

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, 30 KWIECZNIA 1931 R.

Nr. 18

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Z zagadnień nauki o kile wrodzonej (ze szczególnym uwzględnieniem kiły wrodzonej skóry i błon śluzowych.)

Podał

Adam STRASZYŃSKI (Warszawa).

O tem, że kiła może być przeniesiona z rodziców na potomstwo, wiedzieli już syfilidologowie XVI wieku, ale dopiero w końcu wieku XVIII i w początkach XIX, dzięki badaniom Depaula, Trouseau, Cazeaux, Ricorda i innych, wiadomości o sposobie przenoszenia kiły na potomstwo posunęły się znacznie naprzód, mimo, że opierały się tylko na spostrzeżeniach klinicznych i mylnie wysnuwanych z nich wnioskach. Sądzone bowiem, że kiła może być przeniesiona na płód drogą rozrodczą w ścisłym tego słowa znaczeniu (*infectio germinativa*), a więc przez pierwotne zakażenie plemnika lub jajka. Dziś wiemy, że ten sposób przenoszenia kiły na potomstwo jest zupełnie niemożliwy, gdyż krętek błądy posiada wymiary znacznie większe, niż ludzkie komórki rozrodcze, i, gdyby nawet udało mu się wtargnąć do plemnika czy jajka, to przez to samo uszkodziłby je tak znacznie, że zapłodnienie i rozwój jajka nie byłoby zupełnie możliwe. Przyjmowano wtenczas również t. zw. zakażenie przez ojca (*infectio ex patre*) w tem znaczeniu, że zarazki kiłowe, zawarte w cieczy nasiennej, mogą dostać się do jamy macicy i tam zakażać rozwijający się już płód.

Na tle tych zapatrywań powstały znane i długi czas obowiązujące prawa Collés-Baumésa i Profety, objaśniające zupełnie mylnie, jak wiemy dzisiaj, sprawę przenoszenia kiły na potomstwo i zagadnienie odporności w kile tak u matki, jak i u dziecka. Przyjmowano bowiem, że płód, obciążony kiłą przez ojca, rozwijając się w łonie matki zdrowej, może zakażać matkę następczo (choc en retour), albo matka może zupełnie uniknąć zakażenia, nosząc jednak w swym łonie płód kiłowy, może nabyć przez to szczególnej odporności na zakażenie kiłowe (prawo Collés-Baumésa). Z drugiej strony sądzono, że kiłowi rodzice mogą mieć

potomstwo zupełnie zdrowe, które przynosi ze sobą na świat wyraźną odporność na zakażenie się zarazkiem kiłowym (prawo Profety).

Dopiero od czasu odkrycia krętka bladego przez Schaudinna (1905), odczynów serologicznych właściwych dla kiły (1906) i w miarę rozwoju badań doświadczalnych na zwierzętach, poglądy na sprawę przenoszenia się kiły na potomstwo zmieniły się zasadniczo i zostały oparte na mocnych podstawach. Toteż prawo Collés-Baumésa możnaby przyjąć obecnie w tem znaczeniu, że matki dzieci kiłowych są z reguły zakażone kiłą nawet wtedy, gdy nie stwierdza się u nich żadnych klinicznych objawów kiły, i z tego powodu nie są one wrażliwe na nowe zakażenie kiłą, — a prawo Profety należy zupełnie odrzucić, gdyż dzieci rodziców kiłowych również wykazują odporność na zakażenie kiłą dlatego, że same są obciążone tą chorobą.

Dziś nie ulega już dla nas żadnej wątpliwości, że dziecko kiłowe może urodzić tylko chora na kiłę matka, która zakaża je krętkami przez kiłowo zmienione łożysko, a patologia ogólna kiły wrodzonej przedstawia się dzisiaj w ten sposób: kobieta może być zakażona kiłą przez mężczyznę przed, w czasie lub po zajściu w ciążę, przyczem mężczyzna może przenieść kiłę na kobietę tem łatwiej, im mniej czasu upłynęło od daty jego zakażenia się, i im niedostateczniej kiła była u niego leczona. Podobnie i zakażenie płodu przez kiłową matkę zdarza się tem częściej, im mniej czasu upłynęło od zakażenia się matki kiłą, i im mniej kiła była u niej leczona — i naodwrot, kobiety, które przebyły kiłę dawniej i leczyły się dokładnie przez dłuższy okres czasu, a przedewszystkiem leczone jeszcze w czasie ciąży, urodzić mogą dzieci zupełnie zdrowe.

Objawy kliniczne kiły wrodzonej.

Przystępując do omówienia objawów klinicznych kiły wrodzonej zaznaczam, że przedewszystkiem uwzględnię zmiany występujące w skórze i w błonach śluzowych dziecka kiłowego, a tylko pobieżnie wspomnę o ważniejszych zmianach, dotyczących innych narządów ustroju.

Wśród objawów klinicznych kiły wrodzonej, spotrzeganych w skórze i w błonach śluzowych, wyróżnić można dwa rodzaje:

- 1) takie zmiany, z którymi noworodek przychodzi już na świat i
- 2) które zjawiają się dopiero po upływie pewnego okresu czasu życia niemowlęcia poza łonem matki.

Z m i a n y w s k ó r z e i w b ł o n a c h ś l u z o w y c h w e w c z e s n y m o k r e s i e k i ł y w r o d z o n e j .

Na wstępie zaznaczam, że u kiłowych płodów, poronionych w pierwszych pięciu miesiącach ciąży, nie stwierdza się zazwyczaj w skórze, poza objawami maceracji, żadnych znamienych objawów kiły wrodzonej; także u płodów, poronionych między piątym a siódmym miesiącem ciąży, najczęściej nie występują objawy w skórze mimo, że często istnieją w tym okresie ciężkie zmiany kiłowe w wątrobie, płucach i w układzie kostnym. Natomiast u płodów żywych, przedwcześnie urodzonych po 7-ym miesiącu ciąży, stwierdza się często znamienne zmiany kiłowe w skórze w postaci pęcherzy na dłoniach i podszwach.

U donoszonych noworodków kiłowych stwierdzić można, jak już zazaczyłem, dwa rodzaje zmian w skórze i w błonach śluzowych:

1. Do najwcześniejszych zmian skórnych, z którymi noworodek kiłowy przychodzi już na świat, należy pęcherzowe zapalenie skóry (*dermatitis bullosa, pemphigus s. pemphigoid lueticus* — pęcherzyca), umiejscowione głównie na dłoniach i podszwach noworodka. W ciągu następnych dni może dojść do powstania pęcherzy w innych miejscach: na czole, policzkach, pośladkach, kończynach. Pęcherze leżą zazwyczaj na nacieczonym i zaczerwienionym podłożu, wypełnione są cieczą surowiczą, szybko mętniejącą (ropienie). Przez zlewanie się poszczególnych sąsiadujących pęcherzy powstać mogą większe podniesienia naskórka, a po ich pęknięciu odsłania się obnażona z naskórka, sącząca powierzchnia skóry, pokrywająca się dość szybko strupami. Pod strupami prawie zawsze dochodzi do powstania mniej lub więcej głębokich owrzodzeń, które ulegają następczemu zakażeniu ropnemu, i z tego powodu rozwijają się zazwyczaj rozległe ropienia w skórze, doprowadzające do powstania owrzodzeń zgorzelinowych i do zejścia śmiertelnego naskutek ogólnego zakażenia ropnego.

Pęcherzowe zapalenie kiłowe skóry noworodków jest wyrazem ciężkiego ogólnego kiłowego zakażenia noworodka, u którego stwierdza się zazwyczaj równocześnie dalekopolosunięte zmiany kiłowe w narządach wewnętrznych. Z tego też powodu noworodki takie wykazują zupełną niezdolność do życia, zwłaszcza, że zazwyczaj istniejące zmiany w nosie (sapka) upośledzają w znacznym stopniu czynność ssania i oddychania.

2. Znacznie częściej przychodzi noworodek kiłowy na świat bez żadnych wyraźnych zmian w skórze lub w błonach śluzowych, a skóra wykazuje niekiedy jedynie pewne, mniej lub więcej wyraźne zmiany dystroficzne w postaci wyraźnej bledkości lub zabarwienia szaro-żółtawego (barwa mlecznej kawy), z wyraźnym łuszczeniem się naskórka, przyczem podściółka

tłuszczowa jest bardzo słabo rozwinięta, co powoduje zwiotczenie i marszczenie się powłok skórnych. Równocześnie istnieją niekiedy zmiany włosów (wyłysienia) i paznokci.

Dopiero w kilka (4—10) tygodni po urodzeniu się niemowlęcia zjawiają się charakterystyczne zmiany kiłowe w skórze w postaci rozsianej wysypki lub rozlanych nacieczeń skóry. Wysypka plamista (*lues maculosa*) składa się z ostro odgraniczonych, nieco nacieczonych plam barwy najpierw różowej, później ciemno-czerwonej z odcieniem fioletowym lub ceglastym. Plamy te rozsiewają się najobficiej na skórze twarzy (czoło, granica włosów, nos, okolica ust, bródka), w okolicy części płciowych i odbytu, na dłoniach, podszwach i kończynach dolnych.

Bardzo często plamy przekształcają się w wyniosłe nacieczone guzki (*lues papulosa*), pokrywające się łuszczkami. Niekiedy w środku guzków zjawia się mała krostka, wypełniona treścią ropną (*lues papulopustulosa*), a po pęknięciu krostki wytwarzają się na guzkach strupy (*lues papulocrustosa*), niekiedy dość dużych rozmiarów (przez zlewanie się wykwitów), a gdy dojdzie do następczego zakażenia ropnego, wykwity mogą się przekształcić w zmiany liszajcowate (*impetiginisatio*) lub brudźcowate (*rupia*). Przez zlewanie się wykwitów guzkowych powstają często większe rozlane nacieczenia skóry, zajmujące najczęściej twarz, dłonie, podszwy i okolice narządów płciowych.

Nacieczenia te posiadają barwę żółtawo-brunatną, skóra nad nimi jest lśniąca, napięta, ciastowata. Na nacieczeniach, istniejących na twarzy, powstają bardzo często charakterystyczne głębokie rozpadliny i pęknięcia skóry, pozostawiające po wygojeniu znamienne białe blizny (najczęściej ułożone promienisto dookoła ust), które stanowią później jedno z ważniejszych znamion kiły wrodzonej.

Naogół spotyka się równocześnie różne stopnie rozwoju wysypki w skórze, t. j. obok wysypki plamistej istnieją wyniosłe nacieczone guzki, strupy i t. p.

Równocześnie z wystąpieniem wysypki w skórze, a niekiedy jeszcze przed jej zjawieniem się, stwierdzić można u noworodka zmiany w błonie śluzowej nosa (sapka) i wyraźny obrzęk śledziony. Zaznaczyć należy, że zmiany w błonie śluzowej nosa (*rhinitis chronica anterior hyperplastica diffusa* H o c h s i n g e r) stanowią bardzo często jeden z pierwszych objawów kiły wrodzonej, jeżeli wystąpią przed zjawieniem się wysypki w skórze. H o c h s i n g e r wyróżnia trzy okresy rozwoju zmian w błonie śluzowej nosa:

1) suchy niezbyt błony śluzowej nosa (*rhinitis sicca*),

2) *stadium secretionis* (śluzowo-ropna wydzielina z domieszką krwi, tworzenie się krostki i nadżerek w okolicy nosa),

3) *stadium ulcerosum* rozwija się powoli (wysięk zapalny zasycha na błonie śluzowej w strupy, pod którymi rozwijają się owrzodzenia i nadżerki).

Wszystkie te zmiany utrudniają w większym lub mniejszym stopniu czynność oddychania (sapka) i ssania, a jeżeli natychmiast po ich zauważeniu i ustaleniu rozpoznania kiły wrodzonej nie rozpocząto leczenia przeciwiłkowego, to zmiany te spowodują w następstwie znaczne zniekształcenia nosa (przeniesienie się sprawy chorobowej na okostną i chrzęstną, zniszczenie chrzęstnej i kostnej części ruszto-

wania nosa, nos siodełkowaty i inne zniekształcenia, które dochodzą do szczytu swego rozwoju najczęściej dopiero w trzecim roku życia).

Stosunkowo rzadko spotyka się we wczesnym okresie kiły wrodzonej zmiany błony śluzowej ust i gardła. Zmiany te zjawiają się częściej w późniejszych okresach życia dziecka jako objawy nawrotów kiły wrodzonej.

Podobnie jak w przebiegu wczesnej kiły nabytej, spostrzega się także w kile wrodzonej nawroty wczesnych zmian kiłowych w skórze i w błonach śluzowych, przyczem objawy te mogą występować w różnych odstępach czasu w ciągu życia dziecka kiłowego. Objawy nawrotów wczesnego okresu kiły wrodzonej występują najczęściej w postaci ograniczonych wysypek płamistych, guzkowych lub krostkowych, a niekiedy nawet pęcherzowych. Wykwity guzkowe umiejscowione najczęściej w okolicy części płciowych, odbytnicy, na wargach ust, na powiekach, za uszami i między palcami nóg, ulegają bardzo często następstwu zakażeniu ropnemu i przemieniają się w wykwity liszajcowate (*impetiginisatio*), lub brudźcowate (*rupia*), lub też w kłykcinę sącząca (*condylomata lata*, *lues papulo-erosiva*). W przeciwieństwie do opisanych powyżej pierwszych wysypek kiłowych, które najczęściej rozsiewają się po dużych przestrzeniach skóry, objawy nawrotów wczesnego okresu kiły wrodzonej grupują się (podobnie jak nawroty w kile nabytej) pojedynczo lub zgrupowane są tylko w pewnych miejscach skóry.

Zmiany w skórze i w błonach śluzowych w późnym okresie kiły wrodzonej.

W kile wrodzonej spotyka się niekiedy już bardzo wczesnie (w pierwszych latach życia) zmiany skórne w postaci wykwitów guzowatych, rozpadających się i po wygojeniu pozostawiających trwałe blizny. Z tego powodu możnaby te zmiany zaliczyć już do późnego okresu kiły.

Wśród zmian skórnych późnego okresu kiły wrodzonej wyróżnić można kilka postaci.

1) Mnogie, drobne, skórne kilaki prosówkowe (*gummata cutis miliaria*) występują w postaci wyniosłych, twardych, drobnych guzków, barwy ciemnoczerwonej, zlewających się najczęściej w większe nacieczone ogniska, ulegające rozpadowi. Ogniska te szerzą się na obwodzie, w środku zaś ustępują i pozostawiają miejsca bliznowate (*lues tubero-ulcero-serpiginosa*).

2) Kilaki podskórne (*gummata subcutanea*), rozwijające się w tkance podskórnej lub wychodzące z okostny, niszczą skórę zwykle następczo przez rozmiękanie i przebijanie się nazwanątrz. W wieku dziecięcym spotyka się te zmiany stosunkowo rzadko.

3) Objawy kiły późnej, które dawniej nazywano *lues congenita tarda*, występujące w postaci kilaków w skórze, okostnie i innych narządach, doprowadzające do znacznego zniszczenia zajętych tkanek.

Objawy kiły późnej, zjawiają się najczęściej w późniejszym dzieciństwie (wyjątkowo rzadko przed 8-mym rokiem życia — najczęściej w okresie pokwitania). Dawniej zwracano uwagę na nagły wybuch tych zmian i to szczególnie u dzieci, u których nigdy przedtem nie można było zauważyć jakichkolwiek objawów kiły wrodzonej. Obecnie nie wyróżniamy już tej po-

staci (*lues congenita tarda*) tak jak dawniej, jako szczególną postać kiły wrodzonej, lecz uważamy ją za zmianę późnego okresu kiły (*lues congenita tertiaria*) u osobników, obarczonych kiłą wrodzoną, której wczesne objawy albo zostały przeoczone, albo występowały w tak nieznacznym nasileniu, że nie zwrócono na nie uwagi. Z tego to powodu nagły wybuch zmian kiły trzeciorzędnej mógłby sprawić wrażenie, że zmiany te ukazały się poraz pierwszy. Należy również pamiętać o tem, że w niektórych przypadkach tego rodzaju, niema się wcale do czynienia z kiłą wrodzoną, lecz z kiłą nabytą we wczesnym dzieciństwie, której objawów nie zauważono,

Tego rodzaju objawy kiły późnej występują w postaci rozpadających się kilaków (najczęściej na twarzy i na kończynach). Na błonach śluzowych występują one głównie w nosie w postaci kilaków, wychodzących z błony śluzowej lub z okostny rusztowania kostnego nosa i doprowadzających do znacznego zniszczenia zajętych tkanek i do zniekształcenia nosa (nos siodełkowaty, lornetkowaty, buldogowaty i t. p.). Kilaki, umiejscowione na dnie jamy nosowej, wychodzą albo z błony śluzowej albo z okostny i bardzo często przebijają się przez podniebienie twarde do jamy ustnej. Również i w błonie śluzowej jamy ustnej spotyka się nierzadko późne zmiany kilakowe (najczęściej na podniebieniu twardem i języku).

Rozpoznawanie kiły wrodzonej

Rozpoznawanie kliniczne.

Rozpoznawanie kiły wrodzonej nie należy do zadań łatwych, zwłaszcza w najwcześniejszym jej okresie, w którym bardzo często nie stwierdza się żadnych wyraźnych klinicznych objawów kiły (te ostatnie występują najczęściej, jak o tem wspomnieliśmy, dopiero w kilka tygodni po urodzeniu się niemowlęcia), a odczyn serologiczne właściwe dla kiły wypadają najczęściej ujemnie. Z tego to powodu w rozpoznawaniu kiły wrodzonej bardzo ważne znaczenie mają wywiady i badanie rodziców i rodzeństwa.

Do objawów wczesnych budzących podejrzenie kiły wrodzonej, zaliczyć można:

1. poronienia, zdarzające się po 5-tym miesiącu ciąży (ale tylko w tych przypadkach, w których uda się stwierdzić kiłę u matki lub zmiany kiłowe u płodu, albo w łożysku),

2. przedwczesne lub na czasie urodzenie wyniszczonego i niezdolnego do życia płodu (zawsze zbadać matkę i łożysko),

3. objawy niezytu błony śluzowej nosa (sapka), równocześnie istniejący obrzęk wątroby i śledziony, zmiany w układzie kostnym—(zapalenie kostno-chrzęstne (*osteocondritis luetica*), zajmujące najczęściej kości długie i objawiające się często w postaci t. zw. rzekomego porażenia Parrota (*pseudoparalysis luetica*): najczęściej w okolicy stawu łokciowego; okolica stawu zgrubiała i bolesna, kończyna jakby porażona.

4. opisana powyżej wysypka pęcherzowa umiejscowiona na dłoniach i podeszwach (*pemphigus lueticus neonatorum*), z którą noworodek przychodzi już na świat, należy do objawów prawie zupełnie pewnych. Nacząściej jednak dopiero w kilka (4—10) ty-

godni po urodzeniu się niemowlęcia zjawiają się opisane charakterystyczne zmiany kiłowe w skórze w postaci rozlanej wysypki (plamistej, guzkowej i t. p.) lub rozlanych nacieczeń skóry, zajmujących najczęściej dłoń, podeszwy, twarz i okolice narządów płciowych, przyczem na nacieczeniach, istniejących na twarzy (najczęściej dookoła ust, nosa i powiek), powstają głębokie rozpadliny i pęknięcia skóry.

Do bardzo znamienych objawów rozpoznawczych, uwydatniających się dopiero w późniejszym dzieciństwie, należą t. zw. znamiona trwałe kiły wrodzonej (*stigmata*):

1. ogólne zaburzenia w rozwoju cielesnym i umysłowym, polegające na uszkodzeniu gruczołów wewnętrznych wydzielnia przez jad kiłowy, ujawniają się szczególnie w okresie dojrzewania płciowego,

2. znamiona bliznowate są następstwem różnego rodzaju głębokich zmian kiłowych (blizny promieniste dookoła ust i nosa po głębokich rozpadlinach w skórze, blizny na błonie śluzowej podniebienia i t. p.).

3. zmiany w układzie kostnym (*caput natiforme, macro- i microcephalia*), zniekształcenia szkieletu nosa: nos tępy, siodełkowaty, lornetkowaty, buldogowaty i t. p., zgrubienia i nierówności na kościach podudzia (*ostitis et periostitis hyperplastica*) i t. p.

4. zespół objawów Hutschinsona (*trias*): a) zniekształcenia zębów (półksiężycowate wycięcia na brzegach środkowych siekaczy uzębienia trwałego), b) *keratitis parenchymatosa* i c) głuchota pochodzenia ośrodkowego.

5. wyraźne kliniczne objawy zmian późnych (kilki lub ich następstwa), przebiecia podniebienia twardego, przegrody nosowej i t. p. przypominają (zwłaszcza w skórze) zmiany gruźlicze (*tuberculosis luposa* albo *tbc. colliquativa*).

Rozpoznawanie serologiczne.

Metody rozpoznawania serologicznego kiły wrodzonej we wczesnym jej okresie nie posiadają prawie żadnego znaczenia, gdyż wypadają w pierwszych okresach życia niemowlęcia kiłowego prawie zawsze ujemnie, niekiedy nawet wobec istnienia wyraźnych klinicznych objawów kiły wrodzonej.

Mimo to uważam za stosowne omówić szerzej serologię kiły wrodzonej w związku ze stosunkami serologicznymi u matki dziecka kiłowego, nie tylko ze względów praktycznie bardzo ważnych, ale także dlatego, że odkrycie badań serologicznych właściwych dla kiły (1906) przyczyniło się do wyjaśnienia zawilej sprawy przenoszenia kiły na potomstwo w zupełnie równym stopniu, jak odkrycie krętka bladego (1905) i zapoczątkowanie badań doświadczalnych na zwierzętach (1903).

Pierwszym badaczem, który usiłował wyjaśnić zawilą sprawę przenoszenia kiły na potomstwo na podstawie wyników badań serologicznych był Rudolf Müller z kliniki Fingera.

Wykazał on bowiem pierwszy, że surowica kobiet, u których nie stwierdza się nawet żadnych objawów klinicznych kiły, ale które często roniły lub rodziły nieżywe albo nawet żywe płody, ale z objawami kiły wrodzonej, — wykazuje w bardzo wielkim odsetku przypadków wyraźnie dodatni odczyn Bordet-Wassermann'a.

Badania Müllera zostały wkrótce potwierdzo-

ne na większym materiale przez Knöpfelmachera i Lehndorfa a następnie przez cały szereg innych badaczy, którzy stwierdzili, że w surowicy matek dzieci kiłowych stwierdza się w 90—100% przypadków dodatni odczyn B—W, bez względu na to, czy u tych matek istnieją kliniczne objawy kiły, czy też nie.

Liczne spostrzeżenia wykazują, że u kobiet niekiedy bardzo trudno udaje się wykryć kiłę w samych początkach, ze względu na umiejscowienie nacieku pierwotnego w miejscach niedostępnych dla badania, — pozatem spotyka się wśród kobiet bardzo wiele przypadków kiły, która od samego początku przebiega bez żadnych objawów klinicznych, i dopiero zarażenie innego osobnika lub urodzenie przez chorą kiłowego dziecka — zwraca uwagę na istniejącą kiłę u matki.

Do wytłumaczenia tego zjawiska kiły bezobjawowej, tak częstej u całego szeregu kobiet, przyczyniły się w znacznej mierze wyniki badań kiły doświadczalnej na zwierzętach. Badania te wykazały, że i u zwierząt doświadczalnych spostrzega się rozmaity przebieg kiły doświadczalnej, zależnie od tego, w jakie miejsce został materiał zakaźny do ich ustroju wprowadzony.

Np. kiła oka u królików zdaje się być schorzeniem miejscowym, a dojazdowe szczepienie kiły królikom, które udało się po raz pierwszy w r. 1907 Paradiemu, najczęściej doprowadza do uogólnienia się sprawy chorobowej w ustroju, — natomiast skórne szczepienie jadu kiłowego udaje się u królików wyjątkowo rzadko, a dożylnie i dootrzewnowe najczęściej nie doprowadza wcale do zakażenia ustroju.

Te wyniki badań kiły doświadczalnej na zwierzętach moglibyśmy z pewną rezerwą przenieść do patologii ludzkiej — zwłaszcza, że i u ludzi jakoś wrót zakażenia ze względu na dalszy przebieg kliniczny kiły zdaje się odgrywać niepoślednią rolę. Wielu bowiem autorów podnosi, że pozapłciowe zakażenia kiłą sprowadzają znacznie cięższy przebieg kliniczny kiły u ludzi w porównaniu z osobnikami, u których doszło do zakażenia na częściach płciowych. Znane jest pozatem zapytrywanie, że nacieki pierwotne, umiejscowione na głowie, szczególnie pogarszają rokowanie w danym przypadku kiły, gdyż często sprowadzają skłonności do występowania objawów kiły mózgowej.

U kobiet więc moglibyśmy przypuszczać dwojaki rodzaj możliwości zakażenia kiłą, t. j. że krętka wnikają do ustroju przez skórę, albo dostać się mogą do jamy macicy i przedostać się do ustroju przez błonę śluzową, wyścielającą ściany macicy.

W pierwszym razie spostrzegalibyśmy u kobiet zwykły kliniczny przebieg kiły z wytworzeniem nacieku pierwotnego, wystąpieniem zmian drugorzędnych w skórze i błonach śluzowych i t. p. — gdy jednak doszło do zakażenia przez błonę śluzową macicy, gdzie w porównaniu ze skórą istnieją zupełnie inne warunki anatomiczne i fizjologiczne, cały przebieg kiły może z tego powodu przedstawić się w zupełnie inny sposób, przybierając charakter bezobjawowy i łagodniejszy — w porównaniu z przypadkami, w których doszło do wtargnięcia jadu kiłowego przez skórę.

Tylko w ten sposób możnaby było wytłumaczyć te tak liczne przypadki kiły bezobjawowej u kobiet.

(Dok. nast.)

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Zakładu leczniczego *Friedmann* w *Vöslau-Gainfarn*
pod *Wiedniem*.

W sprawie rozpoznania różniczkowego cierpień wątroby, względnie pęcherzyka żółciowego i żołądka, wzgl. dwunastnicy.

Podał

Dr. Alfred NEUMANN, Lekarz Naczelny (*Vöslau-Gainfarn*).

Do najczęstszych objawów, na jakie uskarżają się chorzy, należą „bóle żołądkowe”, przez które rozumieć należy bóle, odczuwane w dołku podsercowym. Jednakże bóle w nadbrzuszu niezawsze odpowiadają żołądkowi. O wiele częściej mogą one być wywołane przez rozmaite cierpienia narządów, dalej położonych. Poza wątrobą, pęcherzykiem żółciowym, dwunastnicą, jelitem grubym, czczem, trzustką i wzrostkiem robaczkowym—należy w tych przypadkach myśleć również o przepuklinach, dusznicy bolesnej, przełomach żołądkowych, nerwobólu międzyżebrowym, myalgii, zapaleniu błon surowiczych i t. p.

Większość tych cierpień nie nastęrcza zbyt wielkich trudności rozpoznawczych, i można je łatwo poznać, o ile tylko się o nich pamięta. Nie są one, zresztą, tak częste w stosunku do bólów, wychodzących z jednej strony z wątroby i pęcherzyka żółciowego, z drugiej—z żołądka i dwunastnicy.

Te dwa rodzaje bólów dają się również często od siebie odróżnić. Jednakże niejednokrotnie nastęrczają one trudności rozpoznawcze, szczególnie gdy nie można korzystać z pomocy Roentgena, lub jeśli się chce zdać sobie sprawę z prześwietlenia nawet w przypadku, gdy się ma aparat rentgenowski do dyspozycji.

Dlatego wydawało mi się praktycznie interesujące pewne rozważanie rozpoznawcze, którego wartość sprawdziłem niejednokrotnie i które ogłosiłem przed 4-ma laty po wielokrotnym skutecznym stosowaniu go*).

O ile czynię to raz jeszcze, to z tego względu, iż przy częstym używaniu okazały się dalsze korzyści.

Zasada metody tej polega na zmianie natężenia w odczuwaniu opukiwania nadbrzusza przy głębokim oddechu. Ponieważ chodzi tu o różnice w natężeniu bólu, uwarunkowane, przy jednakowej sile opukiwania, przez rozmaite położenia wątroby, to nasuwają się następujące możliwości.

1) Ból zwiększa się podczas wdechu lub też powstaje dopiero naskutek niego: przemawia to za przynależnością miejsca bolesnego do wątroby, względnie pęcherzyka żółciowego.

2) Ból zwiększa się naskutek wydechu. Wskazuje to na to, iż wątroba przy powierzchownym oddychaniu sięga poprzez i ponad miejsce bolesne (pokrywa je) i przy całkowitym wydechu cofa się tak wysoko, iż miejsce chore zostaje odsłonięte.

W sprawie spornej—czy chodzi wówczas o wątrobę bądź pęcherzyk żółciowy, czy też o żołądek,

wzgl. dwunastnicę—objaw ten przemawia za cierpieniem drugiej grupy.

Podobnie, gdy 3) ból perkusyjny przy głębokim wdechu znika, bądź wyraźnie zmniejsza się: zdrowa wątroba wcisnęła się wówczas, jak bufor, między młotek perkusyjny a chore miejsce żołądka, wzgl. dwunastnicy.

4) Ból od uderzania nie zmienia się przy oddychaniu. Wskazuje to, iż odcinek bólowy leży zdaleka od wątroby.

Choć dane te wydają się bardzo schematyczne, to dają one w praktyce wyniki pozytywne, co, zresztą, nie jest dziwne, gdyż chodzi tu o wykorzystanie jedynie stosunków mechanicznych.

W praktyce czyni się w ten sposób, iż szuka się w nadbrzuszu miejsca bolesnego przy uderzaniu. O ile miejsce takie istnieje, perkutuje się dolny jego biegun, kładąc choremu głęboko wdychać, aby sprawdzić, czy wrażliwość się zwiększa (wątroba—pęcherzyk żółciowy); wówczas perkutuje się górny biegun bolesnego miejsca i obserwuje się, czy natężenie bólu przy uderzaniu nie zmniejsza się podczas wdechu (żołądek—dwunastnica). O ile w nadbrzuszu niema miejsca wrażliwego na uderzanie, przechodzi się na podżebrze prawe i bada, czy powstaje tu przy głębokim wdechu uczucie bólu (wątroba — pęcherzyk żółciowy).

Co do samej techniki, chciałbym dodać, iż ostatnio przekładam perkusję młotkiem na palcu nad perkusję palcem na palcu, gdyż przy pomocy młotka uderza się pewniej i równomierniej.

Ponieważ moja obserwacja chorych ogranicza się siłą rzeczy tylko do krótkiego okresu czasu, i brak mi kontrolnych wyników operacyjnych, oparłem dane moje na zupełnie pewnych przypadkach wątroby zastoinowej, bądź świeżych cholelitycznych, dalej na danych, sprawdzonych przy pomocy Roentgena, wreszcie na danych katamnesticznych.

Nie będę przytaczał tutaj szczegółowych historii chorób, zwłaszcza, iż metoda ta jest tak prosta, że każdy, kto się tem interesuje, może się przekonać o jej użyteczności na swoich chorych.

Jeślibym chciał oznaczyć sprawność tej metody, określiłbym ją w sposób następujący:

1. jest łatwa i w każdej chwili wykonalna,
2. służy do uzupełnienia innych metod badania,
3. pozwala często na rozpoznanie przebytej sprawy (zwłaszcza w wątrobie),
4. umożliwia czasami rozpoznanie, kiedy inne badania nie prowadzą do celu,
5. jest możliwa do zastosowania tam, gdzie inne metody zawodzą, jak np. obmacywanie przy odruchowym napięciu powłok brzusznych, bądź gdy są przeciwwskazane, jak np. w świeżych sprawach chorobowych (ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego, bądź świeży napad kolki żółciowej).

Rozumie się samo przez się, iż metoda ta zawiedzie, gdy ruchomość oddechowa wątroby z jakiegokolwiek powodu jest zniesiona, bądź bardzo nieznaczna, jak np. przy oddychaniu czysto piersiowym, lub z powodu zrostów.

Również i w innych przypadkach doznać można zawodu, gdy np. zarówno pęcherzyk, jak i dwunast-

*) Ueber die respiratorische Beeinflussung der epigastrischen Perkussionsempfindlichkeit und deren diagnostische Verwertung. Wien. med. Woch. 1926. Nr. 24.

nica są bolesne przy obmacywaniu. Nie należy zapominać, iż głębokie oddychanie w zapalnych cierpieniach opłucny, bądź otrzewny już samo przez się jest bolesne. Temniemniej jednak uważam za wskazane zalecenie tego prostego i wdzięcznego sposobu badania.

Streszczenie. Opisana powyżej metoda rozpoznawania różniczkowego pomiędzy bólami po-

chodzącymi z wątroby, wzgl. pęcherzyka żółciowego, a bólami, spowodowanymi cierpieniem żołądka, względnie dwunastnicy, pozwala wnioskować—na zasadzie zwiększania się, zmniejszania lub niezmienności bólów w dołku przy opukiwaniu i głębokim oddechaniu—o cierpieniu tej lub innej grupy narządów.

Z oryginału niemieckiego przełożył

Dr. J. N u s b a u m.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem **M. GANTZA.**

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Nowsze prace z dziedziny otologii.

Podał

J. T.

K. VOGEL. O znaczeniu oczopląsu galwanicznego w przypadkach uszkodzeń czaszki i w rozpoznawaniu choroby Menièrea. (Z. f. Hals. etc., t. 28, z. 1).

Badanie prądem galwanicznym narządu równowagi w przypadkach choroby Menièrea, powstałej na tle urazu lub też o innej etiologii, ma znaczenie równie doniosłe, jak wykonywanie próby obrotowej lub cieplnej. Porównywając ze sobą progi pobudliwości błędników dla prądu galwanicznego po obu stronach, można ustalić różnicę w napięciu obydwu narządów przedsionkowych. Zwykle łatwiej jest wywołać oczopląs galwaniczny, skierowany w stronę błędnika o większym napięciu. Różnica progów pobudliwości obydwu stron większa, niż 1mA, jest patologiczna. W przypadkach, w których badanie prądem galwanicznym wykazywało różnicę w napięciu obydwu narządów równowagi, zwykle można to było stwierdzić również przy pomocy próby cieplnej i obrotowej. Jednakże tylko wynik dodatni badania ma znaczenie, gdyż istnieją przypadki choroby Menièrea, w której nie daje się ustalić zmian w napięciu układu przedsionkowego.

Badanie prądem galwanicznym może niekiedy spowodować wystąpienie samoistnego oczopląsu, czasami udaje się tym sposobem potwierdzić istnienie wątpliwego oczopląsu.

O. MUCK. O oczopląsie, powstającym wskutek drażnienia nerwów współczulnych tętnic kończyn górnych. (Z. f. Hals. etc., t. 28, z. 1).

U wielu osób udaje się wywołać oczopląs, uciskając tętnicę szprychową. Występuje on zwykle po 5 minutach od chwili zadrażnienia i trwa przez parę minut. Drażniąc tętnicę szprychową przy pomocy zimna lub prądem faradycznym, również można otrzymać oczopląs. W czasie tych prób spostrzega się t. zw. objaw adrenalinowo-zgłębnikowy, co przemawia za stanem podrażnienia układu współczulnego. Stąd wynika, że oczopląs ten jest pochodzenia naczynioruchowego i nie zależy od błędnika.

K. HUBER. O wartości próby adrenalinowo-zgłębnikowej Mucka w badaniu głuchoniemych. (Zeit. f. Hals., Nas. u. Ohr. t. 26, z. 1).

Próby tę wykonywa się na muszli dolnej nosa po obkurczeniu jej adrenaliną. W czasie znikania bladeści śluzówki wskutek rozkurczania się naczyń lub też nieco później przeprowadza się zgłębnikiem w tem miejscu linję. O ile powstaje biała smuga na czerwonym tle, to mówimy o wyniku dodatnim. Brak smugi wskazuje na wynik ujemny. Bywa jeszcze trzecia możliwość, kiedy śluzówka w miejscu przeprowadzenia linii marszczy się, i nie można ustalić różnicy w odcieniu. Tego odczynu nie można uważać ani za wynik dodatni, ani też za ujemny.

Wynik dodatni próby zależy od stałego lub przejściowego podrażnienia zwoju współczulnego najwyższego lub rozgałęzień nerwowych, stojących z nim w związku.

Odczyn dodatni próby adrenalinowo-zgłębnikowej jest zatem wyrazem wzmożonego napięcia w dogłowej części układu współczulnego. Próba ta wypada dodatnio w ciąży, rzucawce porodowej, padaczkę, migrenie, zespole Menièrea, urazach i guzach mózgu, kile wrodzonej, trzeciorzędowej i sprawach metaluetycznych, zapaleniu mózgu i opon mózgowych, zaburzeniach w obrębie układu współczulnego, w otosklerozie, wreszcie można ją wywołać na drodze doświadczalnej.

Autor przerobił próbę adrenalinowo-zgłębnikową u przeszło stu wychowanków zakładu dla głuchoniemych. W wyniku tych badań dochodzi do szeregu wniosków.

W głuchoniemocie dziedziczno-rodzinnej próba a. z. wypada ujemnie. Ta postać głuchoniemoty częściej występuje, niż o tem się zazwyczaj myśli. Głuchoniemota, powstała na tle urazów w czasie porodu (krwotoki do błędnika, opon i mózgu), powoduje próbę dodatnią. W większości przypadków głuchoniemoty nabytej występuje w próbie Mucka biała smuga.

Dzięki próbie adrenalinowo-zgłębnikowej można zatem odróżnić głuchoniemotę dziedziczno-zwyrodnieniową od innych rodzajów, a zwłaszcza od niektórych postaci głuchoniemoty wrodzonej.

J. G. DILLON i B. S. PREOBRAŻENSKIJ. O pneumatyzacji kości skroniowej w otosklerozie według danych rentgenografji. (Z. f. Hals. etc. t. 26, z. 5).

Kość skroniowa chorych, dotkniętych otosklerozą, może wykazywać pneumatyzację różnego ro-

dzaju. Spotyka się takie same odmiany w budowie tej kości w otosklerozie, jak i u osobników zdrowych. Budowa kości skroniowej nie wywiera większego wpływu na przebieg otosklerozy. I odwrotnie: rozwój zmian w omawianem cierpieniu nie wpływa na pneumatyzację kości skroniowej.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Zagadnienia ogólne.

■ LEYBERG Edmund. Chemik Kasy Chorych w Łodzi. Technika badań kliniczno-laboratoryjnych. Badanie moczu, płwociny, treści żołądka, kału, krwi i t. d. Drugie znacznie uzupełnione wydanie z 7 rycinami i 18 tablicami. Łódź. Nakładem księgarni K. Neumillera. 1931.

W roku 1925 zjawilo się pierwsze wydanie tej pracy. Była to mała książeczka, obejmująca zaledwie 38 stron druku najmniejszego formatu i ograniczająca się do najprostszych prób laboratoryjnych, dostępnych dla każdego lekarza nawet w gabinecie prywatnym. Oceniliśmy wówczas na tem miejscu zdolności autora i wyraziliśmy życzenie, żeby następne wydanie obejmowało również badanie krwi i chociaż najniezbędniejsze próby mikrochemiczne, bez których dziś już żadna klinika obejść się nie może. Drugie wydanie nietylko ziszcilo nasze życzenia, ale nawet przeszło oczekiwania.

Gdy pierwsze wydanie zawierało szczegółowy opis najprostszych metod: w obecnym wydaniu metody te są już tylko zaznaczone, jako powszechnie znane, natomiast cała uwaga skierowana jest na próby, których właśnie wówczas było brak. Mamy więc w nowym wydaniu, gdy chodzi o mocz, metody jakościowego i ilościowego określania mocznika kwasu moczowego, azotu, białka (nowemi sposobami), wszelkich cukrów, acetonu, kwasu octowego, oksymasłowego, indykanu i wszelkich barwników; jeżeli chodzi o krew: określanie w niej cukru, azotu, mocznika, kwasu moczowego, kreatyniny, indykanu, cholesteryny, barwników żółci. Mamy refraktometryczne badania krwi, próbę, v a n S l y k a, określanie odporności czerwonych ciałek krwi, krzepliwości, odczyny na kiłę, szczegółowe badania płynu mózgowo rdzeniowego, przesieków i wysieków; badanie kamieni moczowych i żółciowych i wreszcie badania bakterjoskopowe i bakterjologiczne (dur, błonica — posiewy), jest nawet określenie stężenia jonów wodorowych. Jak na książeczkę o 176 stronach formatu szesnastki, jest to bardzo wiele. Pochodzi to stąd, że autor potrafił z licznych prób i ich modyfikacji wybrać metodę najprostszą, najprędzej prowadzącą do celu, i podać ją w formie skoncentrowanej a wyraźnej, bez żadnych omówień i literackich rozwekłości. Widać z tego, że są to metody, przez autora używane i dobrze wypróbowane.

Konieczność oparcia rozpoznania klinicznego na danych przedmiotowych sprawiła, że pracownie zajmują dziś w klinice miejsce poważne. Lecz i lekarz praktyk nie może dziś obejść się bez pomocy laboratorjów, że wymienię chociażby cukrzycę, kiłę, dur, choroby krwi, nerek i t. d. Jak mikroskop i aparat R o e n t g e n a zdobyły sobie w praktyce prawo obywatelstwa, tak też stopniowo i bardziej skomplikowane metody laboratoryjne wywalczają sobie swoje znaczenie poza murami kliniki. Nie zastąpi laboratorjum intuicji lekarskiej i doświadczenia klinicznego, znamy bowiem komiczny typ lekarza, noszącego zagranicą trafną nazwę „Reagenzglasdokter”, lecz zbliżając medycynę do nauk przyrodniczych, nadają jej cechy nauki ścisłej, gdy inni pragnęliby w niej widzieć tylko sztukę i rzemiosło. Rozwój naukowych metod badania i leczenia jest najsukuczniejszą bronią przeciwko partaczom, tumaniącym

bezkrytycznych inteligentów intuicyjnym rozpoznawaniem i cudownym leczeniem.

Książka L e y b e r g a spełni swoje zadanie, dostanie się do wszystkich pracowni szpitalnych polskich, jako wygodny podręcznik, i uprzyśtępnim możliwość podniesienia poziomu naukowego prac laboratoryjnych. Wydana jest starannie, na dobrym papierze, czystymi czcionkami i, oprawiona w tekturkę, sprawia wrażenie estetyczne; nie ustrzegł się jednak autor błędów drukarskich, których część skorygowana jest na czerwonej karteczce, inne, zrozumiałe dla czytelnika, pozostawione bez sprostowania (str. 130: trombopenją nazywa się zmniejszenie liczby płytek, nie zaś zwiększenie).

Błędy w druku są dziś naszą chorobą, z której czas już się wyleczyć. Niemcy drukują grube tomy, w których niema ani jednego błędu drukarskiego. W porządnie wydawanych tygodnikach lekarskich, ze wymieniem „Klinische Wochenschrift”, w grubym zeszytce nie brak ani jednego przecinka. Nasze błędy drukarskie wynikają z niedbalstwa drukarni, pośpiechu autora i tolerancji czytelnika. Wszystkie te trzy czynniki ponoszą odpowiedzialność wspólnie. Książkę możnaby oddać do rąk czytelnika o miesiąc później, ale już bez błędów.

W. K n a p p e.

■ Prof. F. KRAUS. Grundlinien einer Wissenschaft der Anamnese und Katamnese. Berliner Klinik. Z.422. 1930.

Krótką monografią kreśli linie podstawowe i profil zasadniczy nauki o wywiadach przedchorobowych — i pochorobowych.

Wprowadza K r a u s czytelnika bez wstępów *in medias res* — powiedziałbym *in medissimas res*, gdyby ten przymiotnik łańciski posiadał stopień wyższy i najwyższy, — imputując mu bardzo dokładną znajomość najnowszej wiedzy biologicznej z jej subtelną przemianą materji, z nauką o fermentach i elektrolitach, przestrojeniu i odporności, z precyzyjną chemją fizykalną, z prawami teorii prawdopodobieństwa P o i n c a r é g o i K r i e s a. a nawet z zastosowaniem problematycznych przesłanek filozoficznych D i l t h e y a.

Zresztą wymaga broszura, zawierająca niejedną głęboką i oryginalną myśl wielkiego lekarza - przyrodnika, wielogodzinnego wczytywania się, nader uciążliwego ze względu choćby na swoją terminologję, wprowadzoną przez tego autora i jego szkołę jeszcze przed 5 laty poraz pierwszy do „Klinicznej syzyjologii”, czyli do pierwszej części (Tiefenperson) K r a u s a: Allgemeine und spezielle Pathologie der Person.

Nie nadaje się też praca ta, poruszająca najgłębsze problematy, wiążące medycynę praktyczną i teoretyczną w jednolitą całość, do streszczenia, jeszcze mniej do zwięzłego referatu. Czytelnik, który nie poświęci na te 30 stronice tekstu tyleż czasu co na inne 3000 stronice, nie skorzysta wiele. Widocznie wielkie umysły nietylko własnymi chadzają drogami (B e r g s o n, F r e u d, M o n a k o w), ale własne też tworzą języki.

H. H i g i e r

E. BLEULER. O okultyzmie i jego krytykach. (Zeitschrift für Parapsychologie XI. 1930).

Bleuler, słynny psychiatra i głośny psycholog szwajcarski, uważa za stosowne dotknąć się t. zw. parapsychologii i zabrać głos w sprawie okultyzmu, który dotąd nie uzyskał sobie prawa obywatelstwa w piśmiennictwie ściśle naukowym. Po rozpatrzeniu obfitego materiału dochodzi on do wniosku następującego i ma odwagę go wypowiedzieć.

Są tysiączne poszczególne spostrzeżenia, które się nie dają podciągnąć pod panujące prawa sił i przyczynowości. Nic przeto dziwnego, że przy wielkiej rzadkości tych fenomenów osoby, mało doświadczenia w tych sprawach posiadające, z odnośną literaturą nie obznajmione, do przyrodniczego sposobu myślenia przyzwyczajone i w nim wytresowane, a *limine* możliwość tych zjawisk odrzucają. Jestto, koniec końców, zwykłą rzeczą wiary, a nawet temperamentu, postępowanie i lekceważenie tych zjawisk lub studjowanie i zainteresowanie się nimi. Zbyt daleki jest czas, upoważniający do dyskusji, czy te wyjątkowe zjawiska tajemne, okultystyczne, mogą zmienić panujące poglądy naukowe na wszechświat, należałoby, rzecz jasna, raczej podciągnąć je pod znane prawa fizyczne i biologiczne.

Nawet odrzucając zasadniczo teorie i hipotezy fanatyków spirytystów, nie można negować istnienia okultyzmu. Bliższe wtajemniczenie się w materiał, zebrany przez adherentów i antagonistów tego „wykłętego“ działu wiedzy, dowodzi, że nie o wiele więcej odbiegają od prawdy fanatycy i bezkrytycy zwolennicy i sympatycy zjawisk medjumizmu i okultyzmu, niż hiperkrytycy detektywi, węszący wszędzie i zawsze ordynarny fałsz, pospolity podstęp, zwykle sztuczki magiczne, a w najlepszym razie złudzenia zmysłowe, omamy zbiorowe i halucynacje masowe.

„Rozwiązanie zagadek poważnych, jakie nasuwa okultyzm — kończy Bleuler, któremu za punkt wyjścia posłużyła, zdaje się, głównie ostatnia wyczerpująca, blisko 500 stronic obejmująca monografia Schrenck-Notzinga: *Gesammelte Aufsätze zur Parapsychologie*. Stuttgart — zasługuje w moim przekonaniu na dokładniejsze, niż dotąd, badanie. Osobiście jednakowo sceptycznie odnoszę się do „wierzących“ z obu obozów i nie zgodziłbym się zasadniczo na skostnienie w osobistych poglądach swoich. Ostatnie zdanie jaskrawiej może brzmieć w oryginale: *an dem Gebäude meiner Weltauffassung die Fenster ein er Seite zuzumauern*“.

Referent nie ma wrażenia, aby Bleuler istotnie coś nowego powiedział w danej materji. Starsza generacja naszych lekarzy i przyrodników ma może w pamięci głośne występy okultystyczne najslawniejszej z medjumistek świata Eusappi Palladino i kilkotygodniowe ściśle badania nad nią, dokonane ongi w Warszawie pod auspicjami przyrodnika Juljana Ochorowicza, w których brali udział ze świata lekarskiego Dunin, Higier i Watraszewski. Niżej podpisany, wypowiadając identyczny z powyższym pogląd, potrafił w drukowanych i do literatury medjumistycznej przez ortodoksję wcielonych i wielokrotnie cytowanych protokołach wyodrębnić z kilkunastu wielce efektywnych eksperymentów fenomenalnej włoszki te, które się na drodze zwykłej fizyczno-chemicznej wyłomaczyć poniekąd dają, od tych „niezwykłych“, które specjalnych badań wymagają, właśnie w myśl postulatów Bleulera, aby sobie nie замуrować na głucho z jednej strony okien własnego światopoglądu.

H. Higier.

Choroby płuc.

A. PEIPERS. Eozynofilia a alergja. (Dtsch. Arch. Klin. Med. t. 169, z. 1-2).

Dychawica pochodzenia zewnętrznego alergicznego, wy-

kazanego przez dodatni odczyn skórny, nie jest nieodłącznie związana z eozynofilią.

Zgodnie ze wszystkimi badaniami, jest eozynofilia raczej jednym z objawów klinicznych alergji, a często również gotowości napadowej. Odwrotnie, odczyn skórny wypada w wielu przypadkach utajonej klinicznie dychawicy dodatnio, tak że równoległość obu objawów może być tylko warunkowo uznana.

Przy ujemnym odczynie skórnym powinna eozynofilia zachęcać do dalszych poszukiwań alergicznej etiologii dychawicy innymi metodami. Tego cennego objawu dżagnostycznego może brakować i w pewnych schorzeniach ellergicznyc.

Rodzaj i liczba inkryminowanych allergenów pozostaje, zdaje się, bez wpływu na eozynofilię.

Stosowaną przez autora metodą (rozmary) nie udało się wykazać nagromadzenia komórek kwasochłonnych w dodatnio reagującej skórze.

Próba podniesienia znaczenia dowodowego odczynu skórnego przez wykazanie występowania odczynu kwasochłonnego tylko po zastrzyknięciu swoistego allergenu dotąd się nie udała.

Henryk J. Landau

M. PETERS i H. DENNIG. Dychawica oskrzelowa a roślinny układ nerwowy. (Dtsch. Arch. Klin. Med. t. 169, z. 3/4).

Roślinny układ nerwowy osób dychawicznych przy zwykłej obserwacji i spostrzeganiu odczynów życia codziennego nie wykazuje nic szczególnego w porównaniu z przeciętnym normalnym człowiekiem. Przy szczegółowym badaniu możliwie wszystkich części roślinnego układu nerwowego u chorych dychawicznych nie mogli autorzy stwierdzić ogólnego stanu „wagotonji“ w pierwotnem znaczeniu Eppingera i Hessa.

Jednak farmakologiczne badania chorych dychawicznych pomimo dużych różnic osobniczych, wykazują pewne osobliwości takich chorych: w większości badanych przypadków stwierdzano zmniejszoną wrażliwość na adrenalinę, nie tak ogólną nadwrażliwość na pilokarpinę i jeszcze mniejszą nadwrażliwość w stosunku do atropiny. Jeśli określić to jako odczyn wagotoniczny, należy sobie uświadomić fakt, że ta wagotonja ujawnia się tylko przy badaniu farmakologicznem, zwłaszcza adrenaliną. Ważnem jest, że w parze z dychawicą oskrzelową, która zwykle występuje jako odosobnione schorzenie układu oskrzelowego, idzie często szczególnie sposób reagowania także i innych układów narządowych, a być może całego ciała.

Henryk J. Landau.

Choroby serca i naczyń.

BUCHHOLZ. W sprawie doświadczeń klinicznych z hormonem sercowym „Lacarnol“. (D.m.W. N. 5 1931.)

Od roku 1924 coraz częściej mamy do czynienia z różnymi ciałami, pochodzącymi czy to z mięśnia sercowego, czy też mięśni szkieletowych, bądź innych tkanek ustroju, posiadających poważny wpływ na mięsień sercowy.

Ustalono, że hormon sercowy powoduje: wzmocnienie tętna, jego zwolnienie, rozszerzenie naczyń obwodowych i wieńcowych serca oraz reguluje czynność serca w doświadczalnie wywołanem migotaniu komór. Wpływ napastrnicy na serce doświadczalne, po zastosowaniu hormonu, jest szybszy i silniejszy.

Liczba dotychczasowych doświadczeń z hormonem sercowym jest naogół niewielka. Osiągnięto jednak pomyślne wyniki w stanach skurczów naczyniowych (*angina pectoris*)

oraz w stanach niedomogi krążenia ze zmianami na krzywej elektrokardjograficznej.

Doświadczenia z lacarnolem wykazały, że sposób podawania tego preparatu domięśniowo lub doustnie, nie stanowi żadnej różnicy. Autor podawał trzy razy dziennie po 20-30 kropeł, przyczem nie stwierdzał żadnych szkodliwych wpływów, jedynie czasem po wstrzyknięciach dożylnych występowało zaczerwienienie twarzy i uczucie gorąca. Nie spostrzegano żadnego działania lacarnolu na czynność żołądka, natomiast stwierdzono ułatwienie czynności oddechowej i zmniejszenie wydechu, a więc dochodzi do wzmożonego napięcia w aparacie oddechowym. Mechanizm działania polega tutaj najprawdopodobniej na wpływie bezpośrednim na mięśniówkę gładką dróg oddechowych. Lacarnol stosowano w 11 przypadkach duszniczy bolesnej, przyczem w 7 otrzymano wynik b. dobry, w 2 bóle częściowo powracały, w 2 nie otrzymano żadnej poprawy. Specjalnie w jednym przypadku z daleko posuniętymi zmianami organicznymi, stwierdzonymi autopsyjnie, przez dłuższy czas chory nie odczuwał żadnych bólów.

W dwóch przypadkach dzięki podawaniu lacarnolu stwierdzono na krzywej elektrokardjograficznej znaczną poprawę w przewodnictwie i zmniejszenie nadmiernej pobudliwości różnych odcinków mięśnia sercowego, które doprowadzały do wystąpienia skurczów dodatkowych.

St. Luxenburg.

D. GROTEL. Spostrzeżenia elektrokardjograficzne w zakrzepach tętnic wieńcowych i duszniczy bolesnej. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 169, z. 1-2).

Dla zawału mięśnia sercowego są charakterystyczne następujące zmiany w elektrokardjogramie:

a) w ciągu pierwszych dni (od 24 godzin do 10 dni) po zamknięciu światła tętnicy wieńcowej wzniesienie się interwału R(S)-T ponad linię izoelektryczną lub jego spadek poniżej niej, przy dodatnim i wysokim załamku T;

b) po upływie podanego powyżej okresu czasu występowanie ujemnego głębokiego śpiczastego załamka T z poprzedzającym wypukłością ku górze zwróconym interwałem R(S)-T; zmniejszenie się wychylenia R (w niektórych przypadkach zwiększenie się wychylenia R);

c) podniesienie się interwału R(S)-T ponad linię izoelektryczną w odprowadzeniu I i II towarzyszy zwykle obniżenie się tegoż interwału poniżej linii izoelektrycznej w odprowadzeniu II i III i odwrotnie. Również występuje zwykle obok ujemnego T w odprowadzeniu I i II dodatnie T w odprowadzeniu II i III i odwrotnie. W rzadkich przypadkach spostrzega się przesunięcie interwału R(S)-T ponad lub poniżej linii izoelektrycznej i jednocześnie ujemne T w odprowadzeniu I, II i III. Przemieszczenie interwału R(S)-T i zmiany w odprowadzeniu II powtarzają zazwyczaj charakter tych zmian w odprowadzeniu I lub III.

Swoistych zmian elektrokardjogramu w duszniczy bolesnej bez zawału mięśnia sercowego autor nie spostrzegł; zmiany elektrokardjogramu, które występują w pewnych przypadkach zwykłej duszniczy bolesnej, muszą być uważane za zależne od zasadniczego schorzenia.

Elektrokardjografia ma ważne znaczenie w różniczkowaniu między napadami duszniczy bolesnej, spowodowanymi przez zawał mięśnia sercowego, z jednej, a zwykłymi napadami duszniczy bolesnej bez zawału z drugiej strony.

Henryk J. Landau

M. HOCHREIN. O duszniczy bolesnej w zwężeniu ujścia żylnego lewego. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 196, z. 3/4).

Autor porusza zagadnienie duszniczy bolesnej w zwężeniu ujścia żylnego lewego na zasadzie danych piśmiennictwa i włas-

nych spostrzeżeń czterech przypadków, z których dwa uległy kontroli sekcyjnej.

Autor nie mógł potwierdzić ujęcia M. Sternberga, że dusznica bolesna w zwężeniu ujścia żylnego lewego bywa spowodowana przez ucisk lewej tętnicy wieńcowej przez powiększony lewy przedsionek i tętnicę płucną, jak również założenia, że napady zależą od stanu krążenia.

Dusznica bolesna w zwężeniu ujścia żylnego lewego, w świetle własnych badań autora, może wystąpić wskutek zniekształcenia i przemieszczenia lewego ujścia wieńcowego. Zmiany te powstają wskutek pociągania nasady tętnicy głównej od strony zastawki dwudzielnej, które działa w kierunku ku prądowi, wpływającemu do lewej komory, z powodu procesów marskich, toczących się na żaglach zastawki dwudzielnej i niciach ścięgnistych.

W ujściu wieńcowym zachodzą więc podobne stosunki mechaniczne, jak w duszniczy bolesnej prawdziwej w przebiegu *aortitis luica*. To podobieństwo sięga dalej jeszcze w klinicznym obrazie oraz w leczniczym wpływie azotynów.

Zagadnienie spostrzeganego w ostatnich czasach częstszego występowania objawów duszniczy bolesnej w przebiegu zwężenia ujścia żylnego lewego można, być może, rozstrzygnąć w ten sposób, że przypadki tego rodzaju przeżywają ten stan dzięki bardziej skutecznemu leczeniu układu krążenia.

Zagadnienie, dlaczego dolegliwości dusznicowe spotykano dotąd prawie wyłącznie u kobiet, pozostaje tymczasem nierozstrzygnięte. Należy również prowadzić dalsze badania nad kwestją, czy obok tych zmian mechanicznych w ujściu wieńcowym zmieniona wskutek zwężenia ujścia żylnego lewego dynamika krążenia, względnie konieczne w tych razach intensywne leczenie nasercowe nie wywołują zmian chemicznych, wzmagających pobudliwość czynników czuciowych i naczynioruchowych, odgrywających rolę w powstawaniu duszniczy bolesnej.

Henryk J. Landau

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

Ed. BENHAMON. O agranulocytozie. (Annales de Med. Tom XXVII—1930).

Schultz użył po raz pierwszy terminu „agranulocytoza”, jako nazwy zespołu objawów, obserwowanego w pięciu przypadkach, ogłoszonych w 1922 r. Sądził, że wykrył nową jednostkę chorobową, której cechą charakterystyczną miała być nieznaną etiologią; Schultz wyłączył z klasycznego obrazu agranulocytozy objawy niewydolności układu granulocytów w przebiegu schorzeń o znanej etiologii, jak posocznice paciorkowcowo-gronkowcowe, zapalenie wśledzia oraz zatrucia.

W ostatnich jednak latach Aubertin, Levy, Rose, Hauser, Domarus dowiedli, że zespół objawów, opisany przez Schultza, może wystąpić w całej rozciągłości nie tylko w postaciach samoistnych o nieznannej etiologii, ale także, jako zespół objawów wtórnych w szeregu schorzeń.

Chorują przeważnie kobiety w sile wieku. Choroba rozpoczyna się od dreszczy, bólów głowy i ogólnej astenji niebawem dołączają się sprawy nekrotyczne. Najczęściej martwica dotyczy migdałków, stąd nazwa Friedmanna „*Angina agranulocytica*”. Owrzodzenia mogą być na języku, dziąsłach, policzkach, podniebieniu, gardle i krtani; sprawy martwicze mogą zająć przewód pokarmowy i dawać bóle, wymioty i biegunki. Okolica odbytu jest miejscem predylekcyjnym dla spraw nekrotycznych w przebiegu agranulocytozy. Rzadziej zajęta jest skóra w postaci owrzodzeń bez odczynu zapalnego i bez obrzęku gruczołów okolicznych. Niekiedy na skórze zjawiają się pecherzyki, wypełniane płynem surowiczym.

Śledziona i gruczolę chłonne bez zmian. Charakterystyczną cechą podług Schultza ma być brak anemii oraz skazy krwotocznej. W ciągu 15 dni dochodzi do zejścia śmiertelnego. Znane są ostre postacie, trwające parę dni i przewlekłe do 6 tygodni. Opisane są przypadki z pozornym wyzdrowieniem i nawrotami, które kończyły się nieomyślnie, przyczem w okresie poprawy granulocyty nie zjawiały się we krwi.

Dziś jednak znamy szereg przypadków agranulocytozy o zejściu pomyślnym (Domarus, Landsberg, Richmond i inni).

Najbardziej charakterystyczne i decydujące dla rozpoznania są zmiany we krwi, które Schultz opisał, jak następuje: leukopenja — zawsze poniżej 2000 ciałek białych, prawie zupełny zanik neutro-eozyno- i bazofilów, normalna liczba ciałek czerwonych i płytek; czas krwawienia i krzepliwość bez zmian, brak postaci szpikowych. Wzór krwi składa się przeważnie z komórek jednojądrzastych: limfocytów i mocnocytów. Komórki te są nieprawidłowe, czasem b. duże, podobne do limfoblastów i myeloblastów, nie zawierają jednak wodniczek.

Autorzy nie zgadzają się z Schultzem, że zmiany krwi dotyczą tylko białych ciałek. Badając u swoich chorych często krew, przekonali się, że stopniowo zmniejsza się liczba czerwonych ciałek i trombocytów.

Tak samo leukopenja jest objawem b. częstym, ale nie patognomicznym dla agranulocytozy. Znane są niewątpliwe przypadki tego schorzenia z liczbą białych ciałek, dochodzącą do 10000 w mm³. Zjawianie się eozynofiliów ma stanowić dobry objaw prognostyczny.

Aby rozpoznać agranulocytozę za życia, autorzy stosowali następujące metody:

1) Przez zastrzyknięcia podskórne 1 millgr. adrenaliny podnosili leukocytozę z 2000 do 7280; we krwi obwodowej jednak nie wykrywali nowych granulocytów.

2) Badanie histologiczne szpiku, wydobytego przez punkcję mostka, wykazywało brak granulocytów i myelocytów.

3) Płyn, zawarty w pęcherzykach skórnych lub gardzieli, wykazywał zawsze monocytozę oraz bardzo dużo gronkowców; brak neutrofilów w wysięku, zawierającym liczne bakterje jest cechą typową dla agranulocytozy.

Obraz krwi wykazuje więc niewydolność częściową szpiku kostnego — *amyelia partialis*, do której mogą się dołączyć zaburzenia innych czynności szpiku, jak wytwarzanie erytrocytów i trombocytów; niekiedy może dojść do niewydolności zupełnej szpiku, co określamy, jako *panmyelophthisis*.

Na zasadzie dotychczasowych obserwacji autor określa agranulocytozę, jako odczyn ustroju na niektóre czynniki toksyczne i infekcyjne, które trafiają na odpowiedni mało odporny teren. Jeśli czynniki te są nieznanne, obraz chorobowy sprawia wrażenie samodzielnej jednostki.

Rozwinięty obraz agranulocytozy daje złe rokowanie. Pewne czynniki mogą spowodować ten ciężki zespół objawów, należy więc myśleć o zapobieganiu. Arsenobenzol, bizmut, benzol, promienie Roentgena należą do tych niebezpiecznych środków, których stosowanie trzeba przerwać, o ile badanie krwi wykazuje obraz, zdążający w kierunku agranulocytozy. Monquin i Fleury podają przypadki agranulocytozy, które wystąpiły podczas leczenia kiły salwasanem i zostały wyleczone przez przerwanie kuracji.

Leczenie polega na naświetlaniu Roentgenem długich kości, transfuzjach krwi oraz podawaniu omnodyn, trypaflawiny.

Jakób Penson.

MEYER. Agranulocytoza wskutek szczepienia zimnicy. (D. m. W. N. 6 1931).

Agranulocytoza była już niejednokrotnie spostrzegana podczas leczenia kiły preparatami arsenu i bizmutu.

Autor podaje dwa przypadki, w których wskutek zastosowania sztucznych szczepów zimnicy wystąpiły objawy zupełnie wyraźne agranulocytozy, zwłaszcza pewny wydaje się związek z malarją w przypadku drugim, zakończonym zejściem śmiertelnym. Czy agranulocytoza może powstać po zimnicy naturalnej, niewiadomo, i autor żadnych wzmianek w literaturze nie znalazł. Należy zaznaczyć, że ten sam szczep był stosowany zarówno przedtem, jak i potem i nie wywołał żadnych komplikacyj.

St. Luxemburg.

Choroby oczu.

■ Prof. K. NOISZEWSKI. Choroby oczne z którymi najczęściej spotyka się lekarzy-praktyk. (Biblioteka Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie „Lekarz Praktyk”. Str. 42, Kraków 1931).

Książeczka ś. p. Prof. Noiszewskiego stanowi jedno z ogniw tej pożytecznej biblioteczki, jaką Okręgowy Związek Kas Chorych w Krakowie wydaje dla lekarzy praktyków. Słusznie zaznaczył autor we wstępie, że niema lekarza-praktyka, któremu nie byłaby potrzebna znajomość wzniernikowania, badania ostrości wzroku, rozpoznawania porażen mięśni ocznych i t. d. Wiele chorób ogólnych daje objawy oczne. A jednak dotąd jeszcze pokutuje pogląd, że dla internisty, chirurga, neurologa znajomość chorób ocznych jest zbędna. Książeczka niniejsza jest przeznaczona dla lekarza praktyka, który, mieszkając nieraz zdala od wielkich miast, musi leczyć wszystkich chorych na miejscu.

Wzniernikowanie i rozpoznawanie porażen mięśni gałkowych są tu pominięte, ponieważ wymagają one ćwiczeń praktycznych. Natomiast lekarz praktyk znajduje tu wskazówki, dotyczące badania ostrości wzroku, zwięzły opis chorób powlek, spojówki (ze szczególnem uwzględnieniem jaglicy i śluzoropotoku tryprowego), rogówki, tęczówki, siatkówki i nerwu wzrokowego, w tym zakresie jaki jest potrzebny, żeby się zorientować, czy ma się chorego leczyć na miejscu czy też przekazać specjalście. Rozpoznawaniu jaskry poświęcona jest szczególna uwaga.

Wykład chorób oczu ilustrowany jest kilkoma rysunkami w tekście oraz tablicą barwną, przedstawiającą osiem głównych postaci schorzeń przedniego odcinka gałki ocznej. Wreszcie dodane są dwa wzory tablic do badania ostrości wzroku.

Cała książeczka nacechowana jest głębokiem zrozumieniem, czego w dziedzinie chorób ocznych od lekarza praktyka żądać powinniśmy i możemy. Poszczególne rozdziały napisane są treściwie, widać na każdym kroku wielkie doświadczenie osobiste autora oraz jego poglądy oryginalne na niektóre zagadnienia teoretyczne.

Uderza również dążenie do czysto polskiego mianownictwa chorób, objawów i nazw anatomicznych, które cechuje, zresztą, wszystkie prace naukowe ś. p. Prof. Noiszewskiego.

Książka ta będzie bez wątpienia bardzo pożytecznym nabytkiem dla księgozbioru każdego lekarza nieokulisty.

A. Zamenhof.

F. UNGERER. Stosowanie adrenaliny w jaskrze. (Annales d'Oculistique. październik 1929).

Doświadczenia Thiela i Wesselyego dowiodły, że

w jaskrze pierwotnej mamy do czynienia ze stanem wzmoczonego napięcia nerwów, zwężających naczynia, czemu odpowiada obniżenie przemiany materii śródkomórkowej i stąd powstanie obrzęku toksycznego. Adrenalina w swej pierwszej fazie działania, wzmagając jeszcze stan napięcia układu sympatyicznego może nieco tylko obniżyć ciśnienie galkowe, zmniejszając dopływ krwi do oka: może też, przeciwnie, doprowadzić po 1½ — do 2-ch godz. do ataku jaskry ostrej, jeżeli w tym okresie rozszerzenia naczyń, tętnice odruchowo rozszerzają się silniej, niż żyły. Jest to jedyne niebezpieczeństwo przy stosowaniu adrenaliny, o którym należy zawsze pamiętać i dlatego Hamburg er radzi w 2 godz. po adrenalinie wkropić ezerinę albo nawet 10% aminglaukozan (histamina), najsilniejszy znany środek, zwężający źrenicę.

Maksimum efektu pożądanego adrenaliny na oko jaskrowe zawdzięczamy drugiej fazie jej działania, kiedy to, rozszerzając ogromnie tętnice i żyły, ułatwia odpływ i wchłanianie tak dalece, że mimo zwiększonej ilości krwi w gałce, ciśnienie spada. Krzywe ciśnień, otrzymane przez H a g e n a, i L o e h l e i n a, wykazujące maksimum spadku po 27 godz. od chwili zastosowania adrenaliny, potwierdzają to w zupełności. Wszystkie więc środki, obniżające ciśnienie, jak ergotoksyna środki zwężające źrenicę i adrenalina działają swe w jaskrze zawdzięczają zdolności rozszerzania naczyń śródgalkowych. Adrenalina czyni to w silniejszym stopniu, niż *miotica*, i stąd jasne jest, dlaczego po adrenalinie zaczynają one ponownie działać, i reguła, że adrenalinę należy stosować dopiero po niepowodzeniu środków, zwężających źrenicę. Tak działa adrenalina, podana w kroplach i podspójkowo; zastrzyknięta pozagalkowo, działa zupełnie odmiennie; kurcząc bezpośrednio tętnice rzęskowe tylne, hamuje całkowicie dopływ krwi tętniczej, prócz tego ma prawdopodobnie wpływ na zwój rzęskowy. W ciągu 10 min. ciśnienie spada o połowę, aby po 2 — 3 godz., w okresie odruchowego rozszerzenia się naczyń powrócić znów do poprzedniego poziomu. Dzięki silnemu i szybko przemijającemu działaniu stosuje się ten sposób dla obniżenia ciśnienia przed zabiegiem operacyjnym.

Autor przytacza 17 przypadków rozmaitego rodzaju jaskry, leczonych adrenaliną i otrzymuje ogólnie 75% wyników dodatnich. Najlepsze wyniki daje jaskra prosta.

Jaskra zapalna podostra mniej się nadaje do leczenia adrenalina.

Jaskra ostra według wszystkich autorów niemieckich nie jest właściwym terenem dla adrenaliny; autor przypisuje to jednak temu, że w klinikach niemieckich nie stosują zastrzykiwni pozagalkowych, jedynie skutecznych w tej postaci schorzenia.

Jaskra absolutna nie nadaje się zupełnie do leczenia adrenalinoowego.

W przypadkach jaskry krwotocznej również nieznane są wyniki dodatnie, jednakże ponieważ są to przypadki, zawsze stracone, więc można wypróbować i adrenalinę.

W grupie jaskry wtórnej świetne wyniki daje adrenalina w przypadkach ostrego zapalenia tęczówki ze wzrostem ciśnienia, gdyż rozszerzając źrenicę, przeciwdziała zrostom, rozrywa świeże, a jednocześnie obniża ciśnienie; stroną ujemną jest to, że midrjaza adrenalina trwa krócej, niż atropinowa i w słabszym stopniu uspakają bóle. W przypadkach jaskry wtórnej na tle starego zamknięcia źrenicy działanie adrenaliny jest niepewne — czasami zaczyna działać po wycięciu tęczówki.

W jaskrze dziecięcej jedynie S a f a r otrzymał zadawające wyniki.

Co do dawek, to do wkraplania W e s s e l y stosuje roztwór 1%, H a m b u r g e r mieszaninę 2% lewoskrętnej adrenaliny z 2% lewostronnym glaukosanem, autor 2% roztwór

adrenaliny syntetyczny — do zastrzykiwni podspójkowych stosuje się 0,2 ctm. sześć. roztworu 1%, albo ½ ctm. prawoskrętnego glaukosanu, który ma działanie tylko miejscowe i dlatego może być stosowany i u ludzi powyżej 50 roku życia. Do zastrzykiwni pozagalkowych używa się 0,1 ctm. sześć. roztworu 1/000 adrenaliny na każdy ctm. środka znieczulającego (F r o m a g e t). Wkraplanie i zastrzyknięcie adrenaliny mogą według H a m b u r g e r a, być powtarzane po 24 godzinach. Rozpoczynać leczenie należy od wkraplania, ponowić je po 24 godzinach i dopiero, gdy to nie pomaga, zastosować zastrzyknięcie podspójkowe. Gdy nastąpi spadek ciśnienia należy przejść do środków, zwężających źrenicę i dopiero, gdy one zawodzą, powrócić do adrenaliny.

M. G o l d m a n ó w n a.

A. PURTSCHER. O wczesnych objawach nowotworów złośliwych naczyńiówki. (Zeitschr. f. Augenh. pädzdziernik 1929).

Autor opisuje przypadek nowotworu złośliwego (*sarcoma chorioideae*) i podaje pewne wczesne objawy, mogące ułatwić rozpoznanie. W tym przypadku cała sprawa rozwinęła się w ciągu 2 miesięcy. Obraz chorobowy przedstawiał się następująco: odczepienie siatkówki — pod tem ograniczone, widoczny twór, zawierający barwnik, zmniejszona podatność twardówki, rozszerzenie naczyń w tem miejscu, stałe postępowanie tej sprawy, wszystko to przemawiało za nowotworem złośliwym. Ciekawy w tym przypadku jest początek choroby i objawy towarzyszące. Chory ten podawał, że zaczęło się od podwójnego widzenia, zaczerwienienia i obrzęku spojówek. Dopiero po 3 tygodniach obniżyła się ostrość wzroku, chory widział, jakby przez mgłę, prawdopodobnie guz ten przed wywołaniem odczepienia siatkówki wciągnął w sprawę chorobową twardówkę oraz mięsień prosty zewnętrzny. Badanie mikroskopowe wykazało martwicę zewnętrznej części guza, która wywołała sprawę zapalną twardówki i mięśnia prostego. Wczesne rozpoznanie takich nowotworów nastęrcza trudności, gdyż niezawsze obniżenie ostrości wzroku, co jest zależne od umiejscowienia nowotworu, występuje tak wyraźnie i przez to nie dochodzi do świadomości pacjenta. T e n l i e r e s jest zdania, że guz, rozrastając się, wywiera ucisk na sąsiednie części i wywołuje obrzęk, co znów pociąga za sobą objawy, wyżej opisane. T h y c twierdzi, że często, jako najwcześniejsze objawy występują krwawienie i obrzęk spojówek. W e s s e l y w obserwowanych przez siebie przypadkach stwierdził powiększenie ilości białka w cieczy komórkowej.

Autor podkreśla znaczenie tych wczesnych objawów (zaczerwienie, obrzęk spojówki przemijający oraz podwójne widzenie) w rozpoznawaniu nowotworów złośliwych,

M. M a n t i n b a n d.

B. KAYSER. Przypadek nabytego nagromadzenia barwnika w rogówce Axenfeld-Krukenberga oraz nabytej obwódki dokoła rogówki w megalocornea. (Klin. Monatsb. f. Aug. 1929 sierpień).

Nagromadzenia barwnikowe wg Axenfeld-Krukenberga są mało zbadane. Niektórzy są zdania, że jest to sprawa wrodzona, inni twierdzą, że nabyta. Seissiger uważa naogół te przypadki za cierpienie nabyte: jedynie te przypadki, w których nie udało się stwierdzić bezwzględnie jakiegoś procesu zapalnego przebytego, można byłoby uważać za wrodzone. Jednocześnie należałoby stwierdzić jakieś inne wrodzone anomalje. Tak nprz. Seissiger w 2 przypadkach u matki i córki znalazł pozostałości *membrana pupillaris perseverans*. Autor opisuje przypadek, który uważa stanowczo za sprawę nabytą.

Od 1912 r. obserwował pacjenta, który żadnych cierpień nie przechodził, był zdrowy i silny. W 1928 r. pacjent ten skarżył się, że w lewym oku ma zaćmienia.

Ostrość wzroku przy najlepszej korekcji wynosiła 6/8 w środku rogówki, która do tego czasu była czysta, widoczne było nagromadzenie barwnika. Przypadek ten autor w roku 1914 opisał z powodu *megalocornea*. Tutaj mamy przykład, gdzie do 22-go roku rogówka była zupełnie czysta — później zaś powstały zmiany barwnikowe. Dlaczego w tym przypadku doszło do takich zmian — trudno odpowiedzieć, przypuszczają, że krótkowzroczność odgrywa pewną rolę w tych cierpieniach. W opisanym przypadku również miała miejsce krótkowzroczność.

Hanssen znalazł w swym przypadku barwnik przed białą Descemetą. Strebel i Steiger opisują przypadki z miopją 25. D., w których barwnik znaleziono w tylnych warstwach miąższu rogówki.

Powstanie takiego nagromadzenia barwnika między białą Descemetą a miąższem jest znacznie trudniej wytłumaczyć, niż obecność barwnika w śródbłonku. Możliwe, że wń śnie te przypadki są wrodzone.

W przypadku, opisanym przez autora, po kilku latach powstała obwódka dookoła rogówki, przypominająca *gerontoxon*, co przy *megalocornea* jest rzeczą częstą i wrodzoną. Natomiast tutaj ten pierścień należy uważać za zjawisko nabyte, gdyż przedtem rogówka była zupełnie czysta.

M. Mantinband,

Medycyna Sądowa.

ALAWDIN. Zdolność do czynów śmiertelnie raniomych. (Sud. Mied. Ekspertiza T. X.)

Autor podaje niezmiernie ciekawy następujący przypadek: pewien żołnierz stojąc na warcie, z rewolweru syst. nagan wystrzelił sobie w serce, następnie owinął sznurkiem od tej broni kilka razy prawe przedramię, oburącz podniósł kurek, wystrzelił sobie w prawą skroń i upadł. Wszystko to się działo na oczach pewnego lekarza. Przy ogl. zwłok stwierdzono: zupełne rozdarcie worka osierdziowego, w miejscu, gdzie się znajdowało serce dużo skrzepów krwi, brak było przedniej i lewej ściany lewej komory, struny ścięgniaste przedniej klapki zastawki dwudzielnej oderwane od podstawy, obfite wylewy krwawe do lewej jamy opłucnej. W okolicy pr. skroni rana postrzałowa o cechach strzału zbliżonej, kula tkwi pod mięśniami skroniowym pr. Kość skroniowa nieuszkodzona.

Jeśliby nie było naocznego świadka wypadku, myślałoby się, oczywiście, że pierwszy był dany strzał w czaszkę, stąd nie byłoby zupełnej pewności, czy miało tu miejsce samobójstwo. W razie przebiecia przez kulę kości skroniowej i przy braku świadka strzału bezwarunkowo myślanoby o samobójstwie.

W. Grzywo-Dąbrowski

ROZANOW. Szydełko do pończoch w sercu. (Sud. Mied. Ekspertiza. T. XI.)

Pewien umysłowo chory I/X wbił sobie wspomniane szydełko w okolicę serca, ciepłota podniosła się do 38,5, ogólny stan dobry, prześwietlenie wykazało obecność szydełka w sercu. Uznano, że nie było wskazań do zabiegu operacyjnego. Stan chorego był niezły. 4-l chory popełnił samobójstwo przez rzucenie się z wysokości. Oględziny zwłok wykazały, że w przedniej ścianie serca znajduje się wspomniane szydełko, zagłębione do mięśnia sercowego w kierunku dolnej części lewego płuca, przechodząc przez przegrodę międzykomorową i górną część lewego przedsionka, długość szydełka wynosiła 9 cm. Przypadek jest ciekawy przede wszystkim z tego względu, że ciało obce tkwiło w sercu przez 3 miesiące, nie powodując większych dolegliwości.

W. Grzywo-Dąbrowski

ZISKIND. Zniekształcenie czaszki, jako pomocnicza cecha, ułatwiająca odróżnienie samobójstwa od zabójstwa. (Sud. Mied. Eksp. Z. 14.)

Autor stale obserwował zaburzenia w rozwoju kości czaszki u samobójców i u umysłowo-chorych. Jako jedną z głównych przyczyn samobójstwa uważa autor wadliwe odżywianie komórek nerwowych, zaburzenia w krążeniu krwi i limfy, i zakłócenia w wydzielaniu produktów rozpadu wskutek zgniecenia mózgu.

Takie zgniecenia, wedł. autora, występują wskutek nie stosunku pomiędzy objętością czaszki a mózgiem na niekorzyść tego ostatniego. Mózg jest w tych przypadkach stosunkowo duży i cięższy, niż normalnie, przedstawia on cechy t. zw. „obrzemienia” (Hirschswellung). W takich przypadkach nieraz widzimy wybitne zmiany w kościach czaszki, jak np. przedwczesne skostnienie szwów, wybitnie głębokie wgłębienia palczaste i t. p.

W. Grzywo-Dąbrowski

ROZANOW. Pęknięcie tętniaka tętnicy wieńcowej u 3-tygodniowego dziecka. (Sud. Mied. Ekspertiza. Z. 14.)

Zupełnie poprzednio zdrowe trzy tygodniowe dziecko było znalezione martwym w łóżeczku. Przy oględzinach zwłok stwierdzono, że wytworzył się tętniak lewej tętnicy wieńcowej, który uległ pęknięciu, krew wypełniła worek osierdziowy, co spowodowało tamponadę serca i śmierć. Badanie mikroskopowe ściany pękniętego tętniaka wykazało, że ściana tętnicy była znacznie zgrubiała, szczególnie warstwa środkowa, która składała się prawie wyłącznie z włókien tkanki łącznej i tkanki elastycznej, uderzał zaś brak prawie całkowity włókien mięsnych. Autor przypuszcza, że miało tu miejsce wrodzone zaburzenie rozwojowe lew. tętnicy wieńcowej (*aneuryzma congenitum*).

W. Grzywo-Dąbrowski

Wskazówki praktyczne

Montford leczy zapalenie płuc u dzieci zastrzykami *podskórnymi tleny*. Metoda ta ma bardzo pomyślny wpływ na przebieg choroby; już w kilka godzin po zastrzyknięciu ciepłota ciała spada, oddech staje się lżejszy i spokojniejszy, stan ogólny poprawia się. Cała sprawa chorobowa ma przebieg krótszy, niż zwykle. Dawka przeciętna dla dzieci do lat pięciu 200 ctm.³, od 6—10 lat — 300 ctm.³, od 10—16 lat — 400 ctm.³ W razie potrzeby powtarza się zastrzyknięcie

nazajutrz. Zastrzykuje się pod skórę klatki piersiowej z przodu.

(Brit. med. Journ. 1929 N. 3590).

— 0 —

B. Leech, stwierdził dodatnie działanie *kwasy acetylosalicylowego w gośćcowych schorzeniach serca u dzieci*. Dzieci te, w porównaniu z grupą leczonych inaczej, przybierały szybciej na wadze, i stan oraz wydolność ich serca dozna-

wały wybitnej poprawy, a przypadki płasawicy zdarzały się u nich rzadziej. Dawka dzienna wynosiła 1,3 gr., a leczenie trwało 6 miesięcy.

(J. amer. med. Assoc. 1931 N. 13).

—o—

Mc Kenzie poleca *diatermiokoagulację w celu zniszczenia migdałków*. Leczenie trwa 2—4 miesięcy, zależnie od wielkości migdałków. Posiedzenia odbywają się co 8—10 dni.

(Brit. med. Journ. 1929 N. 1594).

—o—

Korach utrzymuje, że za pomocą zastrzykiwań *Myostonu*, wyciągu z mięśni, można w wielu przypadkach *dławicy piersiowej i chrzani] przestankowego* osiągnąć zupełne usunięcie dolegliwości. W *nadciśnieniu samoistnem* kuracja myostonowa, długo stosowana, w połączeniu z lecze-

niem ogólnem i djetetycznem, może doprowadzić ciśnienie do wysokości umiarkowanej na stałe.

(M. m. W. 1931. N. 12).

—o—

Tiemann chwali działanie *Eutononu w dławicy piersiowej i chrzani] przestankowem*. Jeszcze lepiej, niż na tętnice wieńcowe, ma eutonon działać na kurczowo zwężone tętnice obwodowe. Również dodatni wpływ ma mieć eutonon w przypadkach ciężkiej dekompensacji.

(M. m. W. 1931 N. 12).

—o—

Gutfeld zwraca uwagę na liczne *błędy w rozpoznawaniu bakterjologicznem błonicy* i radzi kierować się więcej objawami klinicznymi, których podejrzany charakter powinien być decydujący dla leczenia.

(D. m. W. 1931 N. 11).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dnia 10 lutego 1931 roku.

Obecnych członków Towarzystwa 56, wprowadzonych 30. Początek o godz. 8-mej punktualnie.

1. Protokół posiedzenia wyborczego z dnia 27 stycznia 1931 roku przyjęto.

2. Kol. Sekretarz Stały wygłosił wspomnienie o ś. p. Władysławie Światopełk-Zawadzki (streszczenie własne). Zebrani uczcili pamięć Zmarłego przez powstanie z miejsc.

Dnia 1 lutego roku 1931 rozstał się z tym światem ś. p. Dr. Wł. Światopełk-Zawadzki, członek czynny naszego Tow. od roku 1892.

Ś. p. Zawadzki, urodzony w Warszawie w roku 1859, po ukończeniu z medalem srebrnym 2-giego gimnazjum w mieście rodzinnem, wstąpił w roku 1878 na Wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, który ukończył z „odznaczeniem“ w roku 1884. W tym samym roku mianowany Ordynatorem Uniwersyteckiej kliniki szpitalnej w szpitalu Dzieciątka Jezus, pozostał na tem stanowisku do roku 1890.

Był prawdziwym dzieckiem Warszawy, tu też ś. p. Władysław Zawadzki niebawem, a w myśl świetnych obywatelskich tradycji, które tak pięknie i niezmiennie w najcięższych dla Ojczyzny naszych czasach cechowały lekarza Polaka wszystkich zaborów, rozpoczął żywą i pożyteczną pracę, zarówno w dziedzinie życia lekarskiego, jak i na pokrewnej arenie społecznej i obywatelskiej.

Członkiem T. Higienicznego oraz Stowarzyszenia lekarzy Polskich ś. p. Władysław Zawadzki był od chwili założenia tych instytucyj.

Brał ś. p. Władysław Zawadzki udział w układaniu „Rocznika Medycyny Polskiej“, był członkiem komitetu redakcyjnego „Kroniki Lekarskiej“, a potem współwłaścicielem i z wyboru członkiem komitetu redakcyjnego na pierwsze dziesięciolecie reorganizującej się podówczas „Medycyny“. Zarazem brał udział w pracach Towarzystwa Dobroczynności, Towarzystwa Kolonij Letnich, Towarzystwa wpisów szkolnych, Towarzystwa opieki nad ubogimi chorymi i Towarzystwa opieki nad dziećmi. Dalej znow bieg życia naszego, a więc rosnące wówczas szybko zainteresowanie się sprawą wychowania fizycznego i rozwój szkolnictwa Polskiego sprawiają, że ś. p. Wł. Zawadzki cały swój czas wolny od pracy zawodowej poświęca tym 2 dziedzinom. Od roku więc 1905 był członkiem, a potem wice-prezesem Opieki rodzicielskiej, Rady pedagogicznej i Rady szkolnej przy Gimn. Gener. Chrzanowskiego. Od r. 1904 jest członkiem Komitetu, a potem wice-prezesem, a od r. 1912 Prezesem Ogrodów im. Raua.

W odrodzonej już Polsce zostaje ś. p. Wł. Zawadzki w r. 1920 powołany na stanowisko referenta Sekcji wychowa-

nia fizycznego Ministerjum W. R. i O. P., a wkrótce potem Kierownikiem dla nauczycieli gimnastyki. W r. 1928 mianowany został dyrektorem P. I. W. F. W tym też roku otrzymał godność członka honorowego Stow. bratniej pomocy studentów P.I.W.F.

W r. 1929 odznaczony został orderem „Polonia Restituta“.

W r. 1920 otrzymał dyplom honorowy od Polskich Związków sportowych i Polskiego Komitetu Olimpijskiego w uznaniu zasług, położonych w dziedzinie wychowania fizycznego i rozwoju sportów w Polsce. Jednocześnie w chwilach, zdawałoby się, przeznaczonych na konieczne wytchnienie, niezwykle żywotna organizacja ś. p. Wł. Zawadzkiego goniła za szerszymi jeszcze widnokręgami, czego wyrazem było, że w r. 1927 obrany został na Wice-prezesa Polskiego Stowarzyszenia Przyjaciół Pokoju.

Drukiem ogłosił:

- 1) Przypadek zakażenia krwi spowodowanego wyrwaniem zęba G. L. 1886.
- 2) O zakażnem pochodzeniu i przeciwnym leczeniu suchot płucnych, Kr. Lek. 1887.
- 3) Przyczynę do patologii padaczki położniczej. Med. 1895.
- 4) Hygiena Jubilera. Zdrowie 1902.
- 5) Przyczynę do patologii wylewu mleczka do jam surowicznych. G. L. 1901.
- 6) Pokój a szkoła. „Ludzkość“ 1910.
- 7) Ojczyzna a patriotyzm, „Ludzkość“ 1911.
- 8) Metodyka ćwiczeń cielesnych. 1917.

To moje, zbyt może i treściwe wspomnienie o ś. p. Drze Zawadzki mówi jednak wyraźnie, że ten lekarz warszawski chciał i umiał żyć nietylko myślą o sobie i życiu nie marnował, chociaż mu ono ciężkich ciosów nie szczędziło przez zgon przedwczesny małżonki i dwóch córek, zgasyłych w kwiecie wieku. Człowiekiem był prawym, niósł wysoko szanę i godność naszego stanu, był kolegą szczerym i serdecznym, a przyjacielem wiernym. Uczcijmy Jego pamięć.

3. Kol. Prezes, po podaniu do wiadomości drobnych komunikatów, przedstawia program pracy Zarządu na rok 1931. (Streszczenie własne).

Zarząd każdego Towarzystwa, rozpoczynając swoją pracę, powinien nakreślić sobie program działalności na czas swojego funkcjonowania i, uzgodniwszy go w swoim łonie, wytrwale dążyć do jego realizowania. Wychodząc z tego założenia, jako Prezes obecnego Zarządu, uważałem za swój obowiązek, złożenia Zarządowi moich zamierzeń, które będą się starał wprowadzić w życie w roku bieżącym, by ożywić nasze Towarzystwo. Naszkicowany przeze mnie program brzmi w sposób następujący:

W myśl § I naszego Statutu z r. 1921 Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ma za cel 1) przykładanie się do wydoskonalenia nauk lekarskich, 2) zbliżenie do siebie osób, poświęcających się tymże naukom i 3) wzajemne udzielanie sobie uwag, rzeczy lekarskiej dotyczących. Dla zadośćuczynienia tym zadaniom uważam za konieczne zabiegać o to, by koledzy podawali na posiedzeniach naszego Towarzystwa do wiadomości ogółu swoje spostrzeżenia lekarskie oraz badania kliniczne i doświadczalne, wykonane w klinikach, szpitalach i w innych zakładach naukowych. Referaty te nie powinny być przeladowywane szczegółami, przytaczaniem obszernego piśmiennictwa z wycieczkami, wykonane w klinikach, szpitalach i w innych zakładach naukowych. Referaty te nie powinny być przeladowywane szczegółami, przytaczaniem obszernego piśmiennictwa z wycieczkami, wykonane w klinikach, szpitalach i w innych zakładach naukowych. Referaty te nie powinny być przeladowywane szczegółami, przytaczaniem obszernego piśmiennictwa z wycieczkami, wykonane w klinikach, szpitalach i w innych zakładach naukowych.

Poza referatami, opartymi przede wszystkim na własnych spostrzeżeniach i badaniach, uważam za pożądane pokazy chorych, preparatów patologicznoanatomicznych, nowych przyrządów i t.d., uzupełnione krótkimi wyjaśnieniami. Będę dążył do tego, by pokazy te były zapowiadane w porządku dziennym naszych posiedzeń, tak, iżby one nie były niespodzianką dla członków Tow. i mogły skupiać na posiedzeniach wszystkich tych członków, którzy interesują się odpowiednim zagadnieniem. Umieszczając pokazy na pierwszym miejscu, będę zwracał uwagę, by referenci nie wdawali się w rozległe dziedziny piśmiennictwa, lecz ograniczali się ściśle do swojego pokazu.

Wielką wreszcie uwagę zwrócę na referaty, omawiające w sposób syntetyczny nowoczesne zagadnienia, interesujące przede wszystkim lekarza praktyka. Przez szerokie rozwinięcie tego kierunku będę dążył do tego, by z naszego Tow. uczynić uczelnię, mającą na celu ustawiczne kształcenie lekarzy i utrzymywanie ogółu lekarzy na poziomie wiedzy nowoczesnej. Kierunek ten wyodrębni nasze Towarzystwo spośród licznych w Warszawie specjalnych Towarzystw, czyniąc z niego ogólną szkołę syntetyczną, która chronić będzie kolegów, poświęcających się wyłącznie jednej z dziedzin medycyny praktycznej, od zatracenia żywej łączności z całą medycyną i od zbyt ciasnego pograżenia się w swoją specjalność. W ten sposób nasze Towarzystwo nie tylko nie przekreśli poszczególnych Towarzystw, lecz przyczyni się do tego, że ich praca będzie bardziej owocna. Zaznaczam przytem, że, życząc tym Towarzystwom pomyślnego rozwoju, będę starał się utrzymywać z wszystkimi Towarzystwami Lekarskimi normalne, życzliwe stosunki i w razie potrzeby będę z nimi wchodził w żywy kontakt.

Pomyślnie rozwiązanie przed chwilą wyluszczonej za mierzeń wymagać będzie pociągnięcia do czynnej pracy w naszym Towarzystwie wszystkich jego członków, przede wszystkim zaś tych, którzy kierują zakładami naukowymi praktycznymi i teoretycznymi, oraz skupienia dokoła naszego Towarzystwa możliwie wszystkich osób, pracujących naukowo, a nie będących jeszcze członkami Towarzystwa.

Zdjęć sobie sprawę, że skierowanie Towarzystwa na powyższe tory, które, niezawodnie, ożywią je, i utrzymanie go na wysokim poziomie, będzie wymagało dużego wysiłku z mojej strony. Tej pracy chętnie się podejmę, o ile znajdę poparcie ze strony Zarządu i całego Towarzystwa. Ułatwi ją wybitnie już zmiana przepisów, dotyczących przyjmowania do Towarzystwa nowych członków i udostępnienie w ten sposób naszego Towarzystwa dla ogółu lekarskiego bez szkody dla samego Towarzystwa. Pociąga ta okoliczność za sobą konieczność zajęcia się naszym Statutem, który pod względem przyjmowania nowych członków jest bardzo wymagający. Sprawa Statutu wylania się również i ze względu na szereg innych jego usterek, niedomówień i złożeń, nie odpowiadających obecnym wymaganiom życia. By nie być gołosłownym, zaznaczę tylko, że Statut zupełnie nie określa tak doniosłej sprawy, jak ta, kto ma bezpośredni obowiązek dbać o należyty rozwój Towarzystwa. Pragnąc rozkwitu naszego Towarzystwa, uważam, że nie może być ono zdawane na łaskę losu i przypadkowości, i dla tego jedną z moich trosk stanowić będzie sprawa rewizji Statutu.

Innych spraw, wchodzących w zakres czynności Prezesa oraz Zarządu, nie poruszam, nie wymagają bowiem one zmian co do dotychczasowego ich trybu. Program powyższy został jednogłośnie zatwierdzony przez Zarząd na posiedzeniu 3 lutego b. r. Niniejszem podaję go, zgodnie z uchwałą Zarządu, do ogólnej wiadomości.

4. Kol. Prezes wita nowych członków Towarzystwa i wręcza im dyplomy.

5. Kol. K. Chodkowski przedstawia *narządy z przykadku marskości zanikowej wątroby*. (Streszczenie własne).

Narządy pochodzą ze zwłok kobiety lat 64 z rozpoznaniem klinicznym kiłowej marskości wątroby, torbieli jajnika oraz skrzepliny żył wrotnej.

Kobieta ta przed 20 laty zakaziła się kiłą. Przechodziła dwukrotnie leczenie swoiste, ostatnio leczyła się stale w Kasie Chorych. Dolegliwości ze strony wątroby zjawily się z przed 8 laty (żółtaczką), powiększenie brzucha zaś od roku. Odczyn Wassermann'a wybitnie dodatni. 10-1 31 r. wypuszczono 6 litrów, 28-1 8 litrów płynu przesiekowego c. g. 1006—1002, bialko—0,869%, odczyn Rivalty—ujemny.

Na sekcji znalazłem w jamie brzusznej 12 litrów płynu ciemnobursztynowego z dużą ilością włókna oraz objawy zapalenia otrzewny.

Wątroba ważyła zaledwie 650 gr. (norma—ca 1400 gr.) Była ona zrosnięta po stronie prawej i od tyłu z przeponą. Torebkę miała zgrubiałą, powierzchnię zewnętrzną wybitnie gruboziarnistą, w płacie lewym widać 3 głębsze zaciągnięcia gwiaździste. Powierzchnia przekroju była również gruboziarnista: odcinki wystające—żółte, zapadnięte—szare lub szaro—różowe. Wątroba była bardzo twarda. Żyła wrotna—szeroka, drożna.

Badanie mikroskopowe wątroby (skrawki mrożone) wykazało rozrost tkanki łącznej i ziarniny głównie dokoła zrazików lub grup zrazików, miejscami były liczne kanaliki rzekome.

Sledziona (waga 345 gr., norma—150 gr.) przedstawiała obraz obrzmienia przewlekłego.

Przewód pokarmowy: objawy przewlekłego niezytu z szafirowym zabarwieniem śluzówki.

Narządy płciowe—w miejscu prawego jajnika znajdował się opadnięty worek pojemności główki noworodka z otworem, łączącym światło worka z jamą brzuszną. Wewnętrzna powierzchnia worka była zupełnie gładka, tylko gdzieś tam były pojedyncze drobne torbielki.

Oznak kiły na sekcji nie stwierdzono.

Przypadek ciekawy jest ze względu na:

- daleko posuniętą marskość zanikową wątroby,
- prawdopodobne tło kiłowe marskości,
- powikłanie pęknięciem jednokomorowej torbieli prawego jajnika.

Zapalenie otrzewny wystąpiło najprawdopodobniej w następstwie parokrotnych nakłuc jamy otrzewny, jak to najczęściej się zdarza,

Torbiel pękła wskutek zmniejszenia parcia w jamie brzusznej po wypuszczeniu płynu.

6. Kol. Prezes podaje do wiadomości, iż członek czynny Towarzystwa kol. A. Wojciechowski został mianowany ordynatorem I Szpitala Okręgowego w Warszawie. Kol. J. Zarski został habilitowany na docenta z zakresu chirurgii oraz mianowany ordynatorem Szpitala Dziecięcego przy ul. Kopernika. Kol. St. Wąsowicz został mianowany ordynatorem szpitala św. Ducha.

7. Kol. St. Justman wygłosił odczyt „O odruchach brzusznych” (Streszczenie własne). (Wydrukowane w numerze 17. „Warsz. Czas. Lek.”)

8. Dyskusja.

Kol. Dębicki, badając odruchy brzuszne na materiale chirurgicznym, stwierdza, iż w przypadkach z ograniczonym podrażnieniem otrzewny odruchy brzuszne danego miejsca są zniesione. W przypadkach ostrej niedrożności z towarzyszającym, znacznym wzdęciem brzucha, braku odruchów nie stwierdza się, to samo tyczy się podrażnienia otrzewny po krwotokach w ciąży pozamacicznej. W sprawach przewlekłych, jak np. wrzody nieprzedziurawione, zniesienia odruchów nie stwierdzano.

H. Higier. Wbrew twierdzeniu prelegenta podkreśla, że neurologi nigdy nie lekceważyli zachowania się odruchów brzusznych od chwili, gdy je opisał Rosenbach i Jastrow, a zwłaszcza, gdy arefleksję brzuszną Strümpell podał jako ważny objaw w *sclerosis disseminata*. Brak tego odruchu zna poza tem neurolog w hemiplegiach, w syringomyeliach z rozległym znieczuleniem, mniej go zna w trudno rozpoznawalnej *poliomyelitis abdominalis*, a najmniej o nim wie w okresie przedopryszczkowym rozwijającego się *herpes zoster abdominoinguinalis*. Raz jeden Higier, licząc ze znaczną precyzją prawych powłok brzusznych, wymiotami, brakiem dolnego odruchu brzuszego i stanem gorączkowym, zgodził się z rozpoznaniem chirurga i z propozycją interwencji na zdrowym wyrostku robaczkowym. Dalszy przebieg dowiódł — a było to w r. 1918, gdy śpiączka była u nas prawie nieznaną, że były to objawy rozwijającej się klasycznej śpiączki nagminnej (*encephalitis lethargica*). Błędów takich zna piśmiennictwo

wszechświatowe kilkanaście. Higier mało ma przekonania do tych przypadków, gdzie lewy górny odruch brzuszny znikł we wrzodzie, względnie raku żołądka, a wrócił po operacji. Odruch ten, gdy ginie, niema zwycięzcu wracać. O ile odruch brzuszny ułatwia rozpoznanie neurologowi, o tyle internistom radzi Higier posługiwać się mniej arefleksją brzuszną, a więcej pasami przeczulicy Heada. Przy ich pomocy udawało się mówcy rozróżnić raz zapalenie krupowe płuc u dziecka od zapalenia kiszki ślepej, zapalenie woreczka żółciowego od kamicy nerkowej, *salpingoophoritis* od hipernefromatozy nerki. Należy tylko znać topografię odcinkową, czyli rozkład pasów Heada.

Kol. Mańkowski. Wyraźna segmentacja ustroju w zakresie układu mięśniowego nie idzie w parze z segmentacją narządów wewnętrznych. Póki nie jest ustalone dokładnie, jaki narząd odpowiada danemu odcinkowi układu nerwowego, wiązanie odruchów brzusznych z cierpieniami narządów wewnętrznych jest przedwczesne.

Kol. Justman. Odruchy brzuszne w cierpieniach ostrych, z powodu napięcia mięśni, nie mają znaczenia. Przyczyną niesienia odruchów w *herpes zoster* jest uszkodzenie części łuku odruchowego. Przeciwno zarzutem kol. Higiera i Mańkowskiego przemawiają fakty kliniczne. Powrót odruchów po wycięciu żołądka prelegent tłumaczy sobie usunięciem porażenia przy zachowaniu łuku odruchowego, albowiem część żołądka w postaci kikuta pozostała.

9. Kol. J. Rutkowski wygłosił odczyt „O potrzebie znajomości praktycznej anatomii wśród lekarzy. Rzuty anatomiczne”. (Streszczenie własne).

Potrzeba znajomości anatomii, jako fundamentu, na którym opiera się wiedza lekarska, jest jasna. Należy jednak przyznać, że wiadomości z tej dziedziny, nabyte podczas studiów uniwersyteckich, bardzo szybko zacierają się w pamięci. Naukę anatomii rozpoczynamy od anatomii opisowej, podstawy wiedzy o budowie ciała ludzkiego. Bardziej praktyczne znaczenie dla lekarza ma anatomia topograficzna. Ale i ta ostatnia, będąc również w oderwaniu od człowieka żywego, z jakim ma do czynienia lekarz, a następnie zwykle w programie i wymaganiach od studentów, w stosunku do niej znacznie upośledzona w porównaniu z anatomją opisową, szybko ulega zapomnieniu. Dokładnej znajomości budowy ciała ludzkiego wymagamy przede wszystkim od chirurga, gdyż trudno wyobrazić sobie dobre i celowe działanie na terenie, którego się nie zna doskonale. Ponieważ znajomość anatomii jest konieczna nie tylko podczas operacji, ale znakomicie dopomaga do rozpoznania chorób, niekiedy wprost niemożliwego bez tej znajomości, a co zatem idzie, i do skutecznego leczenia, przeto znajomość anatomii jest niezbędna nie tylko dla chirurga.

W jaki sposób zdobyć tą praktyczną znajomość, ażeby nie obciążać zbytnio pamięci zbędnymi szczegółami, a przytem zdobyte wiadomości utrwać ustawicznie? Dochodzimy do rozpoznania, operując kategorjami topograficznymi, niekiedy stereometrycznymi, a następnie patologicznymi: najpierw zwykle umiejscawiamy cierpienie, a następnie określamy jego rodzaj. Najwłaściwszą drogą do zdobycia i utrwalenia wiedzy anatomicznej dla lekarza będą rzuty anatomiczne na powierzchnię ciała, skojarzone z łatwo dostępnymi badaniami występami kostnymi, wyniosłościami i zagłębieniami, z pewnymi ustalonymi punktami, linjami i płaszczyznami. Prelegent demonstruje w dalszym ciągu swego odczytu szereg tablic, przeznaczonych do wykładów i rzutów anatomicznych. Nauczanie odbywa się w ten sposób, że najpierw zaznajamiamy się z istniejącymi w danej okolicy występami kostnymi, wyniosłościami, zagłębieniami, linjami, dającymi pojęcie o stosunkach prawidłowych, tworami, dającymi się wyczuć lub obejrzeć. Następnie, posilając się powyższymi danymi, rysujemy za pomocą dermatografów różnokolorowych, na skórze żywego osobnika, rzuty narządów i tworów, znajdujących się w głębi. Pomocna w nauczaniu będzie nieraz mnemotechnika. Nie tracąc z oczu głównego celu, do jakiego w końcu dążymy, podawane wiadomości z zakresu anatomii (w postaci rzutów) stale będziemy kojarzyli z wiadomościami pożytecznymi dla kliniki, w ten sposób zdobyjemy stosunkowo łatwo mocniejszą podstawę dla rozpoznania i leczenia ku większemu pożytkowi naszych pacjentów.

10. Dyskusja.

Kol. Kryński podnosi naczenie anatomii topograficznej oraz anatomii człowieka żywego w przeciwstawieniu do anatomii opisowej.

Kol. Dębicki uważa, iż przy nauczaniu anatomii należy kierować się pojęciami przestrzennymi, zamiast rzutami. Nietylko dawny podział brzucha na odcinki jest sztuczny, ale

tyczy się to również podziału, przedstawionego przez prelegenta.

Kol. Rutkowski uważa rzuty anatomiczne wyłącznie za moment pomocniczy przy nauczaniu anatomii. W swoich wykładach prelegent ujmuje anatomję stereometryczną. Prelegent stwierdza, iż w Polsce anatomja chyli się do upadku.

11. Kol. S. Cytronberg wygłosił odczyt „O współdziałaniu ściany jelita cienkiego w utrzymaniu równowagi kwasowo-zasadowej w ustroju”. (Streszczenie własne).

Prelegent postawił sobie za zadanie zbadać: czy i w jakim stopniu śluzówka jelita cienkiego współdziała w utrzymaniu równowagi kwasowo-zasadowej ustroju. Badania swoje przeprowadził na psach z przetoką—Villa w trzech różnych kierunkach. Mianowicie chodziło mu o stwierdzenie: 1) czy doustne wprowadzanie większej ilości zasad lub kwasów wpływa na ilość ogólną, pH, zasadowość miareczkowaną i zawartość węglanów w soku jelitowym; 2) jak oddziaływała śluzówka pętli wyodrębnionej na miejscowe jej podrażnienie kwasami i zasadami, oraz czy i w jakim stopniu jelito reguluje zasadowość swej zawartości; 3) jaki wpływ wywiera dożylnie wprowadzony kwas lub zasada na ilość ogólną oraz na zasadowość czynną i potencjalną soku jelitowego.

Wyniki, osiągnięte przez prelegenta, dają się streścić, jak następuje:

1) kwas, wprowadzony doustnie w przeciągu kilku dni, wywołuje obniżenie pH, zmniejszenie się zawartości węglanów i zasadowości miareczkowanej soku jelitowego.

Ilość ogólna tego ostatniego nie ulega wyraźnej zmianie: 2) zasada wprowadzana doustnie wciągu kilku dni, wywołuje powiększenie pH, zwiększenie stężenia węglanów i zasadowości miareczkowanej soku jelitowego, którego ilość ogólna pozostaje bez zmiany;

3) kwas wprowadzony bezpośrednio do pętli jelitowej, wywołuje silne wydzielanie zasady przez jelito. Wydzielanie to trwa tak długo, aż pH i zasób zasad zawartości pętli zbliży się do tychże cech soku jelitowego; wydzielanie jelitowe jest w granicach fizjologicznych tem większe, im większe jest stężenie kwasu wprowadzonego;

4) zasady, wprowadzone bezpośrednio do jelita nie wywołują właściwości pobudzania wydzielania węglanów. Przeciwnie pH wprowadzonych rozczywnów spada, a to wskutek zaabsorbowania nadmiaru wprowadzonych jonów wodorotlenowych przez śluz, białka, ciała tłuszczowate, wydzielane obficie przez śluzówkę jelita w następstwie jej zetknięcia się z rozczywnymi zasadami;

5) kwas, wprowadzony dożylnie, powoduje wciągu 1—2 godzin po wstrzyknięciu obniżenie pH, zmniejszenie się zasobu zasad i zasadowości miareczkowanej soku jelitowego,

6) zasada, wprowadzona dożylnie, wykazała stosunkowo słabszy wpływ na cechy wydzieliny jelitowej, albowiem PH soku nie uległo zmianie. Zasób zasad i zasadowości miareczkowanej soku zwiększyły się wyraźnie. Powyższe wyniki przemawiają za tem, że śluzówka jelita współdziała czynnie w utrzymaniu równowagi kwasowo-zasadowej ustroju. Ta czynna współpraca jelita jest szczególnie wydajna przy usuwaniu tak zwanej alkalozji pokarmowej, powstającej w następstwie kwaśnego soku żołądkowego pod wpływem spożytych pokarmów. Tu bowiem występują 2 ważne czynniki, potęgujące wydzielanie zasad przez śluzówkę jelita: a) samo wydzielanie kwasnego soku żołądkowego powoduje czasowe przesunięcie się równowagi kwasowo zasadowej w sokach ustroju w stronę zasadową, na co ustroj oddziaływa między innymi wzmocnionem usuwaniem zasad przez śluzówkę jelita, b) kwaśna miazga pokarmowa, która dostaje się do jelita cienkiego jest silnym bodźcem, zmagającym wybitnie wydzielanie zasad przez śluzówkę jelita.

11. Kol. Prezes stwierdza, że na posiedzeniu dzisiejszem, z powodu niedostatecznej liczby obecnych członków Towarzystwa, wybory Komitetu Kasy Wsparcia do skutku nie doszły. Wobec powyższego, skład Komitetu Kasy Wsparcia pozostaje taki sam, jak w roku ubiegłym (§ 35 Statutu).

Posiedzenie zakończono o godz. 10 min. 30.

Sekretarz doroczny: Jan Roguski

Prezes: Witold Orłowski.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych

Pasteur-Vallery-Radot i Blamoutier omawiali na posiedz. marc. tow. lek. szpit. paryskich (Pr. méd. № 24) *przypadek śmiertelny choroby Quinckego z przetokami*

bólami brzuszniemi i skurczami naczyniowemi. Chory w ciągu dwudziestu dwu lat miewał b. silne napady bólowe w brzuchu z mdłościami i wymiotami. Rozpoznanie postawiono na podstawie jednoczesnego obrzęku skóry w rozmaitych miejscach. Przebywszy szczęśliwie wielokrotnie obrzęk narządów wewnętrznych, opłucny i płuc, krtani, chory zmarł w czasie jednego z napadów obrzęku krtani. Pacjent miał pozatem zapalenie tętnic na kończynach dolnych i skurcze naczyniowe w górnych kończynach. Bóle brzuszne zależały, być może, od obrzęku śluzówki żołądka, skurcze naczyniowe zaś, spostrzegane w rozmaitych okolicach, między innymi, i w ścianie brzucha, przemawiały za ogólną pobudliwością nerwu współczulnego. Prawdopodobnie podrażnienie splotu słonecznego powodowało skurcze podobnego rodzaju w narządach brzusznych. Częste skurcze naczyń sprzyjały zapewne powstaniu zmian chorobowych w naczyniach.

Na tem samym posiedzeniu Clerc, Soupault i Noël-Deschamps demonstrowali *przypadek wzrostów*

osierdziowych operowany według Brancra. U chorego 19-letniego stwierdzono zespół opłucnowo-otrzewnowy z dużą wątrobą i objawami niedostateczności prawego serca bez zmian zastawkowych. Przypadek nie ustępował żadnemu leczeniu, co wzbudzało podejrzenie obecności wzrostów osierdzia. Torakotomia wykonana przed 5 miesiącami, rychło sprowadziła poprawę z ustąpieniem obrzęków i sinicy, mimo że śledziona i wątroba dalej były wielkie, i mimo że pozostawała pewną ilość płynu w jamie brzusznej. Chory mógł jednak chodzić bez duszności.

Marquézy i panna Jammet demonstrowali na posiedz. lut. paryskiego tow. pediatr. (Pr. méd. № 24) *przypadek wytrzeszczu i wola u dziecka 4½ letniego*, które pozatem miało przyspieszone tętno bez drżenia kończyn. Przemiana podstawowa nie była wzmózona. Miano tedy do czynienia z zespołem pochodzenia sympatycznego, przypominającym chorobę Basedowa. Pięć seansów rentgenowskich sprowadziło znaczną poprawę.

Korespondencja

Heidelberg w marcu 1931.

Szpital przeciwgruźliczy i przychodnia przeciwgruźlicza w Heidelberg-Rohrbach.

Jechałem do Heidelberga po zwiedzeniu już wielu szpitali przeciwgruźliczych niemieckich i austriackich. Nie przypuszczałem, że zobaczę coś nowego, coś, coby wykraczało poza ramy nowoczesnego szpitalnictwa. Ale, na szczęście, zawiodłem się. Nie zaimponował mi, coprawda, sam szpital, ale zaimponowała mi praca szpitala i przychodni przeciwgruźliczej, ściśle ze szpitalem związanej.

W r. 1920 „Landesversicherungsanstalt Baden” zakupiła dworek myśliwski w Rohrbach pod Heidelbergiem i otworzyła tam uzdrowisko dla gruźlików. Kierownictwo uzdrowiska powierzono prof. A. Fraenklowi, nestorowi ftizjologów niemieckich.

W r. 1927 Rohrbach zostało włączone, jako przedmieście, do Heidelberga i uzyskało dogodną komunikację tramwajową. W miarę postępów ftizjologii sanatorium musiało zmienić swoje oblicze i stopniowo zaczęło się przekształcać na szpital przeciwgruźliczy. Dotychczasowe pomieszczenia okazały się niewystarczające, i w r. 1928 rozpoczęto budowę nowych budynków szpitalnych na terenie uzdrowiska. W końcu r. 1930 większa część szpitala została oddana do użytku chorych. Równocześnie z rozbudową szpitala Fraenkel organizuje przychodnię przeciwgruźliczą, która obecnie już całkowicie jest czynna.

Sam szpital niewielki, przeznaczony na 140 łóżek, posiada ich obecnie jedynie 80. Wszelkie jednak urządzenia dodatkowe przeprowadzone są w ten sposób, że z czasem liczbę łóżek będzie można dwukrotnie przeszło zwiększyć. Szpital jest nowoczesnie, ale skromnie urządzony, posiada jednak wszelkie udogodnienia współczesne, usprawniające pracę lekarską. Pokoje są przeważnie dwuosobowe, niewielka część pokoi jest jedno-, trzy- i czteroosobowych. Pierwsze piętro posiada werandę do leżakowania, zwróconą na południe; chorzy lżejsi z drugiego i trzeciego piętra posiadają oddzielnie budowaną leżalnię, zwróconą na wschód, ze ślicznym widokiem na góry. Jedynym „zbytkiem” szpitala jest pracownia rentgenologiczna, zaopatrzona we

wszystkie najnowsze aparaty do prześwietleń i zdjęć zwykłych i stereoskopowych.

Dzięki współpracy z zakładem anatomji patologicznej i pracownikami chemicznymi, serologicznymi i bakterjologicznymi uniwersytetu, praca szpitalna utrzymana jest na wysokim poziomie klinicznym. Dzięki doskonałej organizacji pracowni rentgenologicznej i współpracy z przychodnią, niemal każdy z chorych posiada całkowitą serję zdjęć od najwcześniejszych okresów choroby.

Przyjmowanie chorych odbywa się za pośrednictwem przychodni — przyczem przyjmuje się wszystkich chorych — zarówno lekko, jak i ciężko chorych — jedynie w myśl wskazań przychodni. Również wypisywanie chorych odbywa się po uprzednim porozumieniu się z przychodnią. Pozatem pracownia rentgenologiczna szpitala wykonywa prześwietlenia i zdjęcia u pacjentów przychodni centralnej. Charakterystyczne dla pracy szpitalnej jest nastawienie społeczne: poza dokładnym badaniem klinicznym przeprowadza się u każdego chorego ściśle badanie warunków społecznych, a więc dokładnie analizowane są dane rodzinne, stan materialny, warunki życia: możliwe źródła zakażenia i t. d.

Pod względem leczenia Fraenkel należy raczej do konserwatystów. Jedną z przyczyn tego konserwatyzmu jest brak sali operacyjnej, która dopiero za parę miesięcy będzie wykończona. Drugą z przyczyn jest obawa przed niepomyślnymi wynikami operacji, które, ze względu na niewielką liczbę łóżek w szpitalu, mogłyby spowodować niezgadzanie się chorych na zabieg wtedy, kiedy jest on bezwzględnie wskazany. To też wskazania do odmy, wyrwania nerwu przeponowego i torakoplastyki stawiane są bardzo oględnie, znacznie oględniej, niż w innych szpitalach niemieckich. Odma obustronna nie jest stosowana, również nie stosuje się plomb i rezekcji górnych żeber, ani też przepalania wzrostów opłucnowych. Wyrwanie nerwu przeponowego i plastykę wykonywa się w klinice chirurgicznej uniwersytetu.

Niezmiernie ciekawa i jedyna w swoim rodzaju jest organizacja przychodni przeciwgruźliczej. Przychodnia, pozostając pod ogólnym kierownictwem Fraenkla, a prowadzona przez jednego lekarza, obejmuje trzy okręgi (odpowiadające naszym powiatom) i miasto Heidelberg — ogółem 400.000 lu-

dnosci, przewaznie wiejskiej. Ze wzgledu na wielka przestrzen przychodnia centralna, obslugujaca okreg Heideberski i mieszcza sie w Rohrbach przy szpitalu, posiada filje: jedna dla miasta Heidelberg, dwie — dla drugiego okregu i jedna dla trzeciego. W przychodni — laczenie z jej filjami, pracuje, jak juz wspomnialem, tylko jeden lekarz — jedynie w Heidelbergu pomaga mu jeden z asystentow kliniki dzieciacej. Praca lekarska jest zorganizowana w ten sposob, ze czesc tygodnia lekarz pracuje w centrali, gdzie przez pol dnia przyjmuje w jednej przychodni, a drugie pol dnia — w drugiej i raz na dwa tygodnie jezdzi do przychodni okregu trzeciego. Do pomocy lekarz ma 11 wywiadowczyń. Ciekawem jest, ze wywiadowczynie te sa wywiadowczyniami spolecznymi, a nie specjalnie przychodni przeciwgruzliczej, sa zatem na etacie instytucyj spolecznych danego okregu — jedynie w sprawach, tyzczacych sie gruzlicy, wspolpracuja z lekarzem przychodni. Niektore z wywiadowczyń posiadaja do dyspozycji male osobowe auto — co jest konieczne ze wzgledu na duze odleglosci miedzy poszczegolnymi wsiami. W kazdej ze swych przychodni lekarz ma moznosc przeswietlania i wykonywania zdjec — czy to dziki temu, ze przychodnia mieści sie przy szpitaliku okregowym, czy tez ze posiada wlasny aparat.

Trudnosci, wynikajace z duzych odleglosci miedzy wioskami a przychodniami, zostaly przewyciezone w ten sposob, ze badz poszczegolnym chorym koszty przejazdu sa zwracane przez Kasę Chorych lub z funduszow przychodni, badz tez, co najczesciej ma zastosowanie, wywiadowczyni zbiera z danej okolicy wiecej grup ludzi i przewozi ich autobusem na koszt przychodni — przyczem ten ostatni sposob okazal sie najtańszy.

Badania masowe calej ludnosci nie sa wykonywane — natomiast przeprowadzane sa jaknajskrupulatniejsze badania grup ludzi zagrozonych — w pierwszym rzędzie rodzin i wspolmieszkanców gruzlikow. Byłem swiadkiem badania calej szkoly — 190 dzieci w wieku od 6 do 17 lat wraz z personelem lekarskim — poniewaz wykryto w niej 2 przypadki gruzlicy wśród dzieci. Nie jestem upowazniony do oglaszania rezultatow tego badania —

powiedziec tylko moge, ze wynik byl niezmiernie ciekawy, a organizacja wzorowa.

Lekarz przychodni ma moznosc wykonywania u kazdego z pacjentow wszelkich badan pomocniczych, a wiec w pierwszym rzędzie badania plwociny, oznaczania szybkości opadania krwinek, badania moczu i morfologicznego krwi. Badania te z wyjatkiem odczynu Biernackiego, przeprowadza sie w pracowniach odpowiedniego szpitala.

Zadnych zabiegow leczniczych lekarz przychodni nie wykonywa — czesciowo z braku czasu, czesciowo, aby nie wchodzic w kolizje z lekarzami prywatnymi. (Dopełnianie odmy odbywa sie w szpitalach lub przez lekarzy prywatnych). Dzieki temu wspolpraca przychodni z tymi ostatnimi jest jaknajbardziej zgodna, i, co rowniez zasluguje na uwage, niemal 50% pacjentow przychodni stanowia chorzy, kierowani przez lekarzy prywatnych. Okolo 40 — 45% — to kierowani przez wywiadowczynie, badz tez zagrozeni, zaledwie 5 — 10% stanowia chorzy, zgłaszajacy sie z wlasnej woli.

Pomimo doskonałej organizacji dotychczas jedynie 50 — 60% zmarlych na gruzlice jest rejestrowanych poprzednio w kartotece przychodni — tłumaczy sie to tem, ze obecny system pracy istnieje niespełna od 2 lat. Jesli uwzględnic jeszcze prace administracyjna — rozmaite orzeczenia, wnioski, dotyczace zasiłkow i t. p., ktore lekarz przychodni musi osobiście wykonywac, nie mozna nie podziwiac ogromu pracy jednego tylko czlowieka. Mam jednak wrazenie, ze dzieki tej centralizacji zyskuje na jednolitosci akcja przeciwgruzlicza.

Na zakonczenie podkreślić muszę, ze zarówno organizacja szpitala, jak i przychodni jest calkowita zaslugą i dziełem prof. Fraenkla, ktory rowniez potrafil odpowiednio dobrac sobie wspolpracownikow.

Dodac jeszcze muszę, ze brak mi rzeczywiscie slow na okreslenie zyczliwosci i uprzejmosci, z jaka mnie przyjeli zarowno prof. Fraenkel, jak i jego asystenci: D-rzy Klingenstein, st. asystent szpitala, Schmidt — kierownik pracowni rentgenologicznej i Steininger — kierownik przychodni przeciwgruzliczej.

Benedykt Glass (Warszawa).

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Przyczynk do zagadnienia umieralności na raka i gruzlicę *).

Podał
Dr. C. SZABAD (Wilno).

(Dokończenie — patrz Nr. 18).

Co mówi dopiero cc przytoczona statystyka zgonow srod zydow w Wilnie, i co ona dac moze dla wyswietlenia zagadnienia umieralności na raka i gruzlicę wogole?

*) Referat wygloszony na posiedzeniu Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego 18 Lutego 1931.

Według „Rocznika statystycznego m. Wilna“ przecietne liczby zgonow na gruzlicę i raka za okres lat 1926, 27 i 28 srod calej ludnosci znacznie sie różnia od tych, ktore widzieliśmy u ludnosci zydowskiej za ten sam okres lat, a mianowicie: 1) umieralność na gruzlicę — w przeciwienstwie do ludnosci zydowskiej — przewyższa umieralność na raka; 2) umieralność na gruzlicę jest z góra 2 razy wiecej, niz u zydow (1,95 i 0,93 na 1000), na raka zaś — mniej, niz u zydow (0,96 i 1,16).

Podobne tez stosunki widzimy przy obliczeniu umieralności w stosunku do ogólnej liczby zgonow: gruzlica stanowi wśród calej ludnosci 13,19%,

śród ludności żydowskiej 8,2 %, rak — 7,6 %, wzgl. 8,2 %.

Na podstawie innych danych (Rocznik stat. R. P.) śmiertelność wśród całej ludności w Wilnie była jeszcze wyższa, a mianowicie: na raka w r. 1926 — 0,95 %, w r. 1927 — 1,07 % i na gruźlicę — 2,34 i 2,16 na 1000. To również wskazuje, iż umieralność na gruźlicę przewyższa śmiertelność na raka, przyczem rak ma tendencję do podniesienia się, a gruźlica do zmniejszenia się.

Tak samo w Warszawie, Lublinie i przeważnej części większych miast Polski można zauważyć znaczne zmniejszenie się umieralności na gruźlicę i pewne zwiększenie się na raka. Najmniejszą umieralność na gruźlicę dają Katowice (1,46%), Bydgoszcz (1,53%) i Poznań (1,0%). W Warszawie przed wojną (1909—1913) rak był przyczyną śmierci w 4,1 % wszystkich zgonów, a w r. 1927 w 7,1 %, w Sosnowcu w r. 1920 — w 1,3 %, w r. 1926 — w 3,8 %; w Krakowie: w r. 1914—w 4,6 %, w r. 1927—w 8,1 %. W całej prawie Polsce liczba zgonów na gruźlicę przewyższa liczbę zgonów na raka. Ale w porównaniu ze statystyką żydów wileńskich współczynnik umieralności na gruźlicę jest wyższy, a na raka niższy, niż u żydów wileńskich.

Trzeba zaznaczyć, iż niższą umieralność żydów na gruźlicę obserwuje się, jak to zaznaczyłem już w swoich poprzednich referatach, również w innych krajach Europy zachodniej. Mam możliwość dodać porównawcze dane również z Białorusi Sowieckiej. Według obszernej pracy docenta Smulewicza, w miastach Białorusi na 1000 mieszkańców umierało na gruźlicę: w r. 1922—3,17, w 1923 r.—2,48, w 1924 — 2,49, w r. 1925 — 1,97, na raka zaś — 0,59, 0,61, 0,69, 0,57. W stosunku do ogólnej liczby zgonów gruźlica była przyczyną śmierci w r. 1922 — w 11,5 %, w r. 1923 — w 15,1 %, w r. 1924 — w 15,2 %, w r. 1925 — w 12,7 %; rak zaś — w 2,1 %, 3,7 %, 4,2 % i 3,6 %. I tutaj więc gruźlica ma tendencję do zmniejszenia się, a rak — do zwiększenia się, przyczem liczba zgonów na gruźlicę 2 — 3 razy przewyższa liczbę zgonów na raka. Co się tyczy różnicy między narodowościami, to wyraża się ona u żydów w mniejszym współczynniku umieralności wogóle, a na gruźlicę w szczególności. W r. 1925 ogólny współczynnik śmiertelności u nie-żydów w całej Białorusi był 18,8%, u żydów — 11,3%, w Mińsku: u białorusinów — 19,5%, u żydów — 12,4%, w Witebsku: u białorusinów 17,4%, u żydów — 10,8%. Na gruźlicę umierało: białorusinów — 2,55%, żydów — 1,22%. Natomiast na raka umierało: białorusinów — 0,46%, żydów — 0,70%.

Więc mimo bardzo ciężkich warunków, w których żyje większa część ludności żydowskiej na Białorusi — należy ona bowiem przeważnie do tak zwanych elementów zdeklasowanych, nie korzystających z żadnych przywilejów proletariatu — śmiertelność wśród żydów wogóle, a na gruźlicę w szczególności jest mniejsza niż wśród nie-żydów. Ale znowu ciekawostką jest, iż na raka żydów umiera znacznie więcej, niż nie-żydów. Jeśli przyjąć umieralność na gruźlicę w r. 1925 za 100, to śmiertelność na raka stanowi u białorusinów 18,0, u żydów zaś — 57,4.

Czy nie rzuca więc jakiegoś światła na te ta-

jemnicze stosunki między rakiem i gruźlicą obserwowany wszędzie fakt, iż wśród żydów właśnie umieralność na gruźlicę jest mniejsza, niż u chrześcijan, nawet w najbardziej ciężkich warunkach życia; że liczba zgonów na gruźlicę u nich ma wyraźną tendencję do zmniejszenia się, podczas gdy liczba zgonów na raka, odwrotnie, ma tendencję do zwiększenia się, i wreszcie, że u żydów, podobnie jak u ludności krajów kulturalnych, umieralność na raka ostatnio przewyższa umieralność na gruźlicę?

O przyczynach stosunkowo mniejszej umieralności żydów istnieje już bogate piśmiennictwo, i każdy z autorów daje inne tłumaczenie.

Jedni tłumaczą to wstrzemięźliwością ludności żydowskiej w używaniu wysokoków, patriarchalnym trybem życia, czystymi obyczajami rodzinnymi, przepisami rytualnymi, większą kulturalnością, częstszym korzystaniem z pomocy lekarskiej i t. d. Inni wskazują na właściwości rasowe, które dają ustrojowi większą odporność w walce z gruźlicą. Lekarz warszawski Lewin naprz. przypisuje duże znaczenie temu, iż wśród żydów przeważają osobniki o ciemnej brunatnej skórze, która lepiej absorbuje promienie słoneczne; te zaś są najsilniejszym wrogiem lasecznika Kocha. Takie zdanie jednak sprzeczne jest z innym zjawiskiem, obserwowanym u innych narodowości. Mianowicie, u włochów i innych narodów południowych, u których przeważają bruneci, większy odsetek gruźliczych przypadków wchodzi właśnie na osobniki o jasnej skórze, a u szwedów i innych narodów północnych, u których przeważają blondyni, największy odsetek gruźliczych przypadków wchodzi na brunetów.

Moim zdaniem, najprawdopodobniejsze byłoby inne tłumaczenie: historyczno-biologiczne. Żydzi, jako naród starożytny, w ciągu swojej tysiącletniej historii zdołali wyrobić w swoim ustroju pewną odporność względem jadu gruźliczego; te zaś osobniki, które się do tego nie przystosowały, wymierały. Ciężkie warunki ekonomiczno-polityczne, życie w miastach, antyhygieniczne mieszkania i słaba konstytucja fizyczna (wąska klatka piersiowa, słabo rozwinięte mięśnie i t. d.), co prawda, dają dyspozycję do zachorowania na gruźlicę już we wczesnym dzieciństwie. Ale wiemy przecież, iż przebyte w dzieciństwie t. zw. zołży, t. j. gruźlica gruczołów chłonnych, właśnie daje pewną odporność względem laseczników gruźlicy. Typ odwrotny do żydów przedstawiają naprz. kirgizi. Jak dowodzą dawne badania Miecznikowa i Tarasewicza, ludność stepów daje dodatni odczyn Pirquet'a w bardzo małym odsetku; to wskazuje, iż jej większa część nie jest zakażona gruźlicą. Lecz gdy tacy kirgizi przenoszą się do Astrachania i stykają się z ludnością miejscową, szybko zachorowują właśnie na ciężkie formy gruźlicy. Podobne zjawisko spostrzegł Drysdale-Anderson (według Kleine) u tubylców Meksyku.

Nie mogę tutaj dłużej nad tem się zastanawiać. W każdym razie trzeba przyznać, iż na mniejszą umieralność żydów na gruźlicę bezwarunkowo wpływa również cały szereg czynników — tych samych, które powodują zmniejszenie się umieralności na gruźlicę u innych narodów kulturalnych.

Georg Wolff w swojej monografii stoi na zupełnie innym punkcie widzenia co do przyczyn zmniejszenia się zgonów na gruźlicę — na punkcie widzenia, różniącym się od tego, który panował dotychczas. Ogólną opinią badaczy było, iż w większych miastach, przeważnie przemysłowych, gdzie warunki mieszkaniowe i warunki pracy są gorsze, niż na wsi i w małych miasteczkach, umieralność na gruźlicę jest największa. Obszerny materiał statystyczny różnych krajów wskazuje jednakże na zjawisko wręcz odwrotne. Zdaniem autora, zmniejszenie się umieralności na gruźlicę zostaje w łączności z rozwojem przemysłu. Dlatego też obserwujemy je w Anglii, Szkocji, Belgii, Danii i w Prusach. Przeciwnie, w Holandii, we Włoszech, Francji, Szwajcarji, Finlandji i Norwegji zmniejszenie się umieralności na gruźlicę nie jest tak znaczne.

Uwagi Georga Wolffa, co prawda, niecałkowicie stosowane być mogą do tłumaczenia faktu zmniejszenia się umieralności na gruźlicę wśród żydów, albowiem udział ich w wielkim przemyśle jest bardzo mały. Te uwagi rzucają jednak pewne światło na przyczyny mniejszej umieralności na gruźlicę w miastach, niż na wsi. Żydzi zaś są par excellence mieszkańcami miast.

Możność szczegółowego badania przyczyn zmniejszenia się umieralności na gruźlicę daje miasto Oslo w Norwegji. Za ostatnie lata obowiązuje tam ustawa, nakazująca meldowanie nie tylko wszystkich zgonów na gruźlicę, lecz również zachorowań. Otóż według Röslego okazuje się, iż w mieście tem zauważono nie tylko zmniejszenie się liczby zgonów, lecz także zmniejszenie się liczby zachorowań na gruźlicę. A wchodziło tu w grę jako czynnik, zmniejszający zachorowanie — oprócz całego szeregu higienicznych środków zapobiegawczych — jeszcze jedno zjawisko, a mianowicie — zmniejszenie się liczby urodzin. A wiadomo przecież, iż dla wieku dziecięcego gruźlica jest najbardziej niebezpieczna.

Otóż możemy przyjąć, iż w zmniejszeniu się śmiertelności tak u żydów, jak u innych narodów kulturalnych oba te czynniki mają duże znaczenie. Z jednej strony pod względem odżywiania, trybu życia, pielęgnowania dzieci i t. d. szerokie warstwy żydowskie przeważnie za ostatnich czasów bardziej dostosowują się do wymagań higienicznych, niż inne narodowości, a z drugiej strony, w ostatnich latach wśród żydów rzeczywiście obserwuje się zmniejszenie się liczby urodzeń — w porównaniu z ludnością nie-żydowską — przynajmniej w Polsce, na Litwie i Białorusi. Co prawda, — jak wskazuje nasz materiał statystyczny za okres wojny — mimo znacznego zmniejszenia się liczby urodzeń w tym okresie śmiertelność na gruźlicę okropnie się zwiększyła. Ale wchodziły tu już w grę inne poważne przyczyny, jak głód i nędza.

Naogół więc przyczyny zmniejszenia się umieralności na gruźlicę, które obserwuje się we wszystkich prawie krajach, są dla nas niewątpliwie wyjaśnione. I nie podlega żadnej wątpliwości, iż przy jednoczesnej pracy państwa, społeczeństwa i nauki uda się z biegiem czasu doprowadzić tę umieralność do *minimum*. W odczytach członków Ligi walki z gruźlicą przed wojną demonstrowaliśmy obraz, przedstawiający postępujący spadek umie-

ralności na gruźlicę w Anglii w ciągu ostatnich dziesięcioleci. Była to linja, stromo idąca w dół, przy której przedłużeniu jeszcze o kilka dziesiątków lat można było dojść do zera. Inaczej mówiąc, wyrażaliśmy nadzieję, iż można będzie się doczekać czasu, gdy gruźlica będzie dawała także minimalne odsetki śmiertelności, jak powiedzmy, odra. Kto wie, może nawet z czasem ustrój ludzki sam wyrobi sobie naturalną odporność względem laszczników Kocha.

Inaczej ma się sprawa, jak już wspomniałem wyżej, z rakiem. Badania nad wyszukiwaniem przyczyn powstawania zachorowań na raka i zwiększenia się śmiertelności nie dały jeszcze poważnych wyników.

Niektórzy autorzy widzą jedną z przyczyn rozpowszechnienia raka w powiększeniu używania mięsa i wogóle produktów białka zwierzęcego. Powstało już na Zachodzie całe piśmiennictwo na ten temat, przeważnie popularne, które wegetarianizm wystawia jako najlepszy środek przeciw rakowi. Również w rosyjskim piśmiennictwie lekarskim jeden z autorów (K o h a n - J a s n y), badacz patologji żydów, także przypuszcza, iż właśnie z powodu większego używania przez żydów mięsa obserwuje się u nich przewagę zachorowań gruczolów wewnętrznej sekrecji i chorób konstytucjonalnych (B a s e d o w, cukrzyca, otluszczenie, dna i t. d.) Ta sama okoliczność — według tegoż autora — jest również przyczyną mniejszej umieralności żydów na gruźlicę i większej umieralności na raka.

Wątpię, żeby takie tłumaczenie było dostateczne do wyjaśnienia zjawiska powiększenia się liczby zgonów na raka, chociaż statystyka rzeczywiście wykazuje, iż używanie mięsa, naprz. w Anglii, znacznie się zwiększyło. W r. 1913 zużyto tam 259.200.000 klg. mięsa, a w roku 1923 — 436.400.000 klg.; wędlin 50.000.000 kg. i 97.000.000. Takie samo zwiększenie używania mięsa za ostatnie lata zauważono we Włoszech i w innych krajach.

Nie bardzo przekonujące jest również przypuszczenie, iż dlatego istnieje pewien antagonizm między rakiem a gruźlicą, że w krajach, gdzie umieralność na gruźlicę jest wysoka, gdzie zbiera ona obfity plon młodych żyć, wielu z pośród zmarłych na gruźlicę, gdyby byli na nią nie chorowali i doczekali wieku starszego, zmarliby na raka. Stronnicy takiego zdania, jak Miklaszewski i inni, powołują się na statystykę Anglii, gdzie umieralność na gruźlicę wciąż się zmniejsza, na raka zaś się powiększa. Jednak statystyka ta, wskazująca na powiększenie umieralności na raka, wywołała w Anglii zrozumiałą niepokój.

Więcej wskazówek dla wyświeślenia przyczyn powiększenia się umieralności na raka dają badania szczegółowe jego l o k a l i z a c j i. W tym celu Miklaszewski opracował materiał szpitalny Rzeczypospolitej Polskiej, obejmujący 2614 przypadków raka różnych narządów. Niektóre wnioski, do których autor dochodził na mocy tego materiału według wieku, płci, narodowości, zawodu i t. d., mają pewne znaczenie dla interesującego nas tu zagadnienia. Miklaszewski sądzi, że rasa wywiera pewien wpływ na częstość i umiejscowienie guzów złośliwych. Tak w układzie trawienia spotykamy stałą przewagę raków u ludności chrześcijań-

skiej nad żydowską, zwłaszcza raków wargi (17% zamiast 3,2%), przełyku i żołądka; natomiast u żydów spotyka się częściej raka: wątroby, jelit i odbytnicy. W układzie rodnym widzimy u żydówek znacznie więcej raków sutki (17,0% zamiast 10,9%), i zaledwie $\frac{1}{3}$ raków macicy w porównaniu z ludnością chrześcijańską. W narządach moczowych raki u żydów są trzy razy częstsze, niż u chrześcijan. Z innych nowotworów spotyka się u żydów kilkakrotnie częściej guzy układu nerwowego.

Niezbitość tych doświadczeń stwierdzili również i inni autorzy i lekarze praktykujący; jednakże przyczyny tego zjawiska nie są dość jasne. Dlaczego, powiedzmy, u żydów raka przełyku i żołądka spotyka się rzadziej, niż u chrześcijan, a wątroby, jelit, odbytnicy częściej? Miklaszewski przypuszcza, iż pierwsze niezawodnie jest w związku z większą wstrzemięźliwością żydów. Ależ wtedy ta sama okoliczność powinna być wpływać zmniejszająco również i na zachorowania na raka innych narządów trawienia. Trudno przecież tłumaczyć częstsze przypadki raka wątroby i t. d. u żydów wyłącznie ich siedzącym trybem życia, jak to czyni Miklaszewski. Większa częstość raka sutki u żydówek zupełnie nie wiąże się z względną rzadkością u nich raka macicy. Jeśli w jednym wypadku, według autora, w zależności od wcześniejszego zawierania związków małżeńskich, znaczniejszej pobudliwości płciowej i t. d., zachodzi częstsze zachorowanie na raka sutki, to nie jest jasnym, dlaczego te same okoliczności nie wpływają również w podobny sposób na macicę?

Naturalnie, dialektycznie wszystko daje się udowodnić, ale budować na tem teorii, naukowo uzasadnionej, i wyciągać z tego praktycznych konsekwencji—dotychczas nie udało się.

Prawdopodobnie pewny jest fakt zależności zachorowań na raka wargi—od palenia tytoniu, przeważnie fajki, i tem się tłumaczy, że u żydów, według materiału Miklaszewskiego, należy rak wargi do wielkich rzadkości: u mężczyzn spotyka się go 6 razy rzadziej, niż u ogółu chrześcijan, u żydówek nie spotyka się go wcale.

Jeszcze w końcu 18 stulecia na to wskazywał Soemmering, a następnie wielu autorów spostrzegało częste zachorowanie dolnej wargi u mężczyzn, palących fajkę. Przeciwnie, kobiety chorują na raka górnej wargi. Pouczający jest przypadek opisany przez Hansemanna. Mężczyzna, który miał zwyczaj, pałać fajkę, trzymać ją na prawej stronie, zachorował na raka dolnej wargi i został operowany. Wtedy zaczął trzymać fajkę na lewej stronie i znowu zachorował na raka lewej części dolnej wargi. Liczkińt stwierdza wpływ używania tytoniu na zachorowanie na raka narządów trawienia na podstawie statystyki Holandji i Anglii. W Holandji na każdego mieszkańca przypada używanie corocznie 2600 gr. tytoniu, w Anglii zaś—660 gr. W Holandji na milion mieszkańców zachodzą 553 przypadki raka żołądka, w Anglii tylko 333. Natomiast na raka sutki w Holandji na 1 milion mieszkańców choruje 108 kobiet, na raka macicy 140, w Anglii zaś 202 i 255.

Wpływ tytoniu na powstawanie raka warg podobny jest do działania węgla lub smoły. Spostrzeżenia na kominiarzach i robotnikach, zatrud-

nionych w fabrykach smoły i jej produktów, już oddawna stwierdziły, iż długoletnia praca w tych zakładach doprowadza często do zachorowania na raka skóry,—widocznie przez podrażnienie tkanek. Tak samo doświadczenia na myszach dowiodły, iż wcieranie im przez dłuższy czas smoły lub smarowanie nią powoduje powstawanie nowotworów skóry. Ale w jaki sposób te produkty działają na skórę, doprowadzając do powstawania raka, nie jest dla nas jasnym, mimo bardzo wielu spostrzeżeń i doświadczeń.

Nie można zupełnie wyłączyć istnienia tu jakiegoś zarazka, który właśnie, dzięki podrażnieniu tkanek przez produkty smoły, znajduje tu podatny grunt dla swego rozwoju. Nie chcę tu się długo zastanawiać nad teorią pasorzytniczą powstawania raka. Wymienię tylko bardzo ciekawe prace Fibiegera, któremu udało się wywołać złośliwe nowotwory u myszy, którym dodawano do pokarmu prusaki, zawierające w jelitach pasorzyta spiroptere. Doświadczenia te były prowadzone na tysiącach myszy, i za każdym razem zwierzęta te zachorowywały na raka żołądka z przerzutami w innych narządach. Wspomnę również, iż w r. 1925 w Londyńskim „Lancecie“ ogłoszone były badania Gaya i Bernarda, którym udało się wydzielić „grupę żyjących jądów“, które przechodzą przez filtr i są widoczne tylko pod specjalnym mikroskopem powiększającym 2.200 razy.

Ze myszy mogą być roznosicielami raka w fabrykach a również w mieszkaniach, potwierdza między innymi ostatni artykuł Prof. Teuschländera, znanego badacza w tej dziedzinie: w jednej z fabryk brykietów stwierdzono u 2-ch myszy nabłoniaka skóry.

Możliwe, iż właśnie taki sam nieznan nam zarazek, którego roznosicielkami, między innymi, są myszy, jest przyczyną spostrzeżonego przez wielu lekarzy zjawiska zachorowania na raka kilku osób, zamieszkałych w jednym mieszkaniu, domu lub rodzinie (mąż i żona, bracia, siostry i t. d.). Naturalnie, muszą temu sprzyjać jeszcze jakieś inne czynniki—długotrwałe drażnienie (przez smołę, węgiel etc.), wiek starczy, może wrodzone anomalje w sensie Coehnheima i t. p. Ze swej praktyki prywatnej mógłbym przytoczyć dziesiątki takich przypadków. Leczyłem naprz. państwa L. w Wilnie. Żona umarła 3 lata temu, a mąż rok temu, oboje na raka przełyku. Dwaj bracia C., którzy mieszkali w różnych domach w Wilnie, umarli w ciągu jakichś 2—3 lat na raka żołądka. Znam rodzinę Sz., w której ojciec umarł na raka przełyku, a córka kilka lat później na raka odbytnicy.

W styczniu tego roku w Towarzystwie Lekarskim w Wiedniu sprawę „Rak i dziedziczność“ referował Bauer, a „Zakaźność raka“ — Ewald. Do żadnych decydujących wniosków autorzy jednak nie przyszli.

Sprawę dziedziczności raka poruszył w swoim artykule prof. F. Bernstein z powodu prac doświadczalnych amerykańskiej autorki Clary Lynch.

Wszystkie te spostrzeżenia i badania—które zmuszony byłem streścić bardzo krótko—noszą mimo ich wysokiej wartości naukowej jakiś charakter mistyczny. Otto Strauss mówi, iż wielu badaczy zagadnienia etjologii raka nie może się

wprost uwolnić od fantastycznych myśli i tonu feljetonowego.

Więc mimo ogromnego piśmiennictwa o raku (dość wskazać na obfitość prac, które kilka razy rocznie referuje w wspomniany Otto Strauss), nie znamy jeszcze dotychczas dokładnie przyczyn tej choroby. Również statystyka zachorowań i umieralności nie wyświetla nam tych momentów, które sprzyjają rozpowszechnieniu raka czy hamują je. Tylko niektóre wskazówki dla zapobiegania nowotworom złośliwym dają wspomniane spostrzeżenia o wpływie tytoniu lub smoły na powstawanie raka.

Jednak, będąc widzami tych ogromnych postępów, które za ostatnie lata osiągnięto w dziedzinie różnych gałęzi techniki i przyrodoznawstwa, możemy być pewni, iż już niedaleki jest czas, kiedy będzie wyjaśniona etiologia raka, jak to ma miejsce z przyczynami innych chorób, które jeszcze do niedawnych czasów były dla nas zupełnie ciemne. Przypominam sobie swoje czasy studenckie. A było to w Moskwie w roku 1886. Młody docent patologii—obecnie jeszcze żyjący znany klinicysta Szerwinski — w wykładzie o błonicy tak nam tłumaczył sposoby jej rozpoznania: jeśli chory umarł, to widocznie była to błonica, jeśli zaś pozostał przy życiu, to prawdopodobnie była to inna forma anginy. Tak zastraszająca była wtedy umieralność dzieci na tę chorobę. Nie upłynęło jednak dziesięć lat, jak ukazały się badania Löfflera, a po nich Behringa, który swą surowicą sprawił, że stały się zbędne tracheotomia i intubacja, a umieralność na dyfteryt uległa znacznemu zmniejszeniu.

PIŚMIENNICTWO.

Freudenberg. Die wirtschaftliche Bedeutung der einzelnen Todesursachen. Z. f. Hyg. 103, I. Statist. Jahrbücher f. d. Deutsche Reich. Berlin 1929. Otto Strauss. Ueber Krebs und Krebsbehandlung. Medizin. Klinik 1930 Nr. Nr. 1, 2,

21, 22, 23, 45 Id. Ueb. Krebs. u. Krebsforschung. Ibid. Nr. 42. Gruszkka. Sociale Probleme der Krebskrankheit. Mediz. Klinik Nr. Nr. 8, 9, 1930. Robert Behla. Berl. Klin. Woch. 1913, p. 882. Die Bewegung d. Bevölkerung in England u. Wales in den Jahren 1913 bis 1920. Deutsch. Med. Woch. 1923, p. 169. Deelman. Die Krebssterblichkeit in Amsterdam in den Jahren 1916—23. Deutsch. Med. Wochenschr. 1923, p. 1563. Georg Wolff. Der Gang der Tuberkulosesterblichkeit u. die Industrialisierung Europas. Leipzig 1926. Rocznik Statystyczny Wilna 1921—1928. Wilno. Magistrat m. Wilna 1930. Rocznik statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej. Warszawa. 1922, 1923, 1924, 1925, 1926, 1927, 1928. Dr. Rozenfeld. Die Tuberkulosestatistik. Völkerbund Hygiene-Organisation. Genf. 1925. Kleiner mann. Ueber d. Verhalten d. Lungentuberkulose bei den Juden. Diss. Basel 1915. L. Cheinisse. La race juive etc. Semaine Medicale 1908. B. Smulewicz. Zabolęwajemost i smiertnost naselenja gorodow i miasteczek B.S.S.R, Minsk 1928 (ros.). G. Lewin. Rola czynnika rasowego w większej odporności Żydów przeciw gruźlicy. Księga pamiątkowa 1-go Krajow. Zjazdu Lek. „Tozu“. Warszawa 1929. Rösle, Die angebliche Lösung der Tuberkulosefrage. Münch. Mediz. Woch. Nr. 6, 1930. Kohan-Jasny. Woprosy biologii i patologii jewrejew, Sbornik III, Wypusk I. Leningrad 1930 (ros.). Mikłaszewski, Próba statystyki w Rzeczypospolitej Polskiej. Warszawa 1926. Fibieger. Ueb. eine durch Nematoden (Spiroptera sp. n.) hervorgerufene papillomatöse. u. carcinomatöse geschwulstbildung im Magen der Ratte. Klin. Woch. Nr. 7 1931. E. Gay. The Aetiology of Malignant new Growth. The Lancet July 18, 1925. Teutschländer. Die Maus als Indikator des Vorhandenseins Karzinogener Noxen in gewerblichen Betrieben u. Wohnhäusern. Deutsch. Med. Woch. Nr. 51. 1930. Kleine. Erfahrungen einer ärztlichen Studienreise nach Ostafrika, Deutsch. Med. Woch. Nr. 5, 1931. Bauer u. Ewald. Münch. Med. Woch. Nr. 6. 1931. F. Bernstein. Ueb. d. Erblichkeit u. Natur d. Krebses. Med. Klinik Nr. 44 1930. C. Szabad. Ruch ludności Żydowskiej (Rodzenie się i umieralność) w Wilnie w okresie lat 1911—1920. Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego. 1927. Zesz. II—III. Id. Rodzenie się i umieralność Żydów w Wilnie w latach 1921—1925. Ibid. 1927. IV—V.

Życiorysy

Ś. P. Dr. Karol Rychliński.

D. 22. III r. b. zakończył pracowity żywot swój znany psychiatra warszawski, Dr. Karol Rychliński, zasłużony zarówno na polu naukowym, jak i na polu społecznym. Jako psychiatra i autor prac naukowych z tej dziedziny, należał ś. p. Rychliński do tych, którzy poszli za kierunkiem anatomicznym w psychiatrii, t. j. dążyli do oparcia i wytłomaczenia cierpień psychicznych na zmianach materialnych w mózgu.

W literaturze psychiatrycznej polskiej ś. p. Rychliński ma duże zasługi, zwłaszcza przez badania nad porażeniem postępującym. Znanie są również jego prace o nowotworach mózgu, natręctwie myślowym i t. p. Obok tego zajął się ś. p. Rychliński sprawą opieki nad umysłowo chorymi i, przewyciężywszy niezmierne przeszkody, stawiane przez ówczesny rząd zaborczy oraz trudność zdobycia środków, założył Towarzystwo opieki nad umysłowo chorymi i stworzył znany zakład dla tych chorych w Drewnicy, stanowiący sam jeden niespożyty zasługę

jego twórcy. Instytucji tej, po opuszczeniu ordynatury w szpitalu św. Jana Bożego, poświęcił się całkowicie i do ostatniej chwili życia był jej Kuratorem.

Od bardzo wielu lat był wielce cenionym w sądach rzeczoznawcą w sprawach o uznanie stanu poczytalności, i tu dzięki swej wiedzy i przekonującej argumentacji niejednego człowieka wybawił od zesłania na Sybir, jak to w przemówieniu nad grobem ś. p. Karola Rychlińskiego zaświadczył mecenas Kijeński.

Po odzyskaniu niepodległości Polski wszedł ś. p. Rychliński do magistratury stolicy i był przez pewien czas wiceprezydentem miasta.

Nadmierna praca wyczerpała siły i zdrowie tego zasłużonego obywatela, dla którego dobro kraju i los nieszczęśliwych psychicznie chorych były najwyższym nakazem.

Wyrazem częściowym uznania dla zasług Jego był pogrzeb przy udziale najszerzych warstw społeczeństwa. Pochowany został na cmentarzu powązkowskim w grobie rodzinnym. Nad grobem przemawiał

Dr. Władysław Bruner imieniem Tow. opieki nad umysłowo chorymi, prof. Dr. Jan Mazurkiewicz imieniem Towarzystwa psychjatrów polskich, niżej

podpisany imieniem kolegów uniwersyteckich, mecenas Kijeński imieniem sfer prawniczych.

Józef Luxenburg (Warszawa).

Wiadomości bieżące.

Ruch służbowy

w Państwowej Służbie Zdrowia za m. marzec 1931 r.

W Zarządzie Centralnym:

mianowani:

Sokolewicz Waclaw, przeniesiony w stan nieczynny ppułk. W. P., Naczelnikiem Wydziału w V st. sł. w Min. Spraw Wewn. dekretem z dnia 18.II.1931 r.

w Państwowych Zakładach Służby Zdrowia:

zwolnieni:

Łopalewski Zygmunt, prow. laborant techniczny w IX st. sł. w Państwowym Zakładzie Higieny w Warszawie, z dniem 31.III.1931 r. dekretem z dn. 27.II.1931 r.

przeniesieni:

Dr. Ruszkowski Mieczysław, ałjunkt w VI st. sł. w Państwowym Zakładzie badania żywności w Warszawie, przydzielony do służby w Państwowym Zakładzie Higieny w Warszawie z dniem 31.III.1931 dekretem z dnia 19.III.1931 r.

we Władzach II instancji:

mianowani:

Dr. Borkowski Wiktor, pracownik kontraktowy w VI gr. upos. w Komisarjacie Rządu m. st. Warszawy, przydzielony do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, do odwołania inspektorem lekarskim w VI st. sł. w Komisarjacie Rządu m. st. Warszawy dekretem z dnia 12.III.1931 r.

we Władzach I instancji:

przeniesieni:

Dr. Augustowicz Henryk, lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowym w Odolanowie, na także stanowisko w dotychczasowym stopniu służbowym do Starostwa Powiatowego w Lesznie dekretem z dnia 25.III.1931 r.

— Ministerstwo Spraw Wewnętrznych podaje do wiadomości, że w roku bieżącym odbędą się następujące kongresy z dziedziny nauk lekarskich:

- 1) Międzynarodowy Kongres Medycyny i Farmacji Wojskowej w Hadze (15 — 20 czerwca 1931 r.),
- 2) Journées Medicales w Brukseli (20—24 czerwca 1931 r.),
- 3) Kongres Królewskiego Instytutu w Glasgowie (4 — 11 lipca 1931 r.),
- 4) Journées Medicales Coloniales w Paryżu (22 — 30 lipca 1931 r.).

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów w Białymstoku, Brześciu n/B., Kielcach, Lublinie, Łodzi, Łucku, Nowogrodzku, Poznaniu, Toruniu, Warszawie i Wilnie, oraz Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

W Dzienniku Ustaw R.P. Nr. 29 poz. 195 zostało ogłoszone rozporządzenie wykonawcze do rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych (Dz.U.R.P. Nr. 38 poz. 382).

Ponieważ rozporządzenie to w § 10 zawiera szczegółowe

postanowienia o sporządzaniu statutów szpitalnych, przeto postanowienia pisma Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z dnia 31 sierpnia 1929 r. Nr. Z.U. 3080 29, które miały na celu ułatwić sporządzanie statutów szpitalnych przed ogłoszeniem rozporządzenia wykonawczego o zakładach leczniczych, stają się nieaktualne i zarządzenia, wydane w tem piśmie, uchylam.

Wskazówki, zawarte w tem piśmie, mogą być nadal użytkowane przy opracowywaniu statutów i regulaminów zakładów leczniczych, jednak tylko o tyle, o ile są zgodne z postanowieniami rozporządzenia z dnia 14 lutego 1931 r.

Co do określonych w tem piśmie załączników do statutów, to rozporządzenie z 14 lutego 1931 r. nie przewiduje obowiązku sporządzania i dołączania takich załączników, jednak jest pożądane, by przy każdym statucie był krótki opis historii i majątku szpitala oraz wiadomości, jakie i gdzie są przechowywane ważniejsze dokumenty, dotyczące szpitala.

Wobec ogłoszenia rozporządzenia wykonawczego o zakładach leczniczych zechcą Panowie Wojewodowie wydać zarządzenia, mające na celu przyśpieszenie akcji opracowywania i zatwierdzania statutów szpitalnych.

Co do podziału szpitala na klasy, należy dążyć do tego, by szpitale publiczne posiadały w miarę możliwości oprócz klasy trzeciej także klasę drugą. Co do tworzenia klasy I-ej to nie powinno to mieć miejsca w takim zakresie, by klasy I-sze w szpitalach utrudniały utrzymywanie się lub powstawanie lecznic z inicjatywy prywatnej. Z reguły w miejscowościach, w których stnieją lecznice, nie należy tworzyć klasy I-ej w szpitalu dla leczenia chorych na takie choroby, na które chorzy zamożni mogą leczć się w lecznicach.

Pozatem klasa pierwsza może być urządzona tylko w takich szpitalach, w których może być wydzielone odpowiednie pomieszczenie dla tej klasy bez istotnej szkody dla potrzeb klas niższych.

W statutach szpitali publicznych, w których będą istnieć klasy wyższe, powinno być postanowienie, że w razie przepełnienia klasy III-ej dyrektor szpitala może umieszczać chorych tej klasy na klasach wyższych w miarę wolnych łóżek na tych klasach za opłatą klasy III-ej.

Co do opłat dodatkowych, jeśli będą one pobierane na klasie I-ej, to opłaty te winny być szczegółowo oznaczone w statucie i należy unikać określania tych opłat w formie „cd... do...”, lecz określać je w sumach ścisłych.

Sławoj Składkowski

Minister.

— Okólnik Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego do Kuratorów Okręgów Szkolnych, Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego, Liceum Krzemienieckiego oraz Dyrekcji szkół średnich ogólnokształcących w sprawie kwalifikacji zdrowotnych kandydatów na wydziały lekarskie Uniwersytetów i do Państwowego Instytutu Dentystycznego.

Badania lekarskie młodzieży akademickiej oraz statystyka zachorowań jej przed i po skończeniu wyższych zakładów akademickich wykazały szczególną częstość zapadań na

zdrowiu wśród młodzieży, uczęszczającej na wydziały lekarskie uniwersytetów i do Państwowego Instytutu Dentystycznego.

W związku z tem i na skutek wystąpień dziekanatów wydziałów lekarskich zechcą dyrekcje szkół średnich ogólnokształcących zażądać od lekarzy szkolnych, ażeby ci, omawiając ze starszą młodzieżą szkolną sprawę wyboru zawodu, czy to na systematycznych lekcjach higieny, czy to podczas luźnych pogadarek, wyjaśniali jej, że zawód lekarski wymaga wyjątkowego zdrowia, zwłaszcza zdrowych płuc i serca, należytej czystości zmysłów, szczególnie wzroku i słuchu.

Maturzyści i maturzystki, nie odpowiadający tym wymaganiom zdrowotnym, nie powinni ubiegać się o przyjęcie na wydział lekarski uniwersytetów lub do Państwowego Instytutu Dentystycznego, jeśli nie chcą w przyszłości przez przerwanie studjów lub wycofanie się z zawodu wskutek choroby ponieść strat materialnych i doznawać rozgoryczenia.

Podsekretarz Stanu
(podpis nieczytelny).

— Wydział Mieszkaniowy Warszawskiego Tow. Higjenicznego urzędu w drugiej połowie maja r. b. instrukcyjny Kurs Mieszkaniowy.

Kurs ten będzie miał za zadanie:

1. Stworzyć propagandę konieczności właściwego mieszkania.
2. Dać pewien zasób wiadomości osobom, które prowadzą pracę instrukcyjną w innym zakresie, odwiedzają przetem mieszkania ubogie i przeludnione (pielęgniarki, kontrolerki sanitarne, pracownicy spółdzielni, opiekunki i opiekunowie domów miejskich i osiedli dla bezdomnych, opiekunowie społeczni).

Osoby te, mając specjalne nastawienie będą mogły wywierać wpływ dodatni na polepszenie bytowania nawet w złych warunkach i na podniesienie poziomu kulturalnego mieszkańców.

Wydział Mieszkaniowy prosi o możliwie szerokie podanie do wiadomości programu wymienionego Kursu i zgłoszenie kandydatów do dnia 10 maja b. r. do Sekretarjatu W. T. H ul. Karowa 31.

Warunki przyjęcia. Wykształcenie ogólne przynajmniej w zakresie 4-ch klas szkoły średniej, opłata w wysokości 5 zł. za cały kurs. W przypadkach wyjątkowych będzie stosowane zwolnienie od opłaty. Do zgłoszenia winien być dołączony krótki życiorys. Pierwszeństwo w przyjęciu na Kurs będą miały osoby, delegowane przez organizacje.

Program Kursu załącza się.

Prezes Wydz. Mieszkaniowego
Inż. Z. Rudolf.

Program

instrukcyjnego Kursu Mieszkaniowego, zorganizowanego przez Wydział Mieszkaniowy W. T. H.

Czas trwania kursu 7 dni.

Dzień I. godz. 5—6. J. Ginett-Wojnarowiczowa. Inspekcja mieszkaniowa i jej cele. Praca inspektorek mieszkaniowych. Godz. 6—7. Dr. Wł. Dobrzyński. Wybór i właściwe użytkow. mieszkania. Godz. 7—8, Inż. Z. Rudolf. Higjenia mieszkań i otoczenia.

Dzień II godz. 5—6. T. Toeplitz. Rola spółdz. mieszk. w budownictwie. Godz. 6—7. Dr. Wł. Dobrzyński. Miasta — Ogrody.

Dzień III godz. 5—6. p. Gondecki. Zakładanie i pro-

wadzenie spółdzielni mieszk. (zasady spółdzielczości. Prtyka zakładania spółdz. mieszk. Główne błędy i sposób ich unikania), Godz. 6—7. St. Tołwiński. Rachunkowość i administracja (ściśłość w rachunkach. Sposoby płatności. Obliczanie kosztów administ. Zarządzanie domem. Godz. 7—8. Seminarjum.

Dzień IV. godz. 5—6. arch. J. Jankowski. Mieszkanie nowoczesne (Sytuacja, racjonalny plan, inwestycje i urządzenia gospodarcze, praktyczne wykończenie). Godz. 6—7. arch. Nina Weinfeld Jankowska. Meble nowoczesne (meble wmurowane, wmcowane, ruhome kombinowane. składane). Godz. 7—8 p. Romanowa lub p. Chmieleńska. Urządzenie racjonalnej kuchni w nowym domu. Unowocześnienie kuchni w starym domu.

Dzień V godz. 5—6. Koło Studjów gospod. domowego. Racion. korzystanie z inwestycji i wszelkich urządzeń sanit (gazu, zlewu, łazienki, ustępu, pal. w piecach, zamki. Utrzymanie podłogi dębowej, malowanej, terrakotowej). Godz. 6—7. J. Ginett-Wojnarowiczowa. Zbiorowe instytucje w domach spółdz. (koła pań, sklepy spożywców, życie gospodarcze, wspólne zakupy, kuchnia centralna, żłobki, przedszkola, ogródki dziecięce, kolonje letnie, kasy wz. pomocy i t. d.) Godz. 7—8. Seminarjum.

Dzień VI godz. 5—6. Pielęgniarka dyplomowana, Unowocześnienie mieszkań w starych domach. Właściwe wykorzystanie mieszkań ze szczególnym uwzględnieniem mieszkań zbiorowych. Godz. 6—7. Mieszkanie w przypadku choroby (izolacja w małym mieszkaniu. Co robić w przyp. gruźlicy, jaglicy, ostrej choroby zakaźnej). Dziecko w małym mieszkaniu. Godz. 7—8. Dr. Kuropatwińska. Rośliny w mieszkaniu i prowadzenie ogródków.

Dzień VII Zwiedzanie wzorowego letniska podmiejskiego.

Wycieczki co dzień w godz. 10—9 12.

1. Spółdzielnia warszawska,
2. Spółdzielnia robotnicza,
3. Osiedle na Zoliborzu,
4. Osiedle „Polus“,
5. Ogródek Jordanowski,
6. Stare Miasto.

—Przed samem zamknięciem numeru otrzymaliśmy Komunikat Polskiego Tow. Szpitalnictwa o drugim międzynarodowym kongresie Szpitalnictwa, mającym się odbyć między 8 a 14 czerwca r. b. w Wiedniu. Bliższe szczegóły podamy w numerze następnym, dziś donosimy, że informacyj udziela i zgłoszenia do d. 10 maja przyjmuje Polsk. Tow. Szpitaln. Widok 23, tel. 771-71 od 5 do 8 wiecz.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

25.IV. Warszawskie Koło Tow. Internistów Polskich

1. A Landau, J. Bauer i W. Hejman: Przypadek gruźlicy prosówkowej.
2. A. Rytel i A. Balińska: Arthropathia tabica.
3. J. Piechowska: Ropień gazowy cuchnący nadczy podprzeponowy? Wyleczony po nakłuciach i lipojodolu.

4. A. Fidler: Przypadek niedokrwistości złośliwej we-wczesnym okresie z lambliozą.

5. Muszkatenblit: Przypadek niezwykłego powiększenia i zniekształcenia sylwetki sercowej pochodzenia prawdopodobnie osierdziowego.

6. A. Landau i M. Goldman: Przypadek kiły trzeciorzędowej leczony neosaprofitanem.

7. A. Fidler: Przypadek kiły układów: ośrodkowego nerwowego, krwionośnego i oddechowego.

25. IV. Polskie Towarzystwo Oto-laryngologiczne.

1. Demonstracja chorych. 2. R. Sinołęcki. W sprawie tonsillektomji. 3. Komunikaty Zarządu. 4. Wolne wnioski.

28. IV. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Wł. Felc. Pokaz preparatów i fotografii typowych i nietypowych przypadków ran postrzałowych samobójczych.

2. W. Grzywo-Dąbrowski. Pokazy krzywych ze statystyki samobójstw.

3. M. Bloch. Klinika zespołu pierwotnego u dorosłych. Gruźlica nawałowa i gruźlica wieku młodocianego.

4. St. Kopczyński. Walka z gruźlicą na terenie szkolnym w Polsce.

5. St. Rudzki. Walka z gruźlicą wśród dzieci i młodzieży w Norwegji.

29. IV. Polskie Towarzystwo Pedjatryczne.

1. Pokazy.

2. L. Hirszfeld: Współczesne zagadnienia dżagnostyki bakterjologicznej.

29. IV. Polskie Towarzystwo Psychjatryczne.

Oddział Warszawski.

1. Bychowski Gustaw — Przypadek lekkiego defektu intelektualnego o charakterze przemijającym (hypothyreosis mitis).

2. Bccowski Gustaw — Przypadek encefalozji z impulsami przestępczymi, zarazem przyczynę do psychoterapii defektów moralnych.

3. Brunowa — Ciekawy przypadek psychozy u 4-letniego dziecka.

4. Dyr. Łapiński — Zaburzenia psychiczne w epilepsji (odczyt).

TREŚĆ: A. STRASZYŃSKI. Z zagadnień nauki o kile wrodzonej, ze szczególnem uwzględnieniem kiły wrodzonej skóry i błon śluzowych. — A. NEUMANN. W sprawie rozpoznania różniczkowego cierpień wątroby, względnie pęcherzyka żółciowego i żołądka, wzgl. dwunastnicy. — J. T. Nowsze prace z dziedziny otologii. (Str. zbior.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — B. GLASS. Korespondencja z Heidelberga. — C. SZABAD. Przyczynę do zagadnienia umieralności na raka i gruźlicę. (Dok.). — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: A. STRASZYŃSKI. Les problèmes de la syphilis congénitale avec mention particulière de la syphilis de la peau et des membranes muqueuses. — A. NEUMANN. A propos du diagnostic différentiel des maladies du foie resp. du sac biliaire et de l'estomac resp. du duodénum. — J. T. Les récents travaux otologiques. (Rev. gén.) — C. SZABAD. Contribution au problème de la mortalité de cancer et de tuberculose. (fin).

WARUNKI PRENUMERATY:

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

CENY OGŁOSZEN:

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

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

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

Administracja Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego mieści się w drukarni „SIŁA“, Marszałkowska 71, tel. 334-48

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

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

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