tyczy różnicy między okresami przed- i powojennym (tabl. VII), znajdujemy tu stosunki podobne do tych, które wykazują tablice VI i VII,

a mianowicie: w wieku do 10 l. gruźlica była przyczyną śmierci przed wojną w 9,3% przypadków, a po wojnie — w 6,1%. Z tegoż powodu w następnym dziesięcioleciu wieku (11—20 l.) w okresie przedwojennym zgonów na gruźlicę było mniej (16,2%), niż w powojennym (22,2%). W dwóch następnych dziesięcioleciach wieku różnica między obu temi okresami nie jest już tak znaczna, (22,3 i 25,5; 17,2 i 17,7). Natomiast odsetek zgonów na raka (tabl. VI) zarówno w okresie przed- jak i powojennym w każdym wieku się zwiększa, z wyjątkiem lat powyżej 61, w których odsetek ten się zmniejsza.

Na podstawie tych danych możemy dojść do następujących wniosków:

1. W ciągu ostatnich 20 lat (1911—1930) przeciętnie umierało żydów w Wilnie na gruźlicę (wszystkich narządów) 125,1 rocznie (10,7% wszystkich zgonów), a na raka (i inne nowotwory złośliwe) 65,5 (5,6%), t. j. mniej więcej połowa.

2. Liczby te jednak różniły się w okresach: przedwojennym, wojennym (okupacyjnym) i powojennym.

3. W okresie przedwojennym przeciętna liczba zgonów na gruźlicę wynosiła 106,2 rocznie (8,9%), a na raka — o 40% mniej — 76,7 (6,3%).

4. Podczas wojny i okupacji liczba zmarłych na gruźlicę znacznie się powiększyła (12,8% wszystkich zgonów), na raka zaś absolutnie — nieco, a względnie bardzo się zmniejszyła (2,8%).

5. W okresie powojennym liczba zgonów na gruźlicę się zmniejszyła tak absolutnie (56,0), jak również względnie (8,2%). Liczba zgonów zaś na raka, aczkolwiek się zmniejszyła (66,6) w porównaniu z okresem przedwojennym, w stosunku jednak do ogólnej liczby zgonów się powiększyła (9,8%).

6. Na 1000 ludności umierało żydów przed wojną: na gruźlicę 1,35, na raka 0,98; podczas wojny: na gruźlicę 6,22, na raka 1,02, po wojnie: na gruźlicę 0,93, na raka 1,16; więc za ostatnich 10 lat śmiertelność na raka przewyższa śmiertelność na gruźlicę. Na 100 zgonów na gruźlicę przed wojną było 72,6 zgonów na raka, po wojnie 125,0.

7. Na 100 zgonów na gruźlicę największa liczba przypada na wiek dziecięcy do 10 l. (25,8), na wiek do 40 l. — 71,3, a powyżej 40 l. — 28,7. Rak daje odwrotne liczby: poniżej 40 l. — 10,5, powyżej 40 l. — 89,5.

8. Różnica między okresami przed- i powojennym dla gruźlicy przedstawia się tak: w pierwszym okresie liczba zgonów w wieku 0—10 l. — 34,8%, 11—20 l. — 8%, w ostatnim zaś okresie 15,2% wzgl. 16,3. Więc dzieci, obciążone gruźlicą, po wojnie żyją dłużej, niż przed wojną. Dla raka zaś żadne prawie zmiany w tym kierunku nie nastąpiły.

9. Za cały 20-letni okres w wieku do 40 l. gruźlica była przyczyną śmierci w 17,1%, a powyżej 40 l. — w 5,4%. Rak daje odwrotne liczby: do 40 l. — 1,3%, powyżej 40 l. — 9,1%.

W wieku do 10 l. gruźlica była przyczyną śmierci przed wojną w 9,3%, po wojnie — w 6,1%; w wieku 11—20 l.: przed wojną 16,2%, po wojnie — w 22,2%. Znowu dowód, iż po wojnie dzieci gruźlicze żyją dłużej, niż przed wojną; odwrotnie ma się rzecz z rakiem: po wojnie umieralność przedstawia tu w każdym wieku większy odsetek, niż przed wojną.

10. Ogólny wniosek: a) umieralność na gruźlicę u żydów wileńskich wciąż się zmniejsza, a na raka się zwiększa; umieralność na raka przewyższa ostatnio umieralność na gruźlicę.

(Dok. nast.)

Wiadomości bieżące.

—W czasie od d. 24 do 28 maja włącznie odbywać się będzie w Wysokich Tatrach 3 lekarski kurs uzupełniający, organizowany przez lekarzy spiskich przy udziale profesorów wydziałów lekarskich: berlińskiego, wrocławskiego, budapeszteńskiego, krakowskiego, praskiego, presburskiego i wiedeńskiego. Podczas kursu i po nim przewidziane są liczne wycieczki. Mieszkania dla uczestników zarezerwowane będą w Tatranska Lomnica w hotelu Praha. Cudzoziemcy mają zepewniony 33% zniżkę kolejową, o ile zgłoszą uczestnictwo w kursie nie później, niż 15 maja. Wpisowe dla członków kursu 100 koron czeskich, dla osób towarzyszących 50 k. cz. Polacy mogą wpłacać wpisowe do Banku dyskontowego w Warszawie na konto Banku Spiskiego w Kesmark. Zgłoszenia do d. 15 maja przyjmuje Biuro Kursu Uzupełniającego (Fortbildungskurs — Bureau) Stary Smokowiec (Altschmecks).

— VIII naukowa wycieczka lekarska do uzdrowisk i zdrojowisk włoskich odbędzie się w czasie od 18 września do 2 października r. b. Plan podróży obejmuje: Rzym (punkt zborny), Acque Albule, Fiuggi, Agnano, Neapol, Casamicciole, Ischie, Capri, Sorrento, Amalfi, Ravello, Faorminę Acireale, Palermo, Mondello. Kierownikiem wycieczki jest prof. Guido Ruata. Cena 1600 lirów. Uczestnicy korzystają z 50% zniżki ceny biletu kolejowego od granicy włoskiej do Rzymu i od Palermo do granicy włoskiej (w po-

dróży powrotnej). Zgłoszenia uczestnictwa przyjmuje: Ente Nazionale Industrie Turistiche, Via Marghera 6, Roma do d. 15 lipca r. b. Pod tymże adresem żądać można bliższych informacji i programu szczegółowego.

— Międzynarodowe wycieczki lekarskie w Alpy i w Pireneje.

Wycieczka w Alpy od 1 do 13 lipca pod patronatem wydziału medycznego w Lyonie i pod kierunkiem naukowym profesorów: Piéry i Thévenot. Punkt zborny w Grenobli (szkoła medyczna).

Wycieczka w Pireneje od 18 sierpnia do 9 września pod patronatem wydziału medycznego w Montpellier i pod kierunkiem naukowym profesorów: Delmas i Giraud. Punkt zborny w Montpellier (wydział lekarski). Uczestnicy obu wycieczek korzystać będą z 50% zniżki na kolejach francuskich w ciągu miesiąca.—Bliższych informacji, dotyczących warunków uczestnictwa i programu wycieczek udziela: Secrétariat de la Société Médicale du Littoral, Nice, 24 rue Verdi.

— Zeszyt 3 miesięcznika „Wiedza i Życie“ zawiera: Waclaw Husarski: Polski przemysł artystyczny XVII i XVIII stulecia. Dr. Stefan Rudniański: O umiejętności czytaniu książek. Dr. Stanisław Lenkowski: O kulturze przedhel-leńskiej. M. Grünberg: Wielkie odkrycie uczonego hinduskiego. Dr. Andrzej Zand. Z dziejów handlu zewnętrznego

Polski przedrozbiorewej. M. Vermont: Człowiek jako siła przyrody. Dr. Stefan Ochrowicz: Zakażenie a odporność. Wanda Prażmowska: Co zrobiono w Polsce dla wychowania fizycznego. Jerzy Barski: Budżety państw europejskich w dobie światowego kryzysu. Organizacja pracy w Rosji Sowieckiej. — Kronika. — Recenzje.

— Nr. 7-my dwutygodnika „Dziecko i Matka” przynosi fachowe opracowanie następujących tematów: „Imieniny w rodzinie” W. Borudzkiej, „Brzydkie wyrazy” M. Benisławskiej, „Olo, czyli wiara w rodzicielską nieomyślność” J. Kiewnarskiej, „Śladami wiosny” J. Prażmowskiej, „Zaszkożdziło—pomogło” „Na biało”, „Stopniowanie kar”, „Sen w okresie zdrowienia” „Płókanie gardła”, „Odżywianie niemowlęcia od 3—9 miesięcy” M. Morzkowskiej, „Leczenie krzywicy” Dr. M. Kłosińskiej, „Skaza nerwowa i grasicowo-limfatyczna” Dr. M. Kłosińskiej, „Nasze dzieci”. Mody i zabawki. Porady Redakcji.

Prenumerata 1 zł. 40 gr. miesięcznie. Redakcja i Administracja — Warszawa, Pl. Zamkowy 9.

SPROSTOWANIE:

W № 16 „Warsz. Czasop. Lek.” na str. 383 w wiadomości o wyborze Zarządu Tow. Chir. Polsk. mylnie podano nazwisko D-ra Budkiewicza, jako prezesa — powinno być: prof. Rutkowskiego.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

21. IV. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. M. Bloch. O racjonalnym ujęciu kliniki przewlekłej gruźlicy płuc dorosłego. Typy kliniczne. Typ. II: postacie gruźlicy płuc krwiopochodne. 2. R. Kalinowski. Działanie jadu żmij europejskich na organizm człowieka. 3. Al. Freyd. Klinika ukąszeń jadowitych.

25. IV. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja kliniczna.

1. A. Stryczyński. Z zagadnień nauki o kile wrodzonej ze szczególnym uwzględnieniem kiły wrodzonej skóry

i błon śluzowych. 2. L. Fingerhut, Fizjologia hormonów przedniego płata przysadki i jajników. 3. Uwagi w sprawie leczenia nowotworów przysadki.

26. IV. Polskie Lekarskie Towarzystwo Radjologiczne.

Godz. 10 rano.

1. Bemerk (Łódź). Pokaz zdjęć. 2. Czajkowski A. (Kalisz). Pokaz zdjęć. 3. Rubenfeld (Krosno). Zwapnienie na opłucnej. 4. Zawadowski W. Zwapnienia błon surowiczych. 5. Kochanowski J. O fizycznych podstawach obrazu rentgenowskiego łańcucha światłoczułej. 6. Kryński B. Pokazy: a) Hepato i lienografia. b) Przyczynki do rozpoznawania wrzodu żołądka. c) Bronchiolitis miliariformis. 7. Zawadowski W. Higiena pracowni radjologicznej. 8. Sadowska J. i Werkenhina M. Przypadek tętniaka tętnicy brzusznej.

22. IV. Towarzystwo Okulistów Polskich.

Oddział Warszawski.

Porządek dzienny:

1. Odczytanie protokołów posiedzeń z dnia 18-go II i 18-go III. 1931 r.

2. Pokazy chorych:

a) Dr. M. Starorypińska. 1) Neuro-retinitis tbc. 2) Cyclitis chronica. b) Doc. Dr. W. Melanowski. Cztery przypadki odklejenia siatkówki wyleczone według Gonin'a. c) Dr. M. Goldmanówna. Przypadek odklejenia siatkówki wyleczony według Gonin'a. d) Dr. W. Arkin. Przypadek odklejenia siatkówki wyleczony operacyjnie.

3. Odczyty:

a) Dr. W. Pol. O oświetleniu kabiny Iotnika.

b) Dr. K. Borczowski. O działaniu iperytu na oczy

29. IV. Polskie Towarzystwo Gastrologiczne.

(Sala Tow. Naukowego).

Posiedzenie uroczyste z okazji 20-lecia istnienia Towarzystwa.

1. Przemówienie prezesa B. Wejnerta i delegatów. 2. I. Grundzach. Ogólny rzut oka na dotychczasowy rozwój gastrologji.

3. W. Róbin. Dalsze etapy rozwoju gastrologji u nas.

TREŚĆ: St. JUSTMAN. O odruchach brzusznych. — B. GRYNKRAUT. Metoda podawania żółci wołowej w cholecystografji. — St. KRAMSZTYK. O gorączce gruczołowej (Str. pogl. Dok). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — C. SZABAD. Przyczynki do zagadnienia umiarkowości na raka i gruźlicę. (C. d.) — Wiadomości bieżące. — Sprostowanie. — Kalendarzyk Posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: St. JUSTMAN. Sur les réflexes abdominaux. — B. GRYNKRAUT. Une méthode d'application de la bile bovine dans la cholecystographie. — St. KRAMSZTYK. Sur la fièvre glandulaire (Rev. gén. fin). — C. SZABAD. Contribution au problème de la mortalité de cancer et de tuberculose (suite).

WARUNKI PRENUMERATY:

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

CENY OGŁOSZEŃ:

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.—

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.