

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 X

WARSZAWA, 10 SIERPANIA 1933 R.

Nr. 31-32

Dr. STANISŁAW KOPCZYŃSKI

Wspomnienie pośmiertne.

Dnia 11 lipca 1933 r. zmarł dr. med. Stanisław K o p c z y ń s k i, neurolog, organizator i pionier higieny szkolnej w Polsce, wybitny lekarz i zasłużony działacz społeczny.

Urodził się d. 10 stycznia 1873 r. w Płońsku na Mazowszu. Gimnazjum ukończył w Płocku w r. 1892 ze złotym medalem, wydział lekarski zaś w Uniwersytecie Warszawskim w r. 1897 *cum eximia lauda*. Po otrzymaniu dyplomu lekarskiego wstąpił do kliniki terapeutycznej prof. S z c z e r b a k o w a przy szpitalu Dzieciątka Jezus (na placu Wareckim), w następnym zaś roku 1898 wyjechał zagranicę do klinik uniwersyteckich w celu uzupełnienia swego wykształcenia lekarskiego. Pół roku spędził w Wiedniu na wykładach prof. K r a f f t - E b i n g a, W a g n e r v o n J a u r e g g a, N o t h n a g l a, O b e r s t e i n e r a, K a p o s s i e g o i N e u m a n n a, M o n t i e g o i N e u s s e r a, a obrawszy sobie wreszcie jako specjalność choroby nerwowe, przeniósł się do Berlina, do prof. O p p e n h e i m a, pod którego kierunkiem wykonał pierwsze swoje prace naukowe w zakresie neurologii.

Po powrocie z zagranicy wstąpił początkowo na oddział dra Teodora D u n i n a, a następnie przeniósł się do szpitala Ś-go Ducha do kliniki chorób nerwowych prof. S z c z e r b a k a. Na wszystkich tych stanowiskach pozostawił po sobie ślady w postaci prac naukowych, a mianowicie ogłosił:

1) z kliniki terapeutycznej: „Przyczynę do stosowania promieni Roentgena przy rozpoznawaniu chorób wewnętrznych“, Medycyna 1898. 2) z polikliniki prof. O p p e n h e i m a w Berlinie: „Bezład dziedziczny czyli choroba F r i e d r e i c h a“ (Ataxia hereditaria s. morbus Friedreichi). Medycyna 1899. 3) z laboratorium prof. H. O p p e n h e i m a w Berlinie: „Zur Kenntnis der Symptomatologie und pathologischen Anatomie der Lues cerebri“. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Band XX. 4) „Przyczynę do symptomatologii i anatomii patologicznej przymiotu mózgu, oraz słów kilka o t. zw. „Pseudoparalysis luetica“. Medycyna 1899. 5) „Nerwowość i lektura“. Krytyka lekarska 1899; z oddziału chorób nerwowych w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie: 6) „Przypadek nerwicy ruchowej o charakterze tików (tics consulsifs), z niezwykle zaburzeniem mowy“. Gazeta Lekarska 1900. 7) „Kilka słów o hemiatetozie z powodu przypadku hemiatetozy w następstwie porażenia mózgowego dziecięcego“. Medycyna 1900. 8) „Casuistische Beiträge zur Kenntnis der Geschwülste und Abscesse des Gehirns“. Zeitschrift

für Klin. Mediz. 46 Bd. 9) z pracowni dra med. E. F l a t a u a w Warszawie: „Badania doświadczalne z zakresu anatomii i fizjologii tylnych korzeni nerwów kręgowych“. 10) „O porażeniach Brown - Séquard'a (Spr. z X Zjazdu Lek. i Przyr. Pol. 1907. 11) „Dwa przypadki jednostronnego uszkodzenia znacznej liczby nerwów czaszkowych“. Gazeta Lek. 1907. 12) „O porażeniu Brown - Séquard'a ze stanowiska klinicznego i anatomopatologicznego. Medycyna 1908. 13) „W sprawie wskazań do trepanacji paliatywnej w przypadkach cierpień mózgowia. Medycyna 1910. 19) „Praca umysłowa a zawód lekarski“. Medycyna 1912. 20) „Przypadek izolowanej niemoty zmysłowej (aphasia sensorialis) z zachowaną zdolnością czytania“. Gaz. Lekarska 1909.

Ponadto ogłosił cały szereg pokazów z dziedziny neuropatologii sam oraz wspólnie z innymi neurologami i chirurgami.

W r. 1928 był wybrany na przewodniczącego Warszawskiego Towarzystwa Neurologicznego.

Drugą dziedziną działalności zmarłego dra Stanisława K o p c z y ń s k i e g o była higiena szkolna. Zachęcony do tej pracy przez niezapomnianego higienistę Stanisława M a r k i e w i c z a, K o p c z y ń s k i w roku 1900 objął po nim stanowisko lekarza szkolnego w wielkiej szkole Zgromadzenia Kupców przy ul. Waliców im. W a w e l b e r g a i R o t w a n d a i, korzystając ze sprzyjających okoliczności, postawił od razu sprawę na wysokim poziomie. Szkoła Zgromadzenia Kupców szybko zastąpiła w kraju, jako wzór pod względem zarządzeń higienicznych. Liczne delegacje z kraju i zagranicy przyjeżdżały specjalnie zapoznawać się z tą szkołą. W r. 1905 jako członek zarządu Macierzy Szkolnej K o p c z y ń s k i stworzył dział opieki lekarskiej nad szkołami Macierzy. W r. 1906 zakłada Koło Lekarzy Szkolnych przy Stowarzyszeniu lekarzy polskich, do którego należało już około dwudziestu lekarzy szkolnych. Po zamknięciu stowarzyszenia przez władze rosyjskie K o p c z y ń s k i utworzył sekcję higieny szkolnej w Towarzystwie Higienicznym. Po wyjściu rosyjskim z Warszawy zorganizował opiekę higieniczno-lekarską nad szkołami powszechnymi w stolicy i osiągnął niebywałą dotąd rzecz, że każda szkoła w Warszawie miała własnego lekarza. Liczba lekarzy szkolnych wzrosła do setki.

W roku 1917 K o p c z y ń s k i został mianowany przez Marszałka Koronnego Tymczasowej Rady Stanu członkiem Departamentu oświecenia

publicznego. Odtąd zaczyna się płodna i twórcza praca Jego, jako higienisty, na stanowisku urzędowym w odrodzonym Państwie Polskim. Przystępuje do organizowania opieki higieniczno - lekarskiej nad szkołami na całym obszarze Rzeczypospolitej. Minister Dr. W. Chodźko powołuje Go na stanowisko naczelnika Wydziału higieny szkolnej w Departamencie Służby Zdrowia, później w Ministerstwie Zdrowia. W tymże charakterze przechodzi następnie do Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego. W r. 1926 zostaje naczelnym wizytatorem higieny szkolnej i obowiązki te pełni do końca życia.

W celu nadania pracy lekarzy szkolnych kierunku naukowego i podtrzymania wśród nich zapału ideowego K o p c z y ń s k i urządzał miesięczne posiedzenia, z których obszernie sprawozdania systematycznie ogłaszał w „Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim”.

Opieka lekarska nad szkołami, ta systematyczna ingerencja lekarza higienisty w różne dziedziny życia szkolnego, nawet wglądanie w program nauczania i rozkład godzin pracy nie znajduje wśród ciała nauczycielskiego, a zwłaszcza sfer urzędowych należytego uznania. Redukcje lekarzy, ograniczanie ich kompetencji, redukcje godzin ich pracy, a co zatem idzie — zmniejszanie wydatków na opiekę lekarską jest u nas zwykłym zjawiskiem niezależnie zupełnie od partji, która w rękach swoich ster trzyma. Z wielkim wysiłkiem i grą kompromisową udało się K o p c z y ń s k i e m u jako tak o podtrzymać egzystencję wydziału higienicznego, skazanego na rolę kopcuszka w Ministerstwie. Zrezygnował *volens nolens* z godności naczelnika wydziału higieny szkolnej i zgodził się na skromniejsze stanowisko „naczelnego wizytatora higieny szkolnej”, byleby dalej czuwać nad szkołami i nie dać sprawie zamarzeć całkowicie. Robił, co mógł, zrobił bardzo wiele, i nikt nie zrobiłby więcej. Czego nie wyborył drogą urzędową, to starał się osiągnąć osobistym wpływem i przesądzeniem w innych wiary w dobro swego posłannictwa.

Praca literacka K o p c z y ń s k i e g o w zakresie higieny szkolnej jest olbrzymia. Wymienimy najważniejsze publikacje:

1) Znaczenie higieniczno - wychowawcze perjdycznych oględzin lekarskich młodzieży szkolnej. X Zjazd Lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie. 2) Udział niektórych instytucji publicznych w sprawie wychowania higienicznego. „Czasopismo Lekarskie” 1902. 3) Ocena programu ministerjalnego ze stanowiska higienicznego. Przegląd pedagogiczny 1919. 4) Nerwowość u dzieci. (Przejawy, przyczyny i zapobieganie). Warszawa 1914. 5) Wskazówki do badań higieniczno - szkolnych. Wydawnictwo Wydziału Opieki Państwowej nad Dzieckiem i Matką. Referat higieny szkolnej. 1918. 6) Stanowisko i zadanie lekarza szkolnego. Przegląd pedagogiczny 1900. 7) Stan zdrowia uczniów Warszawskiej Siedmioklasowej Szkoły Handlowej w świetle cyfr. „Zdrowie” 1901. 8) Zakłady naukowe dla dzieci słabiej rozwiniętych t. zw. szkoły pomocnicze. Przegląd Pedagogiczny 1901. 9) Urządzenia higieniczne we wzorowych szkołach w Szwajcjarji i Niemczech. „Zdrowie” 1902. 10) Nerwowość młodzieży szkolnej. „Zdrowie” 1903. 11) Lekarze szkolni na prowincji. „Czasopismo Lekarskie” 1903. 12) Znużenie. „Muzeum” 1903. 13) Alkoholizm wśród dzieci i walka z nim. „Przegląd Pedagogiczny” 1905. 14) Higjena i szkoła. „Lekarz” 1905. 15) Opieka lekarska nad szkołami. „Medycyna w Samorządzie”. 1906. 16) Stan współczesny higieny szkolnej w Królestwie Polskiem. „Sprawy Szkolne” 1908. 17) Nerwowość a szkoła. Przyczynek do sprawy samobójstw wśród młodzieży szkolnej. „Wychowanie w domu i szkole” 1909. 18) Szkice higieniczno wychowawcze. Warszawa 1910. 19) Przy-

czynek do badań psychologicznych nad młodzieżą szkolną. „Wychowanie w domu i szkole”. 1914. 20) Rola lekarza powiatowego w dozorcze higieniczno - lekarskim nad szkołami. Warszawa 1918. 21) Co samorzady dla spraw higieny szkolnej zrobiły, a co zrobić powinny. Warszawa 1918. 22) Szkoła jako czynnik wychowania fizycznego. „Przegląd Pedagogiczny” 1918. 23) Alkohol w wychowaniu dzieci i młodzieży. „Trzeźwość” 1920. 24) Co mówią cyfry w sprawie przecięcia młodzieży w szkołach? „Przegląd Pedagogiczny” 1920. 25) Tematy higieniczne w podręcznikach szkolnych. „Bibliografja Pedagogiczna”, 1921. 26) Rozporządzenia i okólniki w sprawach higieny szkolnej i wychowania fizycznego za lata 1918—1928. 27) Zdrowie dziatwy szkół powszechnych w Polsce. 1929.

Pozatem K o p c z y ń s k i był współpracownikiem Encyklopedji Wychowawczej, w której umieszczał liczne artykuły.

Dziełem monumentalnym są jego podręczniki higieny szkolnej:

W r. 1906 wydał wespół z dr. B. H a n d e l s m a n e m przekład „Zasad higieny szkolnej O. J a n k e g o, a w roku 1921 wielki podręcznik zbiorowy p. t. „Higjena szkolna”, obejmujący 819 stron.

Zaledwie przed kilku dniami wyszło z druku nowe wydanie „Higjeny Szkolnej” przerobione i uzupełnione, ozdobione licznymi rysunkami. Jest to synteza 30-letniej działalności K o p c z y ń s k i e g o na polu higieny szkolnej. Nie ujrzał już tej monumentalnej swej pracy. Zmarł niespodziewanie w Wiśle, gdzie przebywał na wywczasach letnich, tam, zgodnie z swą wolą, pochowany został dnia 13 lipca 1933 r.

K o p c z y ń s k i kierował się w pracy swej naukowej zasadą, którą wypowiedział w broszurze „Praca umysłowa a zawód lekarski”, mianowicie: „Twierdzę, że pracując choćby niewiele, lecz umiejętnie, celowo a ciągle, osiągnąć można bardzo wiele”. Pracował on istotnie umiejętnie, planowo i ciągle, wskutek czego osiągnął tak wiele.

K o p c z y ń s k i był członkiem Stałego Komitetu międzynarodowych kongresów higieny szkolnej, był niejednokrotnie delegowany zagranicę w celu zwiedzenia wzorowych urzędów szkolnych w Niemczech, Szwajcjarji, Belgji, Holandji i Anglji i spostrzeżenia swoje ogłaszał w druku.

Owoce kilkunastoletniej pracy K o p c z y ń s k i e g o w Ministerstwie Oświecenia jest tom, wydany pod tytułem: „Rozporządzenia i Okólniki w sprawach higieny szkolnej i wychowania fizycznego”. Większości tych zarządzeń, podpisanych przez różnych ministrów, był wyłącznym autorem, znacznej części współautorem, innych wreszcie inspiratorem. Zmieniło się dwudziestu paru ministrów oświecenia, a że kierownik działu higieny szkolnej pozostawał ten sam, więc robota szła. Sprawiała Mu ona zawsze dużą przyjemność, „znacznie większą, niż subtelne rozpoznawania neurologiczne z bardzo skromną terapią”. „Wiadomo mi, że na owoce tych zarządzeń trzeba jeszcze czekać, lecz ziarna rzucone już kiełkują i to licznie. Wszak chodzi tu o pokolenie przyszłe — o poprawę rasy”. (słowa K o p c z y ń s k i e g o w liście do piszącego to wspomnienie).

Przed trzema laty K o p c z y ń s k i obchodził trzydziestolecie swej pracy na polu higieny szkolnej, został wtedy odznaczony komandorją orderu Polonia Restituta; poprzednio otrzymał odznakę Officier de l'Instruction Publique. Jubilat był już chory na ciężką sprawę układu krążenia, która przedwcześnie przecięła pasmo jego pracowitego i tak pożytecznego życia dla Państwa

i społeczeństwa. Niełatwo będzie znaleźć człowieka, który włoży w tę pracę tyle ducha i szczerego umiłowania przedmiotu, co K o p c z y ń s k i.

W Towarzystwie Lekarskim Warszawskim złożył fundusz, przeznaczony na nagrody za prace z zakresu higieny szkolnej.

W życiu prywatnym i koleżeńskim cechowała K o p c z y ń s k i e g o prawość, szczerą życzliwość dla Kolegów i duża wyrozumiałość. Do polityki się nie mieszał, przeto wrogów nie miał.

Cześć Jego świetlanej pamięci!

W. K n a p p e.

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Z Oddziału Zakaźnego Miejskiego Szpitala na Radogoszczu w Łodzi.

(Ordynator: Dr. med. M. Wolfson).

Biologia, patologia i klinika włośnicy.

Podał

Dr. med. Juljusz KOKOTEK (Łódź).

Zakażenie człowieka następuje przez spożycie mięsa, zawierającego otorbione włośnie. Pod wpływem działania soku żołądkowego torebka ulega strawieniu, włośnie zaś zostają wyzwolone. Znalazłszy się w jelicie cienkim w warunkach korzystnych, w ciągu 2 — 3 dni rozwijają się, i jako dojrzałe płciowo robaki kopulują z sobą. Z zapłodnionych jaj powstają w macicy płody, które po 4 — 8 dniach od chwili kopulacji zostają kolejno żywo urodzone. Liczba młodych włośni, zrodzonych przez jedną samicę, oblicza się na tysiące; wg. L e u c k a r t a 1 włośnia wydaje na świat 1500 osobników, wg. P a g e n s t e c n e r a nawet kilka tysięcy.

Dawniej przypuszczano, iż młode włośnie roszą się do światła przewodu pokarmowego, nigdy jednakże nie udawało się wykryć ich w treści jelitowej. Nowsze badania wykazały, iż samce wkrótce po akcie płciowym giną, zaś zapłodnione samice układają się dokoła kosmków jelitowych i krypt i po uniesieniu nabłonka przenikają do warstwy właściwej błony śluzowej. W ten sposób zapłodnione samice zostają zabezpieczone przed szkodliwym dla nich ruchem perystaltycznym jelit oraz chemicznym działaniem treści jelitowej. Młode włośnie zostają następnie wydalone bezpośrednio do przestrzeni limfatycznych kosmka. Tutaj rozpoczyna się wędrówka młodych, kończąca się wtargnięciem robaków do mięśni prążkowanych. Mechanizm, dzięki któremu włośnie osiągną mięśniówkę, stanowił przez dłuższy czas kwestję sporną. Wg. najstarszego poglądu L e u c k a r t a i V i r c h o w a młode włośnie dostają się z przewodu pokarmowego do mięśni prążkowanych dzięki czynnej wędrówce poprzez tkankę łączną wiotką. Liczne jednak momenty, jak obecność młodych włośni w drogach limfatycznych i gruczołach krezkowych oraz szybkość, z jaką młode włośnie przechodzą z jelita do mięśni, wskazywały na propagację włośni drogą krwi. Niezbitego dowodu dostarczył S t ä u b l i, który przy pomocy swej metody wykazał obecność młodych włośni w krwi krążącej. Młode włośnie dostają się z prądem chłonki do przewodu piersiowego, a stąd do krwiobiegu, gdzie można je stwierdzić w dużych ilościach między 8 a 25 dniem od chwili zakażenia. Uniesione z prądem krwi do mięśni prążkowanych, młode włośnie przenikają przez ściany naczyń włosowatych do tkanki łącznej i stąd natychmiast do pęczka pierwotnych włókienek mięsnych. W mięśni włośnie rozrastają się i ulegają skręceniu. Dokoła pasorzytów tworzy się otoczka myogen-

na, zaś po 2 — 3 miesiącach od zakażenia osłonka łącznotkankowa, która ulega potem zwyrodnieniu szklistemu i stopniowo inkrustuje się solami wapnia. Przeważna liczba młodych włośni prowadzi w ciągu dziesiątków lat wewnątrz zwapniałej torebki życie utajone w stanie nieszkodliwej symbiozy. Organizm gospodarza nie jest jednakże całkowicie bezsilny wobec intruzów mięśniowych. Część pasorzytów ginie wskutek działania obronnych sił ustroju. Śmierć może nastąpić również wewnątrz torebki wapniowej; miejsce robaka i jego torebki zajmuje wówczas tkanka łączna, która bliznowacieje. Proces ten został nazwany przez O s s i p o w a eliminacją włośni.

Liczba włośni w mięśniach prążkowanych człowieka może dochodzić do 100 milionów. Ta ogromna liczba staje się zrozumiała, jeśli wziąć pod uwagę fakt, iż w jednym gramie mięsa wieprzowego znajdowano 10 — 12000 włośni.

Nie należy jednak przypuszczać, że wszystkie włośnie dostają się z prądem krwi do kapilarów mięśni prążkowych, jakkolwiek dzieje się to rzeczywiście z przeważną liczbą młodych włośni. Młode trychinelle znajdują się również poza układem krążenia i daleko od mięśni szkieletowych. W tym przypadku noszą one nazwę zabłąkanych. Wtargnięcie włośni do innych narządów jest dla nich niekorzystne ze względu na brak odpowiedniego podłoża. Już V i r c h o w stwierdzał obecność młodych trychinelli w płynie z osierdzia i otrzewny, L e u c k a r t w wysięku opłucnowym, van C o t t i inni w płynie mózgowordzeniowym. Małe krwawienia w tkance płucnej i opłucnie tłumaczył A s k a n a z y taką właśnie błędną wędrówką pasorzytów. W 1897 r. G r a h a m stwierdził u zwierząt doświadczalnych zapalenie mięśnia sercowego, co potwierdził w swoich doświadczeniach S t ä u b l i; u ludzi zaś ogniskowe zapalenie mięśnia sercowego wykazali H ü b n e r, K n o r r i G r u b e r. Przyczyną tych zmian jest przenikanie i wtargnięcie młodych włośni do mięśnia sercowego. W 1906 r. doniósł poraz pierwszy F r o t h i n g h a m C h a n n i n g o wywołanem przez zabłąkane włośnie ogniskowym zapaleniu mózgu. W 1912 r. G r u b e r i K n o r r stwierdzili na sekcji silne podrażnienie opon, w 1926 r. G a m p e r i G r u b e r zapalenie mózgu i opon mózgowych, to samo H a s s i n i D i a m o n d w Chicago. We wszystkich tych przypadkach ze zmianami anatomicznymi w układzie nerwowym znajdowano pośredku nacieczeń pozanaczyniowo leżące młode włośnie. H e r r e n s c h w a n d, badając histologicznie oczy osobnika, zmarłego na włośnicę, wykazał włośnie nie tylko w mięśniach oka, ale poraz pierwszy znalazł sześć młodych trychinelli w ogniskowo ułożonych zmianach zapalnych siatkówki.

Należy podkreślić, że na zwierzętach nigdy nie

udawało się wywołać zmian w układzie nerwowym i siatkówce, dlatego też stwierdzenie młodych włośni w narządach tych u ludzi stanowi doniosły postęp w zrozumieniu patologii włośnicy. Zabłąkane młode włośnie stają się przyczyną ciężkich, często śmiertelnych powikłań. Zdaniem Grubera, powikłania owe są prawdopodobnie wywołane przez obumierające trychinelle, co można wnioskować z faktu, iż wybitne odczyny zapalne w mięśniach powstają dokoła świeżo obumarłych robaków.

Jako przyczynę wędrówki młodych włośni do mięśni podaje się powszechnie czynnik natury mechanicznej, którego działanie ma być następujące. Mięśnie prążkowane stanowią jedyną tkankę, kurczącą się nagle i silnie, tak, że naczynia włosowate, umieszczone między włóknami, doznają intensywnej i powtarzającej się kompresji, która jest w stanie wycisnąć krążące włośnie z kapilarów do mięśni. Jednakże przeciwko istnieniu czynnika mechanicznego przemawiają ważne dane. Młode włośnie przechodzą wszak nie tylko z naczyń mięśniowych, ale także z kapilarów mózgu, opon, jam surowicznych i t. d., gdzie o tego rodzaju mechanizmie nie ma mowy. Stwierdzono doświadczalnie, iż zdolność wtargnięcia do włókien mięsnych zachowują młode włośnie również w stosunku do mięśni porażonych, które zatraciły cechę kurczliwości, przyczem inwazja ta osiąga b. znaczny stopień. Najprawdopodobniej młode włośnie ulegają jedynie wpływowi chemotaktycznym, gdy tylko dostają się do sieci naczyń włosowatych mięśni prążkowanych. Wyjście z kapilarów i wtargnięcie do mięśni stanowi skutek jednego tylko procesu: czynnych ruchów młodych włośni w polu działania chemotaktycznie działającej substancji.

Według teorii Askanazyego liczne pasorzyty wykazują skłonność do osiadania w takich tkankach, które zawierają te same ciała chemiczne, co ustroj robaka. Zjawisko to nazwał Askanazy fenomenem chemicznego homologonu. Flury, opierając się na teorii Askanazyego, wziął pod uwagę glikogen, zarówno bowiem włośnie, jak i mięśnie wykazują obecność tej substancji. Zdaniem Fluryego glikogen stanowi owo ciało chemiczne, niezłomne dla rozwoju i wzrostu trychinelli, i dlatego też młode włośnie osiadają w takich mięśniach, które substancję tę zawierają w największym stężeniu. Badania doświadczalne, przeprowadzone w zakładzie Doerrera w Bazylei, wykazały, iż glikogen nie stanowi owego ciała, dodatnio chemotaktycznie działającego na krążące we krwi włośnie. Pozbawiony azotu glikogen z pewnością nie stanowi jedynej substancji potrzebnej włośni, powiększającej się w ciągu 10 dni kilkakrotnie. Należy liczyć się z bardziej prawdopodobną potrzebą pokarmu białkowego, który trychinella czerpie z rozpadu włókien mięsnych. Wreszcie dowodem, obalającym hipotezę Fluryego, jest fakt stwierdzenia mniejszej ilości glikogenu w mięśniach najbardziej czynnych, jak przepona, mięśnie żwacze, międzyżebrowe, języka, krtań i t. d., które z reguły są najsilniej zainfekowane. Wg. Doerrera ową substancję chemotaktyczną prawdopodobnie stanowią produkty przemiany glikogenu, które powstają podczas pracy mięśni. W świetle tej teorii staje się zrozumiały fakt osiadania włośni w mięśniach najbardziej czynnych, ponieważ w tkankach tych tworzą się bezustannie wskutek intensywnego zużywania glikogenu znaczne ilości produktów przemiany, działających chemotaktycznie. Koncepcja ta zyskuje wiele na przekonującej mocy, jeśli wziąć pod uwagę, iż cia-

ło chemotaktyczne musi przenikać z mięśnia przez ścianę naczyń włosowatych, aby zetknąć się z krążącymi we krwi włośniami. Fizjologia nie udowodniła dotąd możliwości przejścia glikogenu do krwi, natomiast jest rzeczą stwierdzoną, iż właściwość tę posiadają, jako ciała lekko dyfundujące, produkty przemiany glikogenu (kw. mlekowy i inn.).

Dotychczas nie udało się wyodrębnić chemicznie substancji chemotaktycznej, pewnym jest jednak, iż migracja młodych włośni pozostaje w związku z przemianą wodoranów węgla w ustroju.

Początkowo tłumaczono objawy, występujące w przebiegu włośnicy, zacopowaniem naczyń włosowatych przez młode trychinelle, jednak teorię tę, jako niewystarczającą, zarzucono. Ze względu na podobieństwo obrazu chorobowego ze stanem zatrucia starano się wyjaśnić symptomatologję włośnicy toksycznym wpływem włośni i ich przemiany na ustroj gospodarza. Jest zasługą Fluryego i Grolla wykazanie, że w mięśniu włośniczym powstają silnie miejscowo drażniące substancje, które chemicznie określono, jako lotne kwasy tłuszczowe, kw. mlekowy i ciała pokrewne purynom. Ciała toksyczne należą do grupy farmakologicznej kofeiny, działają podobnie do kuraryny i posiadają zdolność przechodzenia do moczu, gdzie stają się przyczyną odczynu dwuazowego. Zmiany miejscowe w mięśniu tłumaczy Flury nagromadzeniem kwaśnych substancji, zaś obrzęki uzależnia od nukleoproteidów. Pozatem znaleziono w wyciągu mięśniowym składniki, podnoszące ciepłotę, które prawdopodobnie należą do grupy puryn.

Nie ulega wątpliwości, że ciała chemiczne, które tworzą się wskutek procesów życiowych pasorzytów, posiadają ogromne znaczenie w patologii włośnicy. Według Doerrera nie należy jednak ujmować wszystkich zjawisk, począwszy od wtargnięcia włośni do mięśni prosto jako wynik działania toksycznego lub jako odczyn na bodźce, wywołane przez ciała obce. Zatarcie prążkowania, rozpad ziarnisty, rozpuszczenie owłókni mięśniowej sprawiają raczej wrażenie proteolitycznego trawienia, wywołanego przez fermenty pasorzyta. Tego rodzaju ogniska trawienia, działające miejscowo toksycznie, wywołują lokalne odczyny — we włośnicy w postaci tysiącznych ognisk zapalnych. Na podstawie studjów morfologicznych wiemy jednak, że młode włośnie nie przenikają wyłącznie do mięśni, ale wywędrowują do wszelkich narządów, gdzie giną i wywołują znaczne odczyny wskutek wrażliwości tkanek ludzkich na produkty rozpadu obumarłych włośni. W wyniku summacji licznie rozsianych ognisk, wywołanych przez robaki, powstaje obraz ciężkiej choroby, w której na czoło wysuwają się objawy schorzenia mięśni, następnie mózgu, opon, serca, płuc, oskrzeli i oczu. Dopiero po otorbieniu włośni w mięśniach i po zwalczeniu zabłąkanych młodych włośni ustaje drażnienie ustroju gospodarza, i ostra choroba zostaje opanowana.

W epidemji łódzkiej, która według danych, ustalonych przez władze sanitarne, objęła około 40 osób, mieliśmy możność obserwowania w roku ubiegłym na Oddziale Zakaźnym Miejskiego Szpitala Powszechnego na Radogoszczu 7 chorych na włośnicę, w tem 6 kobiet i 1 mężczyznę w wieku od 1. 19 do 53, pochodzących z 4 rodzin. Przebieg kliniczny był w 3 przypadkach ciężki, w pozostałych łagodny; zejście sprawy we wszystkich przypadkach pomyślne. Włośnica została

stwierdzona w 1 przypadku przez wykazanie drobnowidowe trychinelli w wycinku z mięśnia dwugłowego, w reszcie przyp. klinicznie i epidemjologicznie. W poniższym opracowaniu kliniki włośnicy wykorzystaliśmy oprócz spostrzeżeń własnych dostępną nam literaturę przedmiotu.

Wczesne objawy włośnicy są bardzo nieokreślone i niewyraźne. Chorzy skarżą się na złe samopoczucie, dreszcze, zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego. Objawy żołądkowe, jak mdłości, odbijanie i wymioty w formie odosobnionej występują b. rzadko, przeważnie dominują objawy jelitowe w postaci biegunki. Przyczynę biegunki stanowi podrażnienie ściany przewodu pokarmowego pierwotnie wskutek obecności włośni w świetle jelita, potem wskutek procesu rozmnażania, odbywającego się w kosmkach. Skłonność do biegunki może pozostać na cały przeciąg trwania choroby, zdarza się jednak również zaparcie, jako prawdopodobny skutek pozycji leżącej i niedostatecznego odżywiania. Jednocześnie ze zjawieniem się biegunki występuje podniesienie się ciepłoty, początkowo w granicach nieznacznych. W 2 — 3 dniu po zakażeniu zjawiają się charakterystyczne objawy t. zw. porażenia mięśniowego. Termin ten został wprowadzony przez K r a t z a dla oznaczenia słabej sprężystości mięśni i wrażenia silnego rozbicia i znużenia, które przypomina swoiste uczucie po nadmiernych wysiłkach fizycznych. Nasi chorzy określali bóle te, jako grypowe. Objawy porażenia mięśniowego należy tłumaczyć działaniem jądów, wydzielanych przez włośnie jelitowe lub powstałych z torebki przy jej trawieniu, w odróżnieniu od zaburzeń mięśniowych późniejszych, spowodowanych przez wtargnięcie młodych włośni do mięśni. Uczucie osłabienia i rozbicia mięśniowego towarzyszy zazwyczaj biegunce i po jej zniknięciu również ustępuje. Do wczesnych objawów należy zaliczyć także obrzęki powiek i twarzy, które zjawiają się od 7 dnia choroby.

Po ustąpieniu dokuczliwych zaburzeń jelitowych, uczucia niezwykle męczącego znużenia, po spadku ciepłoty, samopoczucie poprawia się, i pacjenci czują się zupełnie uzdrowieni, ale tylko do czasu inwazji młodych włośni do mięśni. Po krótkotrwałej przerwie zjawia się znów wysoka ciepłota, dochodząca do 40° — 41°, krzywa przybiera charakter *febris continua*, (jak w jednym z naszych przypadków), bądź *febris remittens*; w przypadkach poronnych i u dzieci ciepłota może nie przekraczać normy. Okres trwania gorączki bywa rozmaity, cięższe są jednak te przypadki, w których wysoka ciepłota utrzymuje się przez czas dłuższy.

Na czoło objawów wysuwają się zmiany mięśniowe. Zawsze spostrzega się bolesność uciskową mięśni. Nie wszystkie mięśnie są w jednakowym stopniu wrażliwe na ucisk, najsilniej reagują mięśnie kapturowe, karku, międzyżebrowe i piersiowe; mięśnie ramienia są czulsze, niż przedramienia, zginacze bardziej, niż prostowniki, łydki w stopniu większym, niż uda. Bolesność uciskową cechuje wielka zmienność pod względem lokalizacji i natężenia. T. np. grupy mięśni wrażliwe na ucisk jednego dnia, nie reagują dnia następnego, natomiast objaw ukazuje się w innych mięśniach, dotąd niebolesnych.

Obok bólów uciskowych występują również bóle przy rozciąganiu mięśni (t. zw. *Dehnungsschmerz* niemieckich autorów), na które zwrócił uwagę W e i t z, a co spostrzegaliśmy w naszych przypadkach. Przy biernym zginaniu stopy w kierunku grzbietowym zjawia się bolesność w łydce, przy odwodzeniu uda boli grupa

mięśni przywodzących, przy wywoływaniu objawu K e r n i g a występuje silna bolesność, która w wyniku prowadzi do powstania tego objawu, itd. Rzadkie są natomiast bóle mięśniowe samoistne, gdyż bóle z rozciągania należy zaliczyć do kategorii bolesności ruchowej.

Chorzy unikają wszelkich ruchów, przyczem daje się zauważyć skłonność do utrzymania rąk i nóg w pozycji zgiętej. Większość autorów przyczynę tego widzi w silniejszym zaatakowaniu zginaczy, W e i t z sądzi jednak, iż chorzy zachowują się w ten sposób, chcąc przybrać położenie chroniące przed rozciąganiem zginaczy, jak i prostowników.

Obraz kliniczny wykazuje obok bolesności niezwykle osłabienie mięśni, które może osiągnąć taki stopień, iż chorzy nie są w stanie unieść się o własnych siłach na łóżku. Dotknięcie przez proces chorobowy mięśni języka i krtani prowadzi do niemożności wysuwania języka, chrypki i monotonji mowy, co obserwowaliśmy w 3 naszych ciężkich przypadkach. Chorzy nie potrafią otwierać ust, twarz przybiera maskowaty, tępy wyraz wskutek ubóstwa ruchowego mięśni mimicznych twarzy. Przy zajęciu mięśni prążkowanych górnej części przełyku powstaje utrudnienie w połykaniu. Osłabienie mięśniowe posiada szczególnie ważne znaczenie przy zajęciu mięśni oddechowych, przepony i mięśni międzyżebrowych, które prowadzi do zaburzeń czynnościowych w oddychaniu.

We wszystkich pracach o włośnicy kładzie się nacisk na objawy sztywności mięśni, która w następstwie wtargnięcia młodych włośni do mięśni ma stanowić cechę charakterystyczną schorzenia. Wbrew powyższemu twierdzeniu nie spostrzegaliśmy tego objawu w naszych przypadkach ani razu, przeciwnie — mięśnie były wiotkie. To samo spostrzegali W e i t z w 12 przypadkach podczas epidemji w Stuttgarcie, zaś F u c h s w Erlangen u 14 chorych stwierdził normalne napięcie mięśni.

Bardzo częste są zaburzenia w układzie oddechowym. Wcześniej występują objawy nieżyty oskrzeli, co wskutek osłabienia mięśni oddechowych łatwo prowadzi do powstania ognisk pneumonicznych. Powikłania w narządzie oddechowym wpływają w wielkim stopniu na zwiększenie śmiertelności z powodu włośnicy, t. np. w epidemji w Hedersleben na 101 zgonów — 64 nastąpiło wskutek powikłań płucnych. Często występuje zapalenie opłucny suche lub wysiękowe, wywołane przez zablakane do jamy opłucny młode włośnie. U wszystkich naszych chorych od chwili przybycia na oddział obserwowaliśmy nieżyt oskrzeli. W 3 przypadkach w 23, 33 i 35 dniach choroby wśród nagłego bólu w boku i przy podniesieniu ciepłoty zjawiały się szmery tarcia opłucny. U jednej chorej objawy suchego zapalenia ustąpiły po 3 dniach, u drugiej po upływie 6 dni, przyczem w ostatnim przypadku prześwietlenie klatki piersiowej wykazało *pleuritis interlobaris*. U 3 chorej suche zapalenie przeszło w surowicze; nakłucie próbne wykazało płyn wysiękowy, w mazankach z osadu znaleziono 14% leukocytów kwasochłonnych. Płyn w następstwie uległ zropieniu, co zmusiło nas do wykonania zabiegu operacyjnego (*thoracocentesis*). Należy podkreślić, iż chorzy, u których wystąpiło powikłanie w postaci zapalenia opłucny, znajdowali się w okresie poprawy i byli traktowani, jako ozdrowieńcy. Ciepłota była normalna, odczyn dwuazowy już ujemny. Równocześnie z objawami opłucnowymi wystąpiły bóle mięśniowe klatki piersiowej, nasilenie temperatury i odczyn dwuazowy w 2 przypadkach

ponownie dodatni. Mieliśmy zatem do czynienia z nawrotem włośnicy, co obserwował również Fuchs, Trommer i Hebenstreit, u nas Sterling-Okuniewski i Rosnowski. Nawroty należy tłumaczyć w ten sposób, iż rozmnażanie odbywa się nie jednorazowo, lecz w ciągu długiego czasu (do 6 tygodni), tak, że zachodzi okresowa inwazja włośni.

W narządzie krążenia stwierdzano w ciężkich przypadkach niewydolność mięśnia sercowego, która niekiedy staje się bezpośrednią przyczyną zejścia śmiertelnego. Zmiany te, jak zaznaczyliśmy poprzednio, tłumaczą się istnieniem ognisk zapalnych, wywołanych przez zabłąkane do mięśnia sercowego młode trychinelles. U 3 naszych chorych wysłuchiwaliliśmy nad sercem szmery, które po ustąpieniu gorączki znikły. Tętno jest bardziej przyspieszone, niż to odpowiada ciepocie, co z pewnym zastrzeżeniem może służyć jako cecha odróżniająca od duru brzuszego. Przyspieszenie tętna spostrzega się jeszcze długi czas po chorobie. We wszystkich przypadkach obserwowaliśmy obniżenie parcia krwi, na co pierwsi zwrócili uwagę M a s e i Z o n d e k. Obniżenie dotyczy wartości skurczowych, jak i rozkurczowych, przyczem osiąga znaczniejszy stopień w przypadkach ciężkich. Ciśnienie stopniowo wzrasta wraz z poprawą stanu ogólnego, niekiedy jednak hipotonia utrzymuje się długo jeszcze po przebiegu choroby.

Poniższa tablica wskazuje wartości ciśnienia krwi

(w mm. Hg.), które określaliśmy co kilka dni metodą osłuchową K o r o t k o w a. Tabelka najniższa dotyczy przypadku lekkiego, pozostałe — przypadków o przebiegu ciężkim.

T A B L I C A I.

S. E. l. 53.

Dzień choroby	14	17	25	33	35	40	50	58	68	76
Ciśnienie krwi	90/65	95/60	100/70	95/70	95/70	108/70	120/70	110/75	125/80	125/80

S. C. l. 22.

Dzień choroby	16	21	28	36	43	52	62	70	75	86
Ciśnienie krwi	95/50	100/40	110/55	128/65	128/75	122/60	110/55	110/55	108/55	115/70

B. Wł. l. 27.

Dzień choroby	16	21	27	35	43	53
Ciśnienie krwi	70/40	80/42	95/50	95/70	100/65	110/70

F. M. l. 19.

Dzień choroby	9	14	20	28	33
Ciśnienie krwi	130/70	130/65	130/85	130/85	130/85

Ponadto opisywano *arteriitis* i *phlebitis*. Zapalenie żył, które zjawiało się w 21 dniu choroby, mieliśmy możliwość obserwować w 1 przypadku.

(Dok. nast.).

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Zakł. Urolog. D-ra Aleksandra Fryszmana w Warszawie i z Oddziału chirurgicznego Szpitala na Czystem.
(Ordynator: Dr. Lubelski).

O wpływie dodatkowych naczyń nerkowych na tworzenie się wodonercza.

Podał

Dr. S. LEWINSON (Warszawa).

Wśród licznych czynników, wywołujących wodonercze, wymienić należy nadliczbowe naczynia nerkowe.

W dawnych czasach, gdy dżagnostyka urologiczna nie posiadała jeszcze takich metod badania, jak cewnikowanie moczowodów i pyelografia, rozpoznawano wodonercze dopiero na stole operacyjnym, gdy zmiany anatomiczne w nerce były już tak duże, że nie można było się zorientować, co właściwie spowodowało powstanie wodonercza.

Jednak już w roku 1841 R a y e r, a potem R o k i t a n s k y piszą, że dodatkowe naczynia nerkowe mogą ucisnąć moczowód i w następstwie wywołać wodonercze. Późniejsi autorzy, jak E n g l i s c h, I s r a e l, M i c h a l s k i, K ü s t e r, W a g n e r i B a z y przypisują niemałą rolę dodatkowym naczyniom nerkowym w postawianiu wodonercza. Różnią się oni między sobą tylko pod tym względem, że niektórzy uważają naczynia dodatkowe za pierwotną przyczynę wodonercza, inni zaś uważają, że pierwotną przyczyną musi być inna, a dopiero, gdy miedniczka jest już rozszerzona, naczynie dodatkowe uciska na moczowód i nie pozwala miedniczce opróżniać się.

W roku 1907 E c k e n h o r n w dokładnej swej monografii o wpływie naczyń nadliczbowych na tworzenie się wodonercza podaje 25 przypadków wo-

donercza i przychodzi do wniosku, że w pewnych warunkach dodatkowe naczynie może być pierwotną przyczyną tego schorzenia. Od tego czasu coraz częściej znajdujemy w piśmiennictwie prace, poruszające ten temat. M a y o znalazł w 29 przypadkach wodonercza przez siebie operowanych — 20 razy naczynia dodatkowe, które uważa za pierwotną przyczynę wodonercza. Z tych 20 przypadków — 13 nie podlega wątpliwości, gdyż po przecięciu dodatkowych naczyń wodonercze ustąpiło. W wielkim podręczniku urologji R u m p e l również wymienia naczynia dodatkowe, jako przyczynę wodonercza.

Wśród innych autorów jednak panuje rozbieżność zdań. — G l a s s i F r a n k przypisują naczyniom dodatkowym rolę drugorzędą. W 52 operowanych przez nich przypadkach wodonercza znaleźli oni tylko 4 razy naczynia dodatkowe. W i l d b o l c w 33 takich przypadkach — 6 razy, a K r o i s s w 40 — 3 razy. Natomiast D o z z a, F i l l e n z, L i c h t e n b e r g, L e g u e u, M a t h é, F e y podają przypadki, operowane przez nich z powodu wodonercza, spowodowanego obecnością naczyń dodatkowych.

S c h m i d t podaje, że w ciągu lat 1927/8 operowano w klinice uniwersyteckiej w Budapeszcie — 16 chorych z powodu wodonercza. W 6 przypadkach przyczyną były naczynia dodatkowe. Operacja polegała na przecięciu naczynia.

Na Czwartym Międzynarodowym Zjeździe Urologicznym, podczas rozprawy o etiologii i leczeniu wodonercza, M a r i o n, C o m p a n, P a c u a l, C i f u e n t é s i inni jednogłośnie podawali ucisk przez naczynia dodatkowe, jako przyczynę wodonercza. M a r i o n podał przytem 142 przypadki operowanych wodonercz, przyczem w 42 przypadkach przyczyną był

nieprawidłowy przebieg naczyń. A l e s s a n d r i uważa, że naczynia dodatkowe są jedną z najczęściej spotykanych przyczyn wodonercza. W swojej klinice chirurgicznej w Rzymie stwierdził on 16 razy obecność naczyń nadliczbowych dolnego bieguna nerki, powodujących przeszkody i zagięcie moczowodu z następczem wodonerczem. W 11 przypadkach chodziło o tętnicę, w 2 o tętnicę i żyłę, w 4 o żyłę.

Te coraz liczniejsze doniesienia o wodonerczach, wyleczonych operacyjnie przez przecięcie uciskającego moczowód naczynia dodatkowego, tłumaczą się przede wszystkim rozwojem dżagnostyki urologicznej, a także tem, że, przystępując do operacji, liczymy się z tą przyczyną, wywołującą wodonercze, o czym dawniejsi chirurdowie nie pamiętali.

Obecność dodatkowych naczyń nerkowych jest dość często spotykaną wadą rozwojową. Podług C o r n i n g a co czwarty człowiek posiada dodatkowe naczynia nerkowe.

Mechanizm powstawania nadliczbowych naczyń jest niezwykle zawiły i uzależniony od zaburzeń rozwojowych, a liczba ich i kierunek od stopnia tych zaburzeń w tym okresie, gdy tworzyła się sieć naczyń moczopłciowych i zawiązki nerek.

Zarodkowa tętnica główna wysyła wiele naczyń, które zaopatrywać mają narządy moczopłciowe. Część tych naczyń w późniejszym okresie ulega uwstecznieniu, zwłaszcza ogonowy odcinek naczyń. Wskutek tego nerka wraca do góry i, pociągając za sobą naczynia, tworzy je w nadmiernej liczbie.

Zawikłany rozwój układu tętniczego objaśnia wiele anomalii tego układu. Ponieważ żyły nerkowe powstają zupełnie niezależnie od tętnic, niezawsze dodatkowej tętnicy towarzyszy żyła dodatkowa.

Naczynia dodatkowe odchodzą przeważnie od tętnicy nerkowej i wpadają do żyły nerkowej. Rzadziej tętnica główna wysyła tętniczkę dodatkową.

Jak już wspomniałem, dodatkowe naczynia nerkowe spotykają się bardzo często. W powstawaniu wodonercza odgrywają rolę tylko te, które krzyżują moczowód, t. j. idące do dolnego bieguna. Ale i nie każde takie naczynie wywołuje wodonercze. Naczynie musi ucisnąć moczowód i w ten sposób utrudnić odpływ moczu. Dlatego najczęściej przyczyną wodonercza są krótkie tętnice dodatkowe, wysyłane przez tętnicę nerkową, gdyż wychodzące z tętnicy głównej są długie i rzadko uciskają moczowód.

Podług E c k e n h o r n a najczęściej uciska moczowód tętnica, rzadziej tętnica wraz z żyłą, a najrzadziej żyła.

E c k e n h o r n dzieli nadliczbowe naczynia, idące do dolnego bieguna nerki, na dwie grupy.

Do pierwszej grupy zalicza te, które biegną ku przedniej powierzchni nerki przed moczowodem lub ku tylnej powierzchni poza moczowodem. Naczynia te nigdy nie uciskają moczowodu. Natomiast naczynia, idące poza moczowodem do przedniej powierzchni lub przed moczowodem ku tyłowi, zawsze obejmują go pierścieniem i powodują ucisk. Im krótsze jest naczynie, i im mniejsza jest ruchomość moczowodu, tem łatwiej powstaje ucisk. Dlatego łatwiej powstaje wodonercze przy nerce opuszczonej oraz przy obecności zrostów zapalnych.

W obydwu moich przypadkach, których opis podam niżej, nerka była opuszczona.

Nie wszyscy autorzy zgadzają się z tym poglądem, że naczynie dodatkowe, krzyżujące moczowód, jest

przyczyną mechaniczną tworzenia się wodonercza. Zwolennicy teorii dynamicznej twierdzą, że wskutek zetknięcia się naczynia dodatkowego z *bulbus pyelouretericus* powstaje zahamowanie czynności wydalniczej miedniczki nerkowej, skurcze są słabe i miedniczka nie opróżnia się. Nie jest to jednak dowiedzione, a pyeloskopja, wykonana przez innych autorów, wykazuje, że skurcze miedniczki w tych przypadkach są dość silne — chodzi tylko o ucisk mechaniczny na moczowód. Dowiodły tego również prace doświadczałne na psach, które wykonał K a r a f f a - K o r b u t. Przywiązuje on cienki dren w ten sposób, aby moczowód przeginał się przez niego. Miedniczka rozszerzała się, a następnie wytwarzało się wodonercze.

Widzimy więc, że naczynia dodatkowe odgrywają wybitną rolę w powstawaniu wodonercza, niezawsze jednak są przyczyną pierwotną.

Objawy w wodonerczu, wywołanem obecnością naczynia dodatkowego, dają obraz wodonercza przestankowego. Tępe bóle w okolicy schorzałej nerki ustępują miejsca ostrym długotrwałym atakom bólowym. Nerka w początkowych okresach choroby nie jest powiększona. W moczu znajdujemy pojedyncze krwinki i mniej lub więcej liczne leukocyty, gdy wodonercze ulega zakażeniu wtórnemu.

Badanie czynnościowe nerek wykazuje upośledzenie czynności wydzielniczej chorej nerki, powiększające się w miarę postępu choroby.

Cewnikowanie moczowodu wykazuje zaleganie moczu.

Pyelografja prócz zmian w samej nerce może wykazać przerwę cienia płynu kontrastowego między miedniczką i moczowodem (p. pyelogram I przypadku). Czasami na pyelogramie daje się uwidocznic naczynie dodatkowe (p. pyelogram II przypadku).

Postępowanie zależne jest od zmian anatomicznych w nerce. W przypadkach wczesnych, gdy miąższ nerki jest jeszcze zachowany, wystarczy przecięć naczynie dodatkowe, aby przywrócić drożność. Dotyczy to tylko żył oraz małych tętnic, gdyż po przecięciu większej tętnicy wystąpić może martwica dolnego bieguna nerki, jak to było w przypadkach H e l f e r i c h a i P o u s s o n a. Przypuszczają — nie jest to jednak dowiedzione — że, jeżeli tętnica dodatkowa odchodzi od tętnicy głównej, po przecięciu jej nie występuje martwica. Jeżeli nie możemy przecięć naczynia dodatkowego, musimy odciąć i przeszczepić zpowrotem do miedniczki moczowód. Przy nerce opuszczonej wystarczy czasami nerkę podnieść i przyszyć. Gdy zmiany w nerce są już daleko posunięte, pozostaje jedynie usunięcie nerki.

Tak musiałem postąpić w dwóch przypadkach, których opis podaję poniżej.

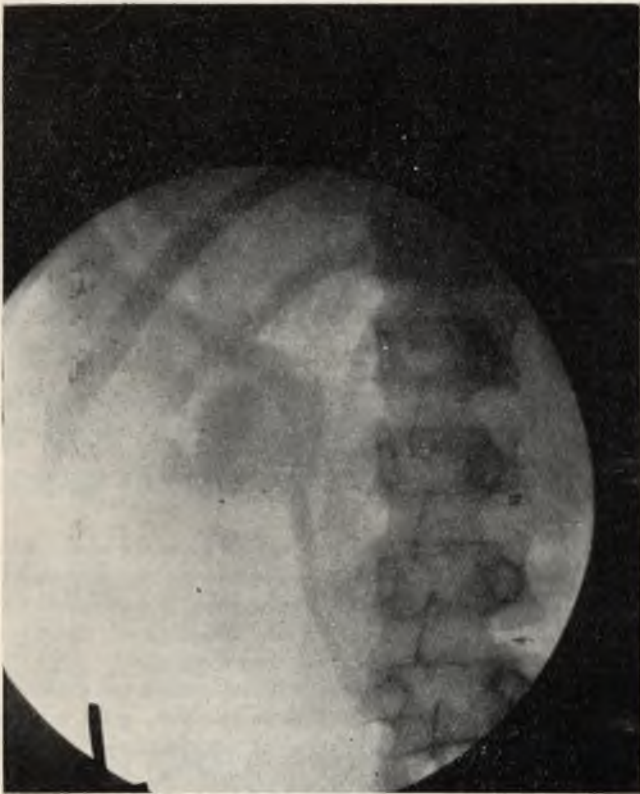
P r z y p a d e k I.

Dziewczynka lat 11. Pierwsze objawy chorobowe wystąpiły przed 4 laty. Chora wtedy nagle dostała bólów w lewym podżebrzu, wymiotów i gorączki. Wezwany lekarz stwierdził jakoby zapalenie miedniczki nerkowych. Po kilku dniach objawy ustąpiły. W ciągu roku ataki bólów bez gorączki powtarzały się kilkakrotnie, następnie dwa lata zgorą ataków nie było. Od 8 miesięcy co kilkanaście dni ataki bólów, dreszcze, wymioty i gorączka, dochodząca do 39°.

Badanie dziecka obiektywne. Dziecko mizerne szczupłe. Ciężota 36,8, tętno 100. Płuca wypukowo i osłuchowo bez zmian. W sercu również zmian nie stwierdzono. Nerki niemacalne. Bolesność lewej nerki przy mocnem opukiwaniu. Zdjęcie promieniami R o e n t g e n a okolicy lewej nerki

i lewego moczowodu złożeń nie wykazało. Mocz zawiera ślad białka, w osadzie 150 — 200 leukocytów w polu widzenia.

Wziernikowanie pęcherza i badanie czynnościowe nerek: w pęcherzu zmian patologicznych nie stwierdzono. Indigokarmina, wstrzyknięta dożylnie, wydziela się z prawej nerki po trzech minutach, z lewej nie wydziela się. Pyelografia lewostronna wykazała zupełne zniekształcenie miedniczki nerkowej i kielichów oraz przerwę w ciągłości cienia kontrastowego między moczowodem a miedniczką nerkową. (p. ryc. 1).



Ryc. 1.

Na zasadzie danych powyższych rozpoznałem wodnercze, zakażone wtórnie, wywołane przypuszczalnie dodatkowym naczyniem nerkowym, uciskającym moczowód tuż przy wyjściu z miedniczki nerkowej. Przypuszczenie to zostało potwierdzone podczas operacji, którą wykonałem dn. 16 lutego 1930 r. Cięciem skośnym doszedłem do nerki. Na przedniej powierzchni nerki znalazłem powróżek, krzyżujący moczowód tuż przy ujściu do miedniczki nerkowej. Po przecięciu i podwiązaniu tego powróżka oraz oddzieleniu nerki z dość licznych zrostów, nerkę usunąłem.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Usunięta nerka jest mała, z licznymi grubymi wciągnięciami, szaro-różowa. Miedniczka znacznie rozszerzona, wnęka obficie przerośnięta tłuszczem. Główne naczynia przebiegają normalnie. Na przedniej powierzchni dość gruby powróżek, krzyżujący moczowód i wnikający do wnęki (p. ryc. 2).

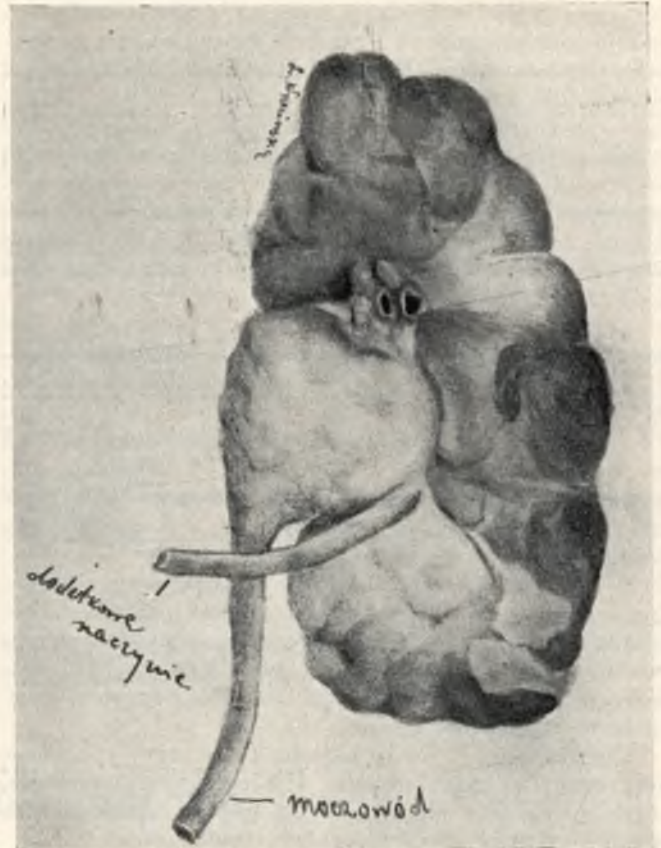
Badanie histologiczne powróżka wykazało, że składa się on z tętnicy i żyły.

Przypadek II.

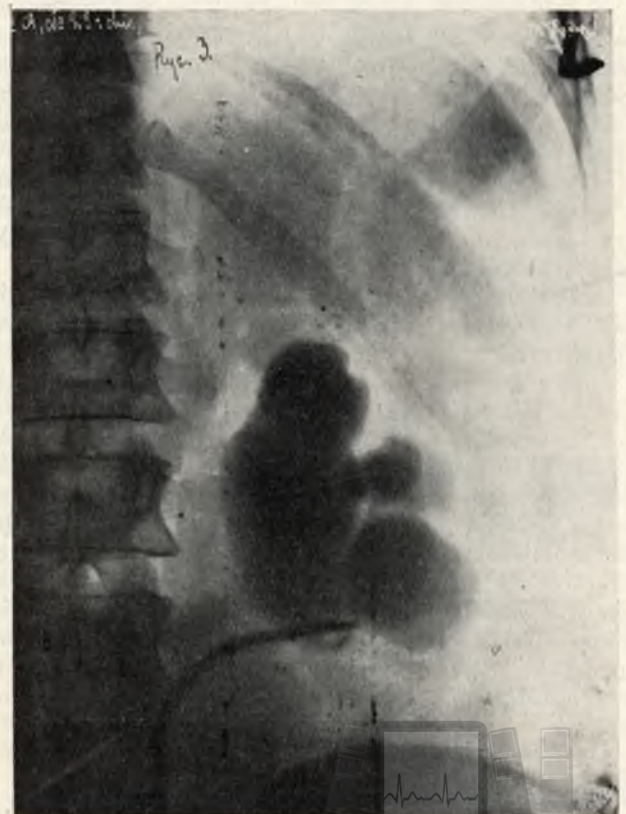
Operowany przezemnie na oddziale chirurgicznym D-ra Lubelskiego w szpitalu na Czystem.

Kobieta lat 43. Od siedmiu lat ataki bólów w okolicy lędźwiowej lewej, promieniujące do pęcherza i do lewej nogi. Bóle te trwały parę dni i powtarzały się co parę miesięcy, a w ostatnich latach co parę tygodni. Podczas ataku chora oddawała mocz w małych ilościach, natomiast po ustąpieniu

ataku moczu oddawała bardzo dużo. Od czterech miesięcy wskutek ciągłych bólów nie opuszcza łóżka. Krwimoczu nigdy nie było.



Ryc. 2.



Ryc. 3.

Badanie obiektywne: chora źle odżywiona, błąda. Ciężkość 36,2 — 36,8. Tętno 96. Płuca wypukowo i wysłuchowo bez zmian. Tętno serca glucho. Nerki niemacalne. Okolica lewej nerki bolesna przy dotyku i opuku.

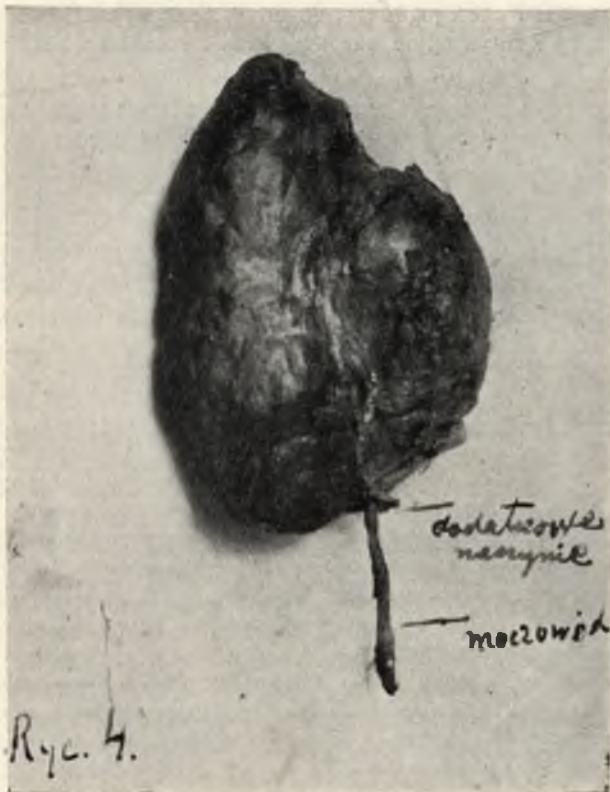
Wziernikowanie pęcherza moczowego i badanie czynnościowe nerek: błona śluzowa pęcherza i ujścia moczowodów bez zmian. Barwnik (indigokarmina), wstrzyknięty dożylnie, wydziela się z prawej nerki po 4 minutach, z lewej nie wydziela się zupełnie. Zdjęcie promieniami Roentgen a złożeń w okolicy lewej nerki i lewego moczowodu nie wykazało.

Pyelografia bezpośrednia wykazała: (p. ryc. 3).

Miedniczka i kielichy znacznie rozszerzone zlewają się, tworząc wielką jamę. Od dolnego bieguna odchodzi powróżek, krzyżujący moczowód. Powróżek ten również wypełnia się płynem kontrastowym. Nerka opuszczona, górny biegun znajduje się na wysokości drugiego kręgu lędźwiowego (Dr. Meisz).

Mocz: białko 0,033%, w osadzie pojedyncze wylugowane krwinki, 10 — 15 leukocytów w polu widzenia. Ilość mocznika we krwi — 0,3%.

Operacja: uspienie eterowe. Cięcie według I s r a e l a. Przy wyluszczeniu nerki natrafiłem na duże trudności z powodu silnych zrostów. Moczowód skrzyżowany i zrosnięty z powróżkiem, odchodzącym od dolnego bieguna nerki.



Ryc. 4.

Preparat (p. ryc. 4) przedstawia nerkę wagi 110 gr., wymiary $9,5 \times 6 \times 2,5$. Torebka ścięgniasta zdejmując się trudno. Powierzchnia jest gruboziarnista, szaro-wisniowa, miejscami pstra. W jednym miejscu widać torbiel wielkości ziarna grochu, o ścianie cienkiej, przeświecającej. Prawie połowę wymiarów nerki stanowi miedniczka, której wymiary wynoszą $7 \times 3,5 \times 2$. Jest ona rozciągnięta i wypełniona jasnym płynem. Ściana jej prześwieca. Na dolnym biegunie nerki widać twór o kształcie ostrogi, wierzchołkiem skierowanej do dołu, a ramionami — pod postacią powróżków — mocno przytwierdzonej do nerki. Moczowód, po wyjściu z miedniczki, zgina się pod

kątem ostrym i przechodzi przez światło opisanej ostrogi.

Badanie histologiczne powróżka (Dr. P ł o Ń s k i e r) wykazało, że składa się on z 2 żył.

PIŚMIENICTWO.

1. Corning — Lehrbuch der topographischen Anatomie.
2. Bonnet — Embrjologia.
3. Schmidt — Zeitschrift für Urologie, 24 T. 1930.
4. IV Congreso de la Sociedad Internacional de Urologia Madryt 1930.
5. Lichtenberg, Völcker, Wildbolc — Handbuch der Urologie T. IV Rumpel — die Hydronephrose 1928.
6. Fiodoroff — Chirurgja nerek i nowotworów, Moskwa 1923.
7. Casper — Lehrbuch der Urologie 1923.
8. Israel — Chirurgie der Niere 1925.
9. Marion — Journal d'Urologie T. 26 str. 238, 1923.
10. Mathé — Journal of Urologie T. 19 Nr. 3 1924.
11. Dórsa — Zeitschrift für Urologie T. 15. 1915.
12. Fey — Bull. Soc. Nat. Clin. 54 str. 383 1916.
13. Eckenhorn — Literatura do r. 1907. Arch. Klin. Chir. 1910.
14. Frank i Glass — Literatura do 1921 r. V Zjazd Niemiec. Tow. Urologicznego 1921.

Z oddziału chorób wewnętrznych Szpitala Ewangelickiego św. Jana w Łodzi.

(Kierownik: Dr. Stanisław K l u k o w).

O zakażeniu pałeczkami Banga u ludzi.

Podał

Dr. Stanisław KLUKOW (Łódź).

W ostatnich czasach coraz częściej się słyszy o zakażeniach pałeczkami B a n g a u ludzi, nie tylko w państwach europejskich, ale i w Ameryce, południowej Afryce, Indjach, Australji i t. d. Do roku 1928 infekcję pałeczkami B a n g a u ludzi zaliczano do rzadkości. Dopiero w roku 1928 ku ogólnemu zdziwieniu świata lekarskiego K r i s t e n s e n w Kopenhadze w materiale państwowego Instytutu Serologicznego stwierdził w ciągu 9-ciu miesięcy w Danji 89 przypadków zakażeń pałeczkami B a n g a u ludzi. W ciągu roku w Instytucie Kopenhaskim na 2500 badań krwi od 2150 osób gorączkujących było 172 tyfusów, 126 paratyfusów i 222 przypadki choroby B a n g a. W Danji wprowadza się obowiązkowe zgłaszanie choroby wskutek wzrastającej liczby schorzeń. W 1928 roku sekcja higieny przy Lidze Narodów składa sprawozdanie o chorobie B a n g a, uznając tem samem aktualność i doniosłość sprawy. W Polsce w 1928 r. L e g e ż y Ń s k i, F e l i k s P r z e s m y c k i i inni sygnalizują chorobę B a n g a u ludzi. W Ameryce statystyka Prof. H a r d y w 1929 r. wykazała 1505 przypadków u ludzi. Zdaje mi się, że liczba zachorowań była wszędzie jeszcze znacznie większa, niż podają statystyki, bo, jak wykazują liczne historie chorób, podane w piśmiennictwie, początkowo wszystkie przypadki choroby B a n g a u ludzi były rozpoznawane mylnie jako tyfusy, gruźlice i t. d. Ze względu na to, że w piśmiennictwie polskiem było opisanych zaledwie kilka przypadków choroby B a n g a u ludzi (L e g e ż y Ń s k i, F e l i k s P r z e s m y c k i, K o k o t e k i P o z n a Ń s k i, H e b e n s t r e i t), przypuszczam, że i u nas liczba schorzeń tych jest znacznie większa, niżby się to zdawało, tembardziej, że jako punkt wyjścia choroby liczba przypadków zakaźnego poronienia u bydła jest w Polsce bardzo duża, specjalnie może w sferach niezamożnych i małorolnych, gdzie uświadczenie w tych sprawach jest znikome. Według statystyki, naprzykład, liczbę krów zakażonych w Małopolsce Wschodniej oblicza L e g e ż y Ń s k i na 49%. W Szwajcarii liczba zakażeń u bydła wynosi 20%, w Anglii 30% i w Niemczech miej-

scami dochodzi do 80% (K o k o t e k i P o z n a ń s k i). Moment niezaprowadzenia obowiązkowego zgłaszania przypadków ronicenia u bydła pogarsza jeszcze w bardzo znacznym stopniu rozejrzenie się w sytuacji. U ludzi utrudnia rozpoznanie choroby B a n g a brak systematycznego badania serologicznego krwi w stanach gorączkowych w kierunku choroby B a n g a (specjalnie może na prowincji), tem bardziej, że większość schorzeń brucellozy u ludzi ma przebieg stosunkowo łagodny i kończy się zwykłe po dłuższej chorobie wyzdrowieniem. Przypadki te, jak już zaznaczyłem wyżej, figurują w rozpoznaniach jako tyfusy, paratyfusy, grypy, gruźlice, malarje, septyczne zakażenia, anginy (S p e n g l e r, L ö f f l e r). Jak często zdarzają się odczyn zlepane z pałeczkami B a n g a u ludzi, wykazały systematyczne badania surowic, nadesłanych zupełnie z innych powodów (W i d a l, W a s s e r m a n n) do instytutów bakteriologicznych. W Pradze stwierdził to S i n g e r, który na 635 surowic miał 11 dodatnich na B a n g a. We Wrocławiu K a t h e miał na 806 surowic 30 dodatnich. Naturalnie, surowice dodatnie na B a n g a nie świadczyły w tym razie o istniejącej infekcji czynnej, ale w każdym razie o przebytej chorobie, względnie o *infectio latens*. Należy zaznaczyć, że ze statystyk powyższych wyeliminowane zostały surowice kobiet ciężarnych, ponieważ, jak podaje S i n g e r, surowice te same już tracą większość zawieszin bakteryjnych i przez to nie mają cech swoistych dla choroby B a n g a.

Reasumując powyższe wywody, należy stwierdzić, że przypadki choroby B a n g a u ludzi są jeszcze bardzo rzadko rozpoznawane, i że schorzeń tych jest daleko więcej, niż się przypuszcza. Wskutek tego pozwalam sobie przytoczyć obserwowany na moim oddziale przypadek choroby B a n g a, z wielu względów pouczający.

Pan W. G., 41 lat, rządcą - agronom przybył do mnie 8.4.33 i skarżył się, że czuje się od 4-ch tygodni nieswojo, ma przykry gorzki smak w ustach, obłożony język, uczucie wzdęcia w żołądku, obstrukcję. Jako drugorzędne dolegliwości podał częste dreszczyki, nocne poty, bóle w kończynach, bóle głowy; od 4-ch tygodni często leżał w łóżku, mając podniesioną temperaturę. Zwracał się kilkakrotnie do lekarzy, którzy stwierdzili grype, zapalenie płuc, infekcję żołądka i kiszek. Nawet była jeden raz brana krew na odczyn W i d a l a, który wypadł ujemnie. Otrzymywał chininę przez dłuższy czas i aspirynę, propidon jeden raz w postaci zastrzyknięcia i środki przeczyszczające. Ciężota wahała się między 36°C i 38,6°C. Pacjent zupełnie nie zdawał sobie sprawy, że jest zakaźnie chory i nie robił wrażenia ciężko chorego. Pracował cały czas z małymi przerwami, nosząc w polu nawet podczas cieplejszych dni futro, bo, jak mówił, miał częste dreszczyki. Prosił o udzielenie mu porady w sprawie żołądka, przypuszczając, że cała ta choroba stąd pochodzi. Myśląc o chorobie infekcyjnej i o ewentualnym zakażeniu prątkami B a n g a, zapytałem, czy ma u siebie zakaźne ronicenia bydła. Odpowiedział, że miał od 2-ch lat kilkanaście poronień zakaźnych, stwierdzonych przez lekarza weterynarii bakteriologicznie, i że często, od kilku lat, sam u krów usuwał ręcznie łożyska. Pracował bez rękawiczek, smarując skórę oliwą. Zranień skóry nie zauważył. Surowego mleka nigdy nie pił. Źródło infekcji krów dworskich widzi w oborze służby dworskiej, gdzie dużo krów roniło, i w sprowadzonym stadniku, który, jak się później dowiedział, pochodził z obory, zainfekowanej chorobą B a n g a.

Chory dnia 8.4.1933 r. był przyjęty na oddział na obserwację. S t a n o b e c n y:

Chory średniego wzrostu, dobrze odżywiony, normalnej budowy ciała. Waga 75 kg. Serce i płuca bez zmian. Język suchawy, obłożony, gardło normalne. Ciśnienie krwi normalne. Brak powiększonych gruczołów chłonnych. Tętno 80 na minutę. Temperatura 37,8°C. Brzuch miękki. Nadbrzusze nieco wzdęte, na ucisk wrażliwe. Wątroba powiększona (4 palce poniżej łuku żebrowego), o gładkiej powierzchni i twardawym brzegu, cała bolesna. Szczególnie bolesny jest worek żółciowy, dobrze wyczuwalny. Śledziona zupełnie nie powiększona. Układ nerwowy i wszystkie odruchy normalne. Stawy bez obrzęków, niebolesne przy ruchach. Chory skarży się na bóle klatki piersiowej, kończyn górnych i łydek. Chory jest zupełnie przytomny i czuje się nieźle. Bardzo obfite poty nocne (zmienia w nocy 3 koszule). Badanie moczu: c. wl. 1022. Białko i cukier nieobecne. Odczyn diazowy ujemny, urobilina normalna, urobilinogen wyraźnie zwiększony, chlorki nie zmniejszone. W osadzie 10 — 15 leukocytów w polu widzenia i pojedyncze erytrocyty w preparacie.

Badanie morfologiczne krwi: Erytrocytów: 6.325.000. Hgl.: 100%, wskaźnik 1. Leukocytów: 5200, młodych 1%, pałeczkowatych 7%, segmentowanych 48%, kwasochłonnych 0, zasadochłonnych 0, limfocytów 42%, monocytów 2%. Odczyn B i e r n a c k i e g o 110'. Badanie krwi na zimnicę i prątki O b e r m e y e r a ujemne (Dr. H i c k e l). Odczyn W a s s e r m a n n a i cytochłowy ujemne (Dr. Ż u r k o w s k i). Odczyn W i d a l a w rozcieńczeniu surowicy krwi chorego od 1 : 50 do 1 : 400 wypadł ujemnie. Odczyn aglutynacyjny surowicy krwi i emulsjami bakteryjnymi Paratyfusu A, B i C wypadły ujemnie, nawet w rozcieńczeniu 1 : 50 (Dr. Z a l e s k i). Odczyn zlepany z pałeczką B a n g a w rozcieńczeniu surowicy krwi 1 : 100 do 1 : 800 wypadł wybitnie dodatnio (Dr. Z a l e s k i). Badanie treści żołądkowej: norma. R o e n t g e n: żołądek normalnej budowy o gładkich ścianach. Układ tańd słuźówki normalny. Ruchy robaczkowe prawidłowe. Opuszka dwunastnicza normalna. 24 h. p. c. normalne wypełnienie grubej kiszki. Płuca i serce bez zmian chorobowych (Dr. B e m e r).

P r z e b i e g c h o r o b y:

W pierwszym tygodniu temperatura waha się od 37° do 39°C i ma tendencję do podnoszenia się. Częste nocne dreszcze i bardzo silne nocne poty. Bóle w kończynach. Leukocyty: 5.500, młodych 1%, pałeczkowatych 15%, segmentowanych 42%, eozynochłonnych 0, bazochłonnych 0, limfocytów 35%, monocytów 7%. Wątroba powiększona z bolesnością okolicy worka żółciowego. Śledziona niepowiększona. Badanie krwi, moczu i kału w kierunku wyhodowania pałeczek B a n g a z powodu trudności laboratoryjnych przeprowadzone nie było. Dalej, wychodząc z założenia, że wielu autorów stwierdza skupienie pałeczek B a n g a między innymi i w wątrobie, względnie w worku żółciowym, postanowiłem za pomocą zgłębnika dwunastniczego i po zastrzyknięciu *magn. sulf.* zbadać żółć A i B na obecność pałeczek B a n g a, jak to w tyfusie opisali S c h o t t e r, B r o d s k a j a i S i n a i (Moskwa), którzy stwierdzili paralelizm między bakteriami i bakteriocholją. Niestety, chory nie mógł, nawet po kilkudniowych próbach, przelknąć i utrzymać zgłębnika w żołądku.

W drugim tygodniu temperatura trzymała się między 38° i 39,5°C. Pojedyncze dreszcze i stałe silne poty nocne. Leukocyty: 4.700, młodych 2%, pałeczkowatych 13%, segmentowanych 40%, eozynochłonnych 0, bazochłonnych 0, limfocytów 37%, monocytów 8%. Waga 71 kg. Chory otrzymuje aż do przygotowania szczepionki bangowskiej codziennie zastrzykiwania omnadyny, co godzinę 0,1 piramidonu i codziennie zastrzyknięcie do żyły 40% glukozy (ze względu na wątrobę).

22.4.Zastrzyknięcie 4 cm³ szczepionki B a n g a (40

miljonów pałeczek). (Szczepionka została wykonana przez kierownika Państwowego Zakładu Higjenu w Łodzi, Dr. Z a ł ę s k i e g o).

W nocy po zastrzyknięciu bardzo silne długotrwałe dreszcze przy znacznie podwyższonej ciepłocie.

25.4. Zastrzyknięcie 6 cm³ szczepionki B a n g a (60 milionów pałeczek). Silne nocne dreszcze. Temperatura 39,6°. Waga 71,5 kg. W międzyczasie chory otrzymuje codziennie zastrzyknięcie omnadiny i stałe piramidon oraz glukozę. Wątroba znacznie zmniejszona. Śledziona ciągle niemacalna. Diazo ujemne.

28.4. Zastrzyknięcie 2 cm³ szczepionki (200 milionów pałeczek). Bez dreszczów. Temperatura spadła i oscyluje między 36,8 — 37,2° C. Leukocyty: (przed zastrzyknięciem) 5,600. Pałeczkowatych 5%, segmentowanych 49%, cozynochłonnych 1%, bazochłonnych 0, limfocytów 39%, monocytów 6%. Chory czuje się względnie dobrze. Wątroba lekko wrażliwa, wyczuwalna pod łukiem żebrowym, miękka. W moczu urobilina normalna, urobilinogen nieobecny. Śledziona niemacalna.

30.4. Zastrzyknięcie 4 cm³ szczepionki (400 milionów pałeczek). Bez dreszczów. Pojedynczy skok ciepłoty do 39°C, potem spadek do normy.

Po 3-ch dniach chory zostaje wypisany bez podniesionej ciepłoty.

Jak z powyższego przebiegu choroby widać, rozpoznanie choroby nie ulegało żadnej wątpliwości wskutek warunków pracy pacjenta przy chorych krowach i wskutek obecności objawów klasycznych choroby, jak długotrwała falująca ciepłota, bardzo silne nocne poty (które sprawiały choremu może najwięcej dolegliwości), stosunkowo dobry stan ogólny, miano aglutynacji pałeczek B a n g a powyżej 1 : 100, neutropenia, aneozynofilia, limfocytoza, monocytoza, ujemny odczyn diazowy, powiększona i wrażliwa wątroba. Natomiast podczas całego przebiegu choroby był zupełny brak powiększenia śledziony, co dotychczas opisał tylko C u r s c h m a n n w 2-ch przypadkach. (H e b e n s t r e i t podaje w swoim przypadku mało powiększoną śledzionę). Również nie stwierdziliśmy u naszego chorego opisywanych przez niektórych autorów objawów zapalenia gruczołu przyusznego i jąder, pozatem objawów ze strony skóry (dermatozy).

W sprawie rozpoznania choroby niektórzy autorowie (N a g o r s e n) radzą już przy obecności silnych nocnych potów i podniesionej ciepłoty myśleć o możliwości brucellozy. Miano 1 : 100 aglutynacji pałeczek B a n g a jest już ogólnie przyjęte jako zupełnie wystarczające i swoiste dla rozpoznania choroby (K r i s t e n s e n, S t r a u b e, M i c h e l s). Ażeby ustalić rozpoznanie, należy dążyć do bakteriologicznego stwierdzenia choroby przez wyhodowanie pałeczek B a n g a z krwi, moczu, kału lub żółci. Choć już w 1924 r. amerykański badacz K e e f e r pierwszy wyhodował z krwi ludzkiej pałeczki B a n g a, a w Polsce w 1928 r. L e g e ż y ń s k i z krwi i moczu (metodą N o w a k a), to dotychczas z powodu trudności technicznych hodowle rzadko się udawały. Dopiero w ostatnim czasie F r i e d i E l k e l e s, (u nas pisał o tem Artur B e r z Zakładu Bakteriologii Wydz. Weter. Uniwersytetu Warszawskiego—Prof. S z y m a n o w s k i) podali dokładne i prostsze sposoby hodowli pałeczek B a n g a pod ciśnieniem 10% dwutlenku węgla, które w dużych odsetkach, dając dodatnie wyniki, przyczyniają się do szerokiego zastosowania tej metody. Dalej należy zakładać posiewy z krwi, moczu, kału lub żółci, względnie do-

konywać szczepień zwierząt doświadczalnych w tych pojedynczych przypadkach, w których odczyn aglutynacyjny wypadł ujemnie pomimo dużego podejrzenia brucellozy (B a k e r), żeby nie przeoczyć choroby. Takie trzy przypadki choroby B a n g a z ujemną aglutynacją podaje M ü l l e r i C u r s c h m a n n. Krew na posiew pobierać należy jedynie w czasie gorączkowego podniesienia ciepłoty, gdyż zarazki, wędrując, dostają się do wątroby i śledziony (S c h o t t m ü l l e r, S c h i t t e n h e l m), i stąd przedostają się co pewien czas do krwiobiegu, powodując podniesienie temperatury. Pobiera się 18 cm³ krwi do 2 cm³ jałowego 10% roztworu *Natr. citric.* i przesyła się tak do zakładów badawczych (Artur B e r). Jako badanie dopełniające proponuję badanie żółci na obecność pałeczek B a n g a, wydobytej przy pomocy zgłębnika dwunastniczego, ażeby rozstrzygnąć sprawę terminu wydzielania pałeczek B a n g a u ozdowieńców, względnie osób, stale lub przez dłuższy czas wydzielających pałeczki (nosiciele), u których, jak nam wiadomo z przypadków duru brzuszego, worek żółciowy, względnie wątroba jest przez dłuższy czas siedzibą bakterii. W kale nosicieli prątków durowych G a r b a t widział tylko obecność pałeczek w 88% przypadków. W żółci ozdowieńców po przebytych durze brzuszonym stwierdzili S t e p p i później G a r b a t jeszcze obecność pałeczek duru (w 15%), kiedy po trzykrotnem badaniu w kale pałeczek nie znaleziono zupełnie (prawdopodobnie z powodu znacznego rozrzużenia pałeczek w kale).

Zakażenie pałeczkami B a n g a u ludzi idzie drogą doustną i przez skórę (jak w naszym przypadku). Większość autorów jest zdania, że przeważa możliwość infekcji drogą doustną, chociaż są i zdania wręcz przeciwnie, jak L ö f f l e r a z Zurichu, który twierdzi, że przeważa sposób infekcji przez skórę. L ö f f l e r uważa, że rozsądnikami infekcji jest nie tylko bydło, lecz również i świnie. Werner N a g e l opisuje epidemję gorączki B a n g a w Szwajcarii u świń wywołaną przez *typus porcinius*, gdzie były zakażenia u ludzi przez skórę i doustne. Przebieg gorączki nie różnił się od *typus bovinus*.

Pałeczki B a n g a, dostawszy się do ustroju, usadawiają się, podobnie jak w tyfusie, w układzie limfatycznym, skąd przez przewód piersiowy dostają się do krwiobiegu, i z dopływów *Venae portae* do wątroby i śledziony (S c h o t t m ü l l e r).

Doustne zakażenie powstaje wskutek obfitego i długotrwałego picia mleka surowego, jak to podkreśla S p e n g l e r, oraz przez spożywanie śmietanki, sera i masła, chociaż co do masła to v a n d e r H a e d e n twierdzi, że z powodu niskiego Ph, które uszkadza zarazki, masło nie zakaża się.

Dlatego też profilaktyka zakażeń pałeczkami B a n g a u ludzi powinna iść po linii:

1. odkażania mleka przez pasteryzację, wzgl. gotowanie,

2. profilaktyki osobistej, jak:

a) używanie rękawiczek przy zabiegach u krów (usuwanie łożyska) i sekcjach,

b) mycie rąk przed jedzeniem i,

c) zażywanie przez osoby, mające stały kontakt z chorem bydłem, stale roztworu kwasu solnego w celu dezynfekcji żołądka (v. B e r g m a n n).

3. zwalczania romień zakaźnych u bydła przez dezynfekcję obór i szczepienia ochronne u bydła,

4. obowiązkowego zgłaszania przypadków choroby B a n g a u ludzi i zwierząt.

Co do szczepień ochronnych, to Z a m m i t i D e b o n o w Anglii stwierdzili u szczepionych krów zupełną nieobecność pałeczek B a n g a w mleku i wymionach. 4 z 12 uodpornionych krów nie uległy zakażeniu, reszta przebyła bardzo lekką infekcją w przeciwieństwie do nieszczepionych krów. Szczepionki B a n g a działały również przeciwko chorobie maltańskiej.

Co do leczenia choroby, to w naszym przypadku, jak i u większości autorów, chemoterapia prawie żadnego polepszenia nie wykazała, natomiast leczenie szczepionką (L a n g, P r z e s m y c k i, S j o e r s l e r, W e i d n e r, P o p p e, K o h l m a n n, W e n d t) oraz w naszym przypadku zastrzykiwania dożylnie glukozy (w celu ożakowania wątroby) dały wyniki bardzo dobre. Niektórzy z badaczy mieli też dobre wyniki z zastrzykiwaniami omnadyny (P o p p e, K o h l m a n n, W e n d t). W naszym przypadku wyraźnej reakcji po zastrzyknięciu omnadyny nie było. Ostatnio N e u m a n n - S p e n g e l chwali podawanie 3 razy dziennie po 0,5 *chinin. muriat.* S d r o d o w s k i wyliczył jednego chorego zastrzykiwaniami kolargolu.

Rokowanie w brucellozie jest naogół dobre ze względu na stosunkowo łagodny przebieg (L ö f f l e r, Z e l l e r, H a r d y) i ze względu na nie stwierdzenie infekcji pałeczkami B a n g a u dzieci do lat 8-miu (M a d s e n), względnie do lat 15-tu (P r a u s n i t z).

Jednak w ostatnim czasie, specjalnie w piśmiennictwie niemieckim, mnożą się przypadki choroby B a n g a u ludzi z zejściem śmiertelnym (H a r d y, C u r s c h m a n n, P r a u s n i t z, G e b h a r d t). G e b h a r d t opisuje jeden przypadek śmierci jako posocznicę z ciężką żółtaczką, powikłaniami wątrobowymi oraz objawami *purpurae haemorrhagicae*. P r a u s n i t z — z *endocarditis*. A t t i n g e r — z septycznym zapaleniem mięśnia sercowego i ostrą absolutną arytmją serca. C u r s c h m a n n — 3 przypadki śmierci z niedomogą krążenia, z hiperonją, z rozedmą płuc, z zapaleniem osierdzia. Ostatnie przypadki były u ludzi w podeszłym wieku ze zmianami chorobowymi w ustroju, co prawdopodobnie miało zasadniczy wpływ na dalszy rozwój choroby. C u r s c h m a n n też radzi, wskutek tego, zwrócić więcej uwagi na leczenie choroby i na poważne traktowanie infekcji, z baczną obserwacją układu krążenia. B a a s t r u p (Danja) opisuje przypadek śmierci w chorobie B a n g a z powodu ostrego zapalenia nerek. Należy dodać, że materiały sekcyjny powyższych autorów żadnych swoistych zmian w organach, prócz lekkiego obrzęku i atrofji wątroby i śledziony, nie wykazał.

W n i o s k i.

1. Liczba przypadków choroby B a n g a u ludzi jest znacznie większa, niż można przypuszczać.

2. Choroba B a n g a u ludzi jest jeszcze bardzo rzadko rozpoznawana.

3. Krew, przesłana do Instytutów Bakteriologicznych wskutek chorób gorączkowych, należy zawsze badać na chorobę B a n g a.

4. Poty nocne i gorączka powinny kierować myśl w stronę choroby B a n g a.

5. Nie należy traktować choroby B a n g a jako infekcji lekkiej i pilnie zwracać uwagę na układ krążenia, zwłaszcza u ludzi w podeszłym wieku.

6. Zacząć leczenie szczepionką dość wcześniej, co daje dobre wyniki.

7. W celach zapobiegania chorobie B a n g a:

a) odkażać mleko,

b) stosować profilaktykę osobistą,

c) zwalczać ronienie zakaźne u bydła,

d) wprowadzić obowiązkowe zgłaszanie zachorowań u ludzi i zwierząt.

P I S M I E N N I C T W O.

Abraham i Garbat, Rocketeller Institute for medical research 1922. Attinger, Schweiz. Med. Woch. 1932, Nr. 3. Bastrup. Ugeskr. Laeg. 1928, 20. Ber Art. W. Cz. L. 1935, Nr. 12, 13, 14 i 15. Baker. Arch. f. inn. Med. 1929, T. 44, S. 128. Berkessy. Orw. Hetil. 1929, N. 14. v. Bergmann. Deutsch. Med. Woch. 1933. Bittrolf. Z. f. Chirurg. 1932, N. 31. Carpenter. Raport of a case of undul. fever due to Brucella abortus. Soc. of Amer. Bacteriol. Centr. New York States 1925. Curschmann Med. Klinik 1929, Nr. 11. Curschmann. Med. Klinik 1932, N. 14. Ehrström. Fińska Läk. Sällsk. Hdl. 1928. 4. Elketes i Fried. Deutsch. Med. Woch. 1932, Nr. 37. Hebenstreit. Pol. Gaz. Lek. 1929, N. 18. Gebhardt. Med. Klin. 1931, N. 19. Habs. Münch. Med. Woch. 1928. Habs. Med. Klin. 1930, S. 74. Hagemester. Med. Klin. 1930, N. 28. Hebenstreit. Pol. Gaz. Lek. 1931, St. 441. Herman. Wien. Klin. Woch. 1930, N. 47. Johnsson. Med. Klin. 1929. Kathe. Mediz. Welt 1930. Konhlmann. Münch. Med. Woch. 1929. Kokotek i Poznański. Pol. Gaz. Lek. 1931, str. 4. Kristensen. Zbl. f. Bakl. 1928. Kristensen i Per. Holm Zbl. f. Bakter. 1929. Lang. Med. Klin. 1930 N. 11. Lang. Med. Klin. 1929, S. 417. Legeżynski. Comp. Ren. Soc. Biol. 1928, T. 99. str. 919. Lenhartz. Med. Welt 1932, N. 16. Löffler. Schweiz. Med. Woch. 1931, N. 40. Löffler. Würzburg Abh. 1930, H. 11. Monografja. Löffler. Schweiz. Med. Woch. 1929, N. 11. Löffler i Albertini. Krankheitsforschung Bd. VIII. Madsen. Bull. officiell. internat. 1. Hyg. publ. Madsen. Münch. Med. Woch. 1928. Magendantz. Med. Klin. 1930. Makkawiejski i Karkadinowski. D. tierärztl. Monatsschr. 1930. I. Michels. Z. f. inn. Med. 1932, N. 1. Müller. Münch. Med. Woch. 1931. Nagel. Schweiz. Med. Woch. 1931, N. 40. Nagorsen. Med. Klin. 1929, N. 18. Nagorsen. Med. Klin. 1930, N. 40. Neumann - Spengel. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung, 1933, N. 1. Poppe. Münch. Med. Woch. 1929. Prausnitz. Med. Klin. 1929, N. 4. Przesmycki. War. Czas. Lek. 1929, S. 1033. Rimpau. Therap. der Geg. 1929. Salus. Aerzteverein Prag. Sitzung, 16.5.1930. Sjersler. Münch. Med. Woch. 1928. Simpson i Fraizer. Journ. of the amer. med. assoc. 1929. Singer. Med. Klin. 1930. Spengler. Wien. Arch. f. inn. Med. Bd. 19, H. 1 — 2. Spengler. Ges. der Aerzte Wien Sitzung, 1928 26. 9. Stepp. Zeitschr. w. Klin. Medizin, 1920. Straube. Med. Klin. 1932. S. 1501. Strodowski. Arch. f. Schiffs. und Tropenhyg. 31. H. 7. Schlesmann. Klin. Woch. 1932, N. 41. Schotter, Brodskaja i Sinai. Münch. med. Woch. 1928, N. 10. Schottmüller. Deutsch. Med. Woch. 1930, N. 43. Schnürer. Mitt. der V. Ges. Amt. 1931, N. 11. Szymanowski. War. Czas. Lek. 1928, str. 490. Weidner. Münch. Med. Woch. 1929. Wendt. Münch. Med. Woch. 1929. Wergimann. Arch. f. Hyg. 102, S. 77. Zach. Prager Arch. f. Tiermed. 1929, N. 45. Zammit & Debono, Lancet 1930, S. 1343. Ziemann. Med. Klin. 1930.

Ze szpitala dla dzieci im. Bersonów i Baumanów.
(Lekarz Naczelny: Dr. Braude-Hellerowa).

Trudności rozpoznawcze w przypadku błonicy.

Podala

T. GOLIBORSKA, kierowniczka pracowni (Warszawa).

Dziecko płci żeńskiej w wieku 2 l. 6 m., przebywające w szpitalu z powodu odoskrzelowego zapalenia płuc, miało stale wyciek ropny z nosa. Laryngolog (Dr. Weinkiper) stwierdził w jamie gardzieliowej na lewym tylnym łuku podniebiennym powierzchowne owrzodzenie oraz takie same owrzodzenia na błonie śluzowej policzków. W jamie nosowej widoczne były owrzodzenia i błony na przegrodzie, odpowiadające zmianom błoniczym.

Ogłędziny bezpośrednie preparatu mazanego z przyslanego do badania nalotu nie wykazały obecności pałeczek błonicy, natomiast wyłącznie ziarniaki (prep. barwione Gramem i Nersserem).

Nalot posiano na pożywce Löfflera. Ogłędziny preparatów barwionych po 24 godz. nie wykazały obecności pałeczek błoniczych, wogóle pałeczek nie było; widoczne były wyłącznie ziarniaki.

Wobec utrzymujących się objawów klinicznych, przemawiających za błonicą, zaszczerpiono śwince morskiej podskórną zawiesinę, sporządzoną z 24 godz. hodowli na pożywce Löfflera, tej samej hodowli, która na preparatach barwionych nie wykazała nic podejrzanego w kierunku prątków błonicy. Zawiesinę sporządzono w soli fizjologicznej, dodając do 1 cm.³ soli 1 uszko bakterij z powierzchni 24 godz. hodowli. Jednocześnie śwince kontrolnej wstrzyknięto tę samą ilość zawiesiny wraz z 50 jedn. surowicy przeciwbłoniczej. Hodowlę na pożywce Loefflera sprawdzono jeszcze na obecność pr. błonicy po upływie następujących 24 i 48 g. tak samo z wynikiem ujemnym.

Świnka szczepiona padła w ciągu 3-ej doby od chwili szczepienia. Badanie sekcyjne wykazało w miejscu wstrzyknięcia obrzęk i wybroczyny w tk. podskórnej i na surowicówce. W obu jamach opłucnowych stwierdzono znaczną ilość płynu surowiczego, w j. otrzewnowej płynu nie było. Nadnercza wykazały obustronne zmiany typowe dla zatrucia jadem błoniczym w postaci licznych ognisk wybroczynowych. Świnka kontrolna pozostała przy życiu.

Posiew wykonany z materiału, pobranego uszkiem z miejsca wstrzyknięcia zawiesiny śwince, wykazał na pożywce Loefflera po 24 g. obecność typowych pałeczek błonicy.

Przypadek powyższy nasuwa 2 możliwości, wyjaśniające jego przebieg: albo należy przypuszczać, że pożywka Loefflera, na której zwykle wysiewa się naloty, była w tym przypadku nieodpowiedniem podłożem dla szczepu, możliwe że istniejące obok ziarniaki zahamowały wzrost pr. błonicy; albo też druga możliwość, że mieliśmy tutaj do czynienia z atypową postacią prątka błonicy, który mógł występować w postaci np. ziarnistej i dlatego nastroczał trudności rozpoznawcze.

Wątpliwości, jakie nasunął dany przypadek podczas badania, są prawdopodobnie zjawiskiem, częściej występującym, tłumaczą one częściowo rozkojarzenie wyniku badania klinicznego i bakterjologicznego w przypadkach błonicy.

Ze szpitala dla dzieci im. Bersonów i Baumanów.
(Lekarz Naczelny: Dr. Braude-Hellerowa).

Prątki błonicy w przypadku ropnego zapalenia opłucny.

Podala

T. GOLIBORSKA, kierowniczka pracowni (Warszawa).

Zasadniczo nie została dotychczas rozstrzygnięta kwestja, czy prątki błonicy, spotykane w płwocinie w przypadkach rozmaitych schorzeń płuc (przy nieobecności tych prątków w jamie nosowo-gardzieliowej), są istotną przyczyną danego cierpienia płuc, czy tylko drobnoustrojami, przypadkowo towarzyszącymi. Dawny pogląd Löfflera, Roux i Yersina, że prątki błonicy usadawiają się wyłącznie na błonach śluzowych, skąd działają na ustroj za pomocą toksyny, ostatnio uległ zmianom. Coraz częściej są opisywane przypadki, w których prątki błonicy miały być przyczyną, wywołującą zapalenie płuc (Reye, Schmidt i inni), zapalenie oskrzeli (Landa, Singer, Bayer), oraz znajdowano je nawet we krwi. (Frosch, Nowak, Pears i inni). Simic, badając zwłoki chorych, zmarłych z powodu błonicy stwierdzał obecność prątków błonicy w narządach, bardzo odległych od miejsca ich pierwotnego usadowienia się w ustroju, a mianowicie, w osierdziu i w śledzionie. Spostrzeżenia te poparł Simic doświadczeniami na zwierzętach, które zakazał prątkami błonicy; doświadczeń tych wynika, że niektóre szczepy błonicy mogą przechodzić do krwi, wywołując typową bakterjemię. Aczkolwiek przypadek, przez nas spostrzegany, nie należy do tych, w których zapalenie opłucny było wywołane przez prątki błonicy, podajemy go jednakże ze względu na rzadkie umiejscowienie się tych drobnoustrojów.

Dziecko płci męskiej w wieku 1 r. 4 mies. przebywało w szpitalu z powodu prawostronnego zapalenia płuc, powikłanego ropnym zapaleniem opłucny. Badanie bakterjoskopowe treści ropnej z opłucny wykazało obok licznych ciałek ropnych florę drobnoustrojową w postaci dwoinek typu pneumokoka, gronkowca oraz pałeczek błonicy. W posiewie stwierdzono obecność pneumokoków typu XXXI, gronkowca złocistego oraz prątków błonicy. Szczep błonicy wyizolowany, wstrzyknięty śwince morskiej w ilości 1 uszko na 1 cm.³ soli fizjologicznej, spowodował śmierć zwierzęcia, a sekcja wykazała zmiany typowe dla jadu błoniczego w postaci obrzęku tkanki podskórnej, płynu w jamach opłucnowych oraz typowych zmian w nadnerczach. Świnka kontrolna, która otrzymała 50 jednostek surowicy przeciwbłoniczej, została przy życiu, chociaż wstrzyknięto jej taką samą ilość zawiesiny prątków badanych.

Minimalna dawka śmiertelna toksyny, otrzymanej z wyizolowanego szczepu błonicy, wynosiła 0,01 cm.³.

Badanie nalotu z jamy nosowo-gardzieliowej tego dziecka nie wykazało obecności prątków błonicy.

W przypadku tym sprawa chorobowa została prawdopodobnie wywołana przez pneumokoki, a znalezione prątki błonicy miały charakter wtórny, aczkolwiek z całą pewnością twierdzić tego nie możemy. Za wtórnym usadowieniem się pr. błonicy na podłożu, zmienionem przez pneumokoki, przemawia jeszcze do mieszką gronkowca złocistego, który występował obok pr. błonicy.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

Uwagi o somatycznym leczeniu niektórych zaburzeń nerwowych i psychicznych u kobiet*).

Podał

E. BIRZOWSKI (Warszawa).

Przez 2 tysiące lat ludzkość nie wymyśliła zasadniczo nic lepszego nad to, co dał wielki Hippokrates.

Biernacki.

Znam tak dobrze duszę kobiety, jak i jej ciało.

Słyn. ginekol. W i n c k e l.

W terapii całego ustroju tkwi właściwie sedno problemu lecznictwa.

Prof. M u c h.

W związku z odbywającym się procesem stopniowego przeistaczania się ginekologii w wiedzę wogóle o kobiecie daje się zauważyć w ostatnich czasach znaczne rozszerzenie zasięgu jej dotychczasowego zainteresowania. Dzięki pracom H i r s c h a, S e l l h e i m a, M a t t h e s a, A s c h n e r a, R o s n e r a i in., ginekologia poprzez teren swojej specjalności — genitalja — sięgnęła ostatnio do całokształtu osobowości kobiety, jej istoty psychofizycznej, skierowała swój wzrok wraz z całą wiedzą lekarską obok choroby i na chorego również osobnika. Albowiem mimo najdokładniejszych badań anatomohistopatologicznych, badań, związanych z nazwiskami wybitniejszymi, jak H i t s c h m a n n, A d l e r, R. M e y e r, F r a e n k e l, S e i t z, P a n k o w, S c h r ö d e r i in. — wiele zagadnień w ginekologii do dziś dnia zostało jeszcze nierozwiązanych. Również i świeżo zbudowany gmach rozważań i wniosków w zakresie hormonów płciowych — został w niemałym stopniu podważony dzięki najnowszym badaniom, dającym podstawę do wnioskowania o produkowaniu przez łożysko hormonu jajnikowego i prolanów, w związku z wykryciem hormonu męskiego płciowego — androkyniny w moczu kobiet ciężarnych, położnic i chorych na raka, z wyosobnieniem follikuliny w moczu mężczyzn (S. L i e b h a r d t). Godzi to zatem w nader ciekawą próbę Z o n d e k a i in. ujęcia niektórych zaburzeń ginekologicznych (amenorrei, metromenorrhagji oraz dolegliwości klimakterycznych) z punktu widzenia czysto czynnościowego t. j. hormonalnego, chemicznego na tle zależności między macicą, jajnikiem a przednim płatem przysadki mózgowej.

W związku zatem z coraz większym znaczeniem, jakiego nabierać poczyniła i w ginekologii zagadnienie konstytucji — chciałbym tu poruszyć rozdział z pogranicza ginekologii i neurologji, ew. psychjatrii, mianowicie o wpływie zaburzeń cielesnych w organizmie kobiety na jej stany nerwowe i psychiczne oraz o próbach terapii dolegliwości tych, tak somatycznych, jak i psychicznych. Związek przyczynowy, zachodzący między schorzeniami ciała i duszy znów nabiera, zresztą, ostatnio — dzięki pracom L u x e n b u r g a, L a n g e-

g o, R ö s s l e g o, K o g e r e r a, W i r s z u b s k i e g o, a przede wszystkim A s c h n e r a — cech aktualności.

Doniesienia świetnego ginekologa A s c h n e r a o nader skutecznych próbach somatycznego ogólnoustrojowego oddziaływania na szereg zaburzeń nerwowych i w sferze duchowej kobiet zwróciły na siebie uwagę świata lekarskiego. Łącznie z jego pracami „Konstytucja kobiety” oraz „Przesilenie w medycynie. Konstytucyjna terapia jako wyjście” stanowią one najważniejsze ogniwo w szeregu prac z dziedziny ginekologii i jej pogranicza, wychodzących z założenia biologicznego ujmowania osobowości jako swoistej organizacji, jednostki psychofizycznej, której czynności duchowe i fizyczne są przejawem biologji ustroju. Duże znaczenie konstytucyjne tak djagnostyczne, jak i terapeutyczne, przypisuje A s c h n e r p łci i wiekowi. Już sama przynależność do płci kobiecej uspasabia do stanów zwiotczenia (astenja, enteroptoza, atonia żołądka) do infantyliizmu, do nadmiernej produkcji soków i tkanek (nowotwory), otyłości, pełnokrwistości i zaburzeń w przemianie materji czyli dyskrazji w najszerszym sensie (wszelkie zaburzenia w chemizmie krwi, wydzielin gruczołów wkrewnych). Również i wiek ogromnie oddziaływa na konstytucję organizmu. Okres pokwitania uspasabia do zaburzeń na tle zwiotczenia i niedomogi humoralnej (astenja, tbc, blednica, limfatyzm). W życiu zaś kobiety okresy płciowe (pokwitanie, miesiączkowanie, ciąża, połóg, karmienie, przekwitanie) mają wielkie znaczenie konstytucjonalne, ogólnoustrojowe. Przekwitanie nprz. uważa A s c h n e r oddadną za niebezpieczny okres w życiu przeważającej liczby kobiet, przypisuje mu w związku z ustaniem miesiączki dominującą rolę w powodowaniu wielu chorób, a jednocześnie uważa je za bardzo nadające się do skutecznego oddziaływania leczniczego ogólnoustrojowego. Mając do czynienia z ogromną liczbą kobiet w tym mianowicie wieku A s c h n e r zwrócił uwagę na liczne skargi podmiotowe i przedmiotowe (objawy naczynioruchowe, zaburzenia krążenia, wysypki skórne, dolegliwości stawowe, zaburzenia przemiany materji, dolegliwości wątrobowe, nerkowe, zaburzenia w sferze duchowej, nieraz do najcięższych psychoz dochodzące). Ta — zdawałoby się — pstrokaczna objawów daje się jednak dobrze ująć w 3 zasadnicze grupy: 1) objawy na tle skłonności do przekrwień miejscowych i ogólnych — do pletory dochodzące, 2) objawy na tle usposobienia do ostrych i przewlekłych spraw zapalnych (nieraz zakaźnych, przeważnie jednak na tle niezakaźnym) — przez podrażniające produkty złej przemiany materji spowodowane t. zw. *diathesis inflammatoria*. Tem właśnie wytłumaczyć się daje cały szereg zachorowań usznych, gardlanych, chorób skóry, zapaleń dróg żółciowych, zapaleń żył, nerwów, stawów w okresie *climacterium*. Są one niejako przejściem do objawów trzeciej grupy powstałych na tle złej przemiany materji czyli t. zw. dyskrazji różnych rodzajów. Objawy te dość często, niestety, przeoczone bywają w praktyce, ponieważ nie nabrały jeszcze charakteru zaburzeń jaskrawych, jak cukrzyca, otyłość, skaza moczanowa, a wychodzą najaw w postaci świądu, wysypek skórnych, zapaleń aseptycz-

*) Odczyt wygłoszony 7.III.33. w Zrzeszeniu Lekarzy Rzeczp. Polskiej.

nych, których istotę trudno nam narazie uchwycić lub ustalić. Pojęcie „dyskrazja” ostatnio naukowo rehabilituje się. H o c h e n e g g wypowiada się za dyskrazją rakową i gruźliczą. F r i g y e s i mówi o dyskrazji cholesterynowej ciąży. Również i to, co S e i t z ostatnio mówi o dysjonozach, dyskoloidozach, dysendokrynozach i dyswitaminozach ciążowych, daje się podciągnąć pod to pojęcie, które najlepiej scharakteryzować można jako wyraz zbiorowych dysfunkcji w gospodarce chemicznej ustroju, zachodzących podczas ciąży. Bo, rzeczywiście, widzimy, iż często zaburzenia czynności gruczołów wkrewnych, przemiany materji, narządów krwiotwórczych i układu wegetatywnego — przechodzą jedno w drugie. S e i t z jednolicie ujmuje pod zbiorową nazwą toksykozy ciążowych: eklampsję, dermatozy ciążowe, dolegliwości nerwowe, toksykozy ciążowe przewodu pokarmowego — ślinotok, *hyperemesis gravidarum*, wątrobę ciążową, żółtaczkę ciążową, ostry żółty zanik wątroby, kamicę żółciową, nerkę ciążową, hemoglobinemję. Tłumaczy wszystkie te schorzenia zmianami w procesach chemicznych przemiany materji, sekrecji wewnątrzwydzielniczej, odporności, nie uwzględniając natomiast poprzednich teoryj mechanicznych i odruchowych. Toksykozy ciążowe — zaznacza S e i t z — dowodzą, jak przez proces zgoła fizjologiczny w znacznym stopniu zostają odmienione: skład krwi, działalność gruczołów dokrewnych, stan elektrolityczny, układ wegetatywny, przemiana materji oraz czynność oddalonych od sfery rodnej organów, i jak u osobników konstytucjonalnie mniejwartościowych albo nie całkowicie dostosowanych — przez odmowę tego lub innego narządu — dochodzi do najróżnorodniejszych lżejszych lub cięższych stanów chorobowych.

Odwieczne zadanie utrzymania gatunku siłą rzeczy przyczyniło się do przewagi momentu somatycznego, cielesnego w istocie kobiety, momentu, najdobitniej występującego w okresie jej życia płciowego. Bezpośrednio z tem związane zagadnienie miesiączkowania, zagadnienie jego zasadniczej roli w życiu organizmu kobiecego — czy perjdod poza zadaniem uczynienia ze słuźówki macicy gleby życiodajnej dla jaja zapłodnionego ma jeszcze do spełnienia i inne funkcje i po dziś dzień pozostaje problematem nierozstrzygniętym. Ciekawy jest fakt, iż stopniowo zaczynamy i tu powracać do starego poglądu tak ludów wschodnich, jak wogóle szeroko rozpowszechnionego wśród ludu zapatrywania, iż miesiączka jest aktem samooczyszczenia się ustroju kobiecego. Najkonsekwentniej pogląd ten czerwoną nicią przewija się w pracach S c h i c k a. A s c h n e r a i in., uważających miesiączkowanie za proces, który ma na celu oczyszczenie, ewen. uwolnienie organizmu kobiety od trujących substancji, których przyroda jeszcze całkowicie nie została zbadana. S c h i c k w ślad za G r o e r e m nazwał te ciała menotoksynami. Nie bacząc na to, że badania S c h i c k a w nieznacznym tylko stopniu potwierdzone zostały przez innych badaczy (ustalone zostało pewnego rodzaju oddziaływanie potu miesiączkujących kobiet na rośliny, przebieg fermentacji drożdżowej) — wielu uczonych (prof. Z u b r z y c k i) nie wątpi jednak o słuszności jego twierdzeń. L. F r ä n k e l w swojej „Fizjologii narządów rodnych kobiety” uważa miesiączkę m. in. za proces, mający na celu wydalenie pewnych niezbędnych dla ewent. rozwoju płodu substancji, które jednak w razie niezapłodnienia jaja stają się niepotrzebne a nawet szkodliwe. Nagromadzenie ich w więk-

szej ilości może stać się truczną dla organizmu niezapłodnionej kobiety. Więc i wg. F r a e n k l a istnieje analogja między menstruacyjnymi a ciążowymi toksykami.

Pg. A s c h n e r a zaś miesiączka, a zwłaszcza regularne krwawienia w odstępach 28 dniowych i w dostatecznym stopniu ukazujące się — są procesem niezbędnym do utrzymania kobiety w zdrowiu. Na materjale, składającym się z 6000 pacjentek, stwierdził A s c h n e r blisko w 15% zaburzenia w miesiączkowaniu w postaci zmniejszania się perjodycznego krwawienia. I otóż właśnie u kobiet, cierpiących na skąpe miesiączki — stwierdził A s c h n e r szereg cierpień, umiejscowionych poza sferą narządów rodnych — jak schorzenia skóry, oczu, zachorowania reumatyczne, bóle głowy i migreny, cierpienia organów oddychania, wątroby, pęcherzyka żółciowego, psychozy — ogólnie biorąc zatem — usposobienie do spraw zapalnych, oznaki samozatrucia organizmu. A s c h n e r ujmuje wszystkie te dolegliwości jako różnopostrawione przejawy jednego i tego samego zaburzenia. Uważa je jako spowodowane najprawdopodobniej zatruciem nieodkrytymi jeszcze menotoksynami i tłumaczy je jako następstwa dyskrazji w sensie starej medycyny. Jako zaś najważniejszy dowód, przemawiający za słusznością jego twierdzeń, A. przytacza spostrzeżenia własne i in. autorów, iż wszystkie te — zdawałoby się — nic wspólnego ze sobą nie mające schorzenia doskonale reagują na leczenie ogólnoustrojowe, a więc na środki, regulujące przedewszystkiem miesiączkowanie, oczyszczające, odtruwające organizm za pomocą *emmenagoga*, moczopędnych, przeczyszczających, środków napotnych, upustów krwi, wymiotnych i t. d.

Prymat czynnika cielesnego w istocie kobiety, związek jego z czynnikiem psychicznym, wzajemne ich na siebie oddziaływanie w fizjologii i patologii ustroju kobiecego najlepiej daje się poznać, gdy się sięgnie do biologicznych praw, rządzących psychofizyczną istotą kobiety. Trzy następujące podstawowe prawa (wg. L i e p m a n n a) rządzą tu: 1) Prawo biologicznego zahamowania rozwojowego pierwszocy kobiecej w porównaniu z męską. 2) Biologiczne, fizjologiczne usposobienie do zranienia pierwszocy kobiecej (*vulnerabilitas*). 3) Nasylenie istoty kobiecej płciowością (całopłciowość, pansensualizm, którego uwzniośleniem jest macierzyństwo)... Zahamowanie rozwoju jest charakterystyczne już dla zarodkowego okresu pierwszocy kobiecej. W widoczny sposób przejawia się w tem, że, podczas gdy jądra wędrują nazewnątrz jam ciała — jajniki pozostają w dalszym ciągu bliżej swego pierwotnego zarodkowego ułożenia w jamie brzusznej. Również i cały *habitus* narządów płciowych kobiecych, zewnętrznych i wewnętrznych bardziej jest zbliżony do swego stanu zarodkowego w przeciwstawieniu do wraźniej zróżnicowanych męskich narządów płciowych (*Scrotum i labia maiora, penis i clitor*). Zahamowanie to trwa również i w dalszym ciągu życia pozałodowego kobiety i odbija się na wszystkich narządach i organach jej ustroju. L i e p m a n n r o z c i a g a również tę cechę zahamowania i na mózg kobiecy, zaliczając go, zgodnie z jego swoistem ukształtowaniem i swoistem sposobem działania, do narządów o charakterze drugorzędnych cech płciowych. Dodać przytem, iż taksamo jak nie powinno się stawiać plemnika biologicznie wyżej nad iajo kobiece, tak też nie można wywyższać mózgu męskiego nad kobiecy — ukształtowane sa swoiście i swoiście zatem działają. Czem daje się wytłumaczyć ta ce-

cha hamowania w ustroju kobiety? Otóż wg. S c h u l t z e g o — energia, zużyta przez kobietę w przeciagu tyłu wieków przy spełnianiu swej naturalnej powinności — stać się i być matką — zmarnowana została z uszczerbkiem dla rozwoju jej własnego organizmu. Gdyż w pewnych okresach odmiennych życia kobiety wszystkie procesy w jej ciele zabarwiają się altruizmem biologicznym. Nie mają one wtedy na celu jej dobra osobistego, lecz dobro tej nowej istoty, kiełkującej już w jej łonie. Zebrać wtedy kapitał swój własny jest mniej dane przez naturę kobiecie, niż mężczyźnie. Tem właśnie po części tłumaczy S c h u l t z e większą prostotę, pierwotność w fizycznej budowie organizmu kobiecego...

W r. 1925 H a l b a n (cyt. wg. S e d l i s a) zebrał i opisał wszystkie znane przypadki maskulinizacji kobiet i feminizacji mężczyzn pod wpływem guzów jądra i jajnika oraz przypadki maskulinizacji i feminizacji pod wpływem guzów nadnercza. Okazało się, iż przypadków feminizacji było bardzo mało (1 — 2 przypadki); ustrój mężczyzny w swoim fizycznym rozwoju więcej posunięty, fizycznie znacznie doskonalszy, prawdopodobnie o wiele rzadziej ulega podobnej metamorfozie.

Druga cecha biologiczna pierwszocy kobiecej — fizjologiczne usposobienie do ranliwości przewija się przez cały ciąg życia kobiety, od jej zarania zarodkowego aż poza okres przekwitania. Poczynając od okresowego przerywania powierzchni jaja z następującym ranieniem i bliznowacaniem w przerwach dwudziestoosmioldniowych, związanego z krwawieniem z narządów rodnych, poprzez przebicie jaja przez plemnik przy zapłodnieniu, aż do krwawego rozdarcia błony dziewiczej, aż do ciąży, porodu i połogu, z całym szeregiem ich psychofizycznych wstrząsów i ewent. zaburzeń — mamy do czynienia z *vulnerabilitas* komórek ustroju kobiecego. Pozatem wyrazem tej „gotowości do ranliwości” jest jeszcze niebezpieczne ustawienie narządów rodnych kobiety w stosunku do jamy brzusznej. Wyrostek robaczkowy u kobiet częściej, aniżeli u mężczyzn, jak uczy doświadczenie — wciągnięty bywa w sprawy zapalne, rozgrywające się w małej miednicy. U kobiet szerzenie się spraw chorobowych z wyrostka robaczkowego na narządy rodne i naodwrot nie należy do rzeczy wyjątkowych. Dodać należy jeszcze jeden objaw łatwej uszkodzalności ustroju kobiecego. Okres dojrzewania dziewczęcia jest zwykle okresem schorzenia jej krwi — blednicy, anemii. Krew traci wtedy znaczną ilość swego barwnika, staje się wodnistą, lekką, ciężar właściwy się obniża, przyczem tętno i ciepłota się podnoszą, zbliżając się do typu dziecięcego. Jako potwierdzenie trzeciej cechy biologicznej plazmy kobiecej, którą określiłem jako *pansexualismus*, całościowości istoty kobiecej, mogą służyć następujące dane, które H. F r i e d e n t h a l przytacza z zakresu anatomii porównawczej narządów płciowych. Narządy płciowe kobiece wielkością swoją zarówno bezwzględnie, jak względnie przewyższają także narządy wszystkich innych prymatów. Żaden gatunek małp nie posiada takiego bogactwa drugorzędnych cech płciowych, jak kobieta: jej pochwa i macica są o wiele doskonalsze, niż u samicy goryla lub orangutanga. Pochwa kobieca posiada cały układ fałd poprzecznych, mających na celu powiększenie orgazmu podczas aktu płciowego. U kobiety jajnik stanowi 1/5000 część wagi jej ciała, u krowy zaś tylko 1/50.000, czyli że gruczoł płciowy kobiety jest stosunkowo blisko 10 razy cięż-

szy niż tenże gruczoł u zwierząt przeżuwiających. D e n t i c i, który w r. 1922 badał narządy płciowe *Hippopotamus amphibius*, przekonał się, iż jajnik tego kolosalnego zwierzęcia równa się prawie co do swej wielkości jajnikowi kobiety. W subtelne i stosunkowo niewielkie ciało kobiety natura włożyła ogromne, jak u hipopotama jajniki z ogromnie rozwiniętą w porównaniu ze zwierzętami częścią wewnątrzwydzielniczą — przy pomocy układu nerwowego i wydzieliny gruczołów dokrewnych trzymają one cały ustrój kobiecy w swojej władzy (N i e m i ł o w). Narządy rodne kobiety w związku ze swoją ciągłą pracą fizjologiczną częściej w porównaniu z męskimi bywają wystawione na niebezpieczeństwo schorzenia. Wg. G u r l t a (Statystyka nowotworów) na ogólną liczbę 15880 chorych na nowotwory (materiał szpitalny Wiedeń, Berlin) przypada 4740 mężczyzn, a 11140 kobiet, czyli że stosunek wynosi 1 : 2,3. Jaskrawość tego zestawienia uwydatni się jeszcze wyraźniej przy uwzględnieniu umiejscowienia nowotworów: znajdziemy wtedy na 4316 przypadków nowotworów u mężczyzn 256 przypadków nowotworów narządów płciowych; na 9557 kobiet zaś mamy 6530 przypadków nowotworów narządów płciowych, czyli że u kobiet w porównaniu z mężczyznami 11 razy częściej występują nowotwory tych narządów. Słynny ginekolog W i n c k e l na 1000 zwłok kobiecych zaledwie w 14% nie stwierdził schorzeń ginekologicznych...

Również i psychika kobiety może być ujęta z punktu widzenia tych trzech zasadniczych podstaw biologicznych pierwszocy kobiecej... Wrodzona cecha zahamowania powstrzymuje umysł kobiecy od myślenia abstrakcyjnego, niekonkretnego, kieruje go wewnątrz siebie samego, czyni go bardziej subiektywnym, podatniejszym na obce wpływy, powiększa zatem suggestywność i bierność kobiety.

Fizjologiczne usposobienie do ranliwości jest źródłem wzmózonej pobudliwości psychiki kobiecej i, co za tem idzie, jej emocjonalności, afektywności. Odbicie tej ranliwości na sferze duchowej kobiety znajdujemy w następ. słowach K r a e p e l i n a. Zazwyczaj fizjologicznemu nawet przebiegowi miesięczkowania prawie stale towarzyszy pewne wzmózenie wrażliwości nerwowej i psychicznej, podniecenie, przybierające u poszczególnych osób formy wyraźnie chorobliwe. Cięży normalnej zwykle towarzyszą objawy nerwowe różnego rodzaju: wymioty, ślinotok, neuralgie, zmiana gustu — wyraz wzmózonej (na tle, najprawdopodobniej, toksycznym) pobudliwości układu nerwowego. Połogowi również właściwe są zaburzenia duchowe, jak wzmózona afektywność, melancholja i in. Okres przekwitania — podług K r a e p e l i n a — w znacznym stopniu przyczynia się do uwydatnienia skłonności do chorób psychicznych i nerwowych... Ogromna rola, którą płciowość odgrywa w psychice kobiety, uwidoczni się, wg. K r a e p e l i n a, w tej grupie zaburzeń w sferze duchowej, których źródłem są procesy progenitury (ciąża, półóg, *lactatio*). Przeciętnie przypada na nie blisko 14% schorzeń psychicznych. Wg. H e r s z a n a charakterystycznym momentem, odróżniającym zdrową i dojrzałą kobietę od osobnika płci męskiej, jest duchowa i fizyczna jej zależność od sfery płciowej. Kobieta jest — twierdzi — istotą nawskroś płciową, przesiąkniętą niejako płciowością. Niedomagania i zaburzenia, tak łatwo powstające na tle tej ostatniej, w związku z okresowymi zmianami w ustroju kobiety, częściej, niż u mężczyzn, wywołują u niej schorzenia fizyczne i duchowe. Jako ciekawa ilustracja do wyżej powiedzianego mogą służyć

2 następ. przypadki, podane przez Z e m p l e n i e g o w Z. f. G.

W podniosłym nastroju wybierała się 20 letnia dziewczyna na zabawę taneczną. Obawiała się jedynie, by miesiączka, która miała nastąpić za 3 dni, nie ukazała się wcześniej. Niestety, dostała miesiączki podczas tańców. Od tego czasu, gdy się wybiera na tańce, — niezawodnie czy to podczas ubierania się czy też podczas pierwszego tańca — zjawia się krwawienie z narządów rodnych. Natomiast, gdy się dostanie niespodzianie do towarzystwa, gdzie się tańczy — może „bezkarnie” i bez przeszkód oddawać się swojej ulubionej zabawie. Wkrótce wyszła zamaż, i po pierwszym porodzie to dziwne cierpienie w niej ustało. Ciekawszy jeszcze jest drugi przypadek. 22-letnia p. N. poroniła w 10 tyg. swojej pierwszej ciąży w następstwie ciężkiej grypy. Koleżanki nastraszyły ją, iż wszystkie jej dalsze ciąży skończą się poronieniami w 10 tyg. ciąży. Mąż i żona ogromnie pragnęli dziecka. Po półroku powtórna ciąża. Ale strach przed poronieniem stał się u p. N. *idée fixe*, i w rzeczywistości poroniła w 10 tyg. RW — ujemna. Przy III ciąży — poczynając od 8 tyg. polecono leżenie w łóżku, abstynencję seksualną, brom i preparaty *corp. luteum*. Strach przed poronieniem przybrał wprost postać fobji, niemal psychozy — Niestety, i tu nastąpiło poronienie w 10 tyg. ciąży. Gdy po 4 tygodniach zatrzymania się miesiączki pacjentka zgłosiła się z IV ciążą — autor postanowił umyślnie ukryć fakt zajścia. Powtórne badanie po paru tygodniach potwierdziło dalszy normalny rozwój ciąży, pacjentkę jednak nadal się utrzymywało w mniemaniu, że ciąża u niej nie istnieje. Dopiero z początkiem ruchów płodu pacjentka dowiedziała się o prawdziwym swoim stanie, szczęśliwie doniosła do końca, później — jeszcze 2 donoszone ciąży. Tu wspomnę nawiasem o falcie, który mi się przypomniał z czasów pobytu na rosyjsko - niemieckim froncie. Jedna z siostr szpitalnych silnie przestraszyła się bomby, rzuconej z aeroplanu niemieckiego przed próg naszego szpitala w S., i nagle dostała silnego krwotoku z narządów rodnych. Była to nowicjuszka, mężatka, prawidłowo dotychczas miesiączkująca. Badanie ginekologiczne stwierdziło normalny stan narządów rodnych. Po kilku bezowocnych próbach udzielenia jej pomocy na miejscu — powstała konieczność skierowania jej do szpitala, odległego od nas o kilka mil. Po przybyciu chorej na miejsce krwotok ustał bez żadnego zabiegu. Gdy po pewnym czasie znów znalazła się w naszym szpitalu, pewna, iż zupełnie wyzdrowiała, sam turkot latających nad nami aeroplanów spowodował już w dniu jej powrotu ponowne krwawienie. Ostatecznie zmuszoną była opuścić nasz szpital.

Mechanizm tych wypadków wytłumaczyć się daje odruchami warunkowymi P a w ł o w a.

Jeśli uwzględnimy fizjologicznie już wzmogoną pobudliwość, a więc i większą uczuciowość, emocjonalność kobiety, z natury skłonnej w niemałej mierze do hysterji, to stanie się zrozumiałem, iż ustrój kobiety stanowi podatny grunt dla potężnego wpływu urazów psychicznych na sferę neurosomatyczną, powodującego w następstwie najrozmaitsze schorzenia czynnościowe. Wiadomą jest rzeczą, iż afekty przykre, jak również przyjemne są w stanie spowodować najdalej idące zmiany w układzie roślinnym. Stan równowagi, ewent. chwiejność, labilność, dystonja ostatniego w dużym stopniu stanowić może o prawidłowej lub nieregularnej czynności sfery płciowej kobiety. Spostrzeżenia N o w a k a,

M a t h e s a, W a l t h a r d a, A. M a y e r a i i n. dowodzą, iż mimo normalnego stanu anatomicznego genitaljów — wpływy, urazy psychiczne, czy to jednorazowe, czy też wielokrotne, są w stanie spowodować daleko posunięte zmiany somatyczne, ew. zmiany w czynnościach somatycznych. Może to się stać na drodze zmiany ukrwienia, zmiany napięcia mięśni prążkowanych — za pomocą oddziaływania układu roślinnego. Charakterystyczne trzy ginekologiczne objawy: bóle, krwawienia oraz upławy mogą bezwątpienia powstać również na tle czysto psychopochodnem. A. M a y e r po wyłączeniu zmian anatomicznych — nie wątpi w takich przypadkach o psychopochodności danego zaburzenia w sferze rodnej i traktuje je psychoterapeutycznie. Dzięki czemu udaje mu się zaoszczędzić pacjentkom wielu niepotrzebnych zabiegów operacyjnych, ewent. różnorakiej terapii. Najliczniejsze właśnie błędy w postępowaniu lekarskiem spostrzegł L i e k w ginekologii operacyjnej. Zrozumiała jest rzeczą — zaznacza, iż narządy rodne kobiety są miejscem najczulszem, miejscem, w którym zaburzenia w układzie nerwowym, ew. wegetatywnym przejawiają się najjaskrawiej. Niezliczona jest zatem liczba bezużytecznie dokonanych zabiegów na genitaljach kobiety: przymocowań macicy, A l e x a n d e r - A d a m s ó w, skrobanek, usuwań macicy i jajników. Zmiana jednak dotychczasowego trybu życia na lepszy, usunięcie szkodliwych czynników — psychicznych lub somatycznych (w oddalonych nawet od sfery rodnej narządach) — może nieraz osłabić lub złagodzić nasilenie skarg podmiotowych, a w wielu przypadkach nawet wpłynąć dodatnio na zmiany anatomiczne, niezbyt daleko posunięte. Z drugiej jednak strony swoista fizjologicznie już cecha pierwszoczy kobiecej, ranliwość u osób histerycznych lub histeryoidnych nasila się nieraz do stopnia *furor operativus passivus*. W takim przypadku zabieg operacyjny staje się prawie niezbędny, jest on wtedy rodzajem sugestji; wraz z hydro-elektro-termoterapią i ogólnoustrojowym leczeniem przyczynia się do szybkiego „pójścia na spotkanie” wyzdrowieniu. Wielki lekarz i chirurg K r e c k e przytacza dane co do 20 appendektomij, gdzie na wyrostku nie stwierdzono żadnych zmian. Po upływie roku K r e c k e stwierdził, iż 85% operowanych żadnych cierpień w okolicy wyrostka już teraz nie odczuwa. Niektórzy nawet twierdzili, iż dopiero po zabiegu czują się dobrze, wrócili do normalnego stanu zdrowia.

II.

Do przekonania, iż powinno się zmienić cały dotychczasowy kierunek postępowania w traktowaniu wielu chorób nerwowych i psychicznych (przeważnie u kobiet) A s c h n e r doszedł w sposób następujący: U znacznej liczby kobiet A. zauważył w okresie przed i podczas miesiączkowania wszystkie stopnie podrażnienia nerwowego, począwszy od lżejszych dolegliwości nerwowych, dochodzących aż do najdalej posuniętych form melancholji, depresji, natrętnych myśli (samobójczych) — w zależności od usposobienia osobniczego. Prócz zaburzeń miesiączkowych (zbyt skąpe lub za rzadkie perjody) — u takich pacjentek daje się zwykle stwierdzić i inne zaburzenia i dolegliwości: na tle zaburzeń w przemianie materji, w chemizmie soków, cieczy ustrojowych — objawy dnawo - reumatyczne, otyłość, B a s e d o w, wysypki skórne, sprawy zapalne (aseptyczne). Ma to przemawiać za ostrem lub chronicznem menstruacyjnem retencyjnem samozatruciem organizmu. W takich przypadkach A. posiłkował się podawaniem

środków nie tylko wzmagających, ewent. przywracających *menses*, lecz i innych — odtruwających, oczyszczających organizm środkami, jak napotne, moczopędne, wypróżniające, upusty krwi i t. d., i otrzymywał nieraz przytem nadzwyczajne wprost wyniki. W licznych szeregu przypadków zaburzeń nerwowych i w sferze duchowej — *Aschner*, przywracając normalny typ miesiączkowania, jednocześnie usuwał schorzenia nerwowe. Dotychczas jeszcze neurologja, ew. psychiatrja uważa psychozę za ten czynnik, który powoduje brak lub osłabienie miesiączkowania, nie liczy się natomiast z poglądem starej medycyny o możliwości powstania zaburzenia nerwowego, ewent. psychicznego na tle niewydalenia szkodliwych substancji z organizmu, analogicznie z psychozami w ciąży, podczas laktacji, w okresie przedwczesnego sztucznego lub naturalnego przekwitania. Mówi się o psychozach menstruacyjnych, ale tego się nie uwzględnia, iż podobne zaburzenia w lżejszym lub cięższym stopniu występują właśnie przy b. skąpym lub rzadkim perjodzie (poczynając od stanów podniecenia, wzmożonej pobudliwości, stanów lękowych, nimfomanji i kończąc prawdziwą melancholję, manję, *dementia praecox*).

Jak zaznaczyłem wyżej *Aschner* zgodnie z poglądami starej medycyny oddawna usiłuje dowieść, że miesiączkowanie jest dla kobiety bardzo ważnym ekskrecyjnym procesem w jej przemianie materji, którego zaburzenie ilościowe, czy jakościowe w zależności od dyspozycji indywidualnej powodować może najrozmaitsze objawy chorobowe. Już podczas normalnej miesiączki zauważono u wielu kobiet różne stany podniecenia, wiele kobiet bezpośrednio przed miesiączką czuje się rozbitymi, zdeprymowanymi, są rozdrażnione, czują się „nieswojo”. Mam pacjentkę, która podczas miesiączkowania bywa tak podrażniona, iż gotowa jest wg. jej słów — rzucić się z nożem na każdego, który się jej sprzeciwi. Inna znowu pacjentka — studentka med., osoba b. inteligentna i spostrzegawcza — opowiadała mi, że wyraźnie wraz z początkiem owulacji, t. zn. po jakichś 2 tygodniach po ostatniej menstruacji — staje się bezwolnym świadkiem wciąż nasilającego się u niej samej stanu podrażnienia i zdenerwowania. Byle drobiazg nastroja ją do sprzeczki, nawet do kłótni, jakkolwiek w głębi duszy czuje, że nie ma racji. Ciekawy m. in. jest tu ten moment, iż narzeczony z tonu jej listów odgadywał ten okres przedmenstruacyjny, uwzględniał go, nie obrażając się na wszystkie te niesłuszne skargi i żale swojej narzeczonej. Z nastaniem miesiączki stawała się zupełnie inną, kobietą normalną i wraz z narzeczonym sama śmiała się ze swoich urojonych oskarżeń. Wiele kobiet czuje się po perjodzie jakby zwolnione od ciężaru, jakby odnowione. Dość często mamy u takich pacjentek do czynienia z *dysmenorrhö*. Jednocześnie daje się tu stwierdzić daleko posunięte nieraz zaburzenia ogólne, bardzo podobne do obrazu jakiegoś zatrucia (gotowość do wymiotów, migrena, biegunka, wysypka skórna, gorączka, dreszcze, specyficzny zapach krwi miesiączkowej, herpes menstruacyjny). Najczęstsze są stany nerwowopodrażnieniowe przy *hypomenorrhö*, nieraz daje się zauważyć prawdziwe ataki szału, strachu, natręctwa, uczucie niezadowolenia z życia. Parę przypad-

ków z dużego zbioru *Aschnera*. P-na N. bezpośrednio przed i podczas miesiączki (bolesnej, z kurczkami) miewa napady lęku, jest w stanie silnego podrażnienia dochodzącego do szaleństwa, wyrwa sobie wtedy włosy, walczy uparcie z otaczającymi, nosi się z myślami natrętnymi, samobójczymi, ma *Basedowa* ze znacznym wytrzeszczem, schudła z 66 na 56 kilo, cierpi na bóle stawowe i kołatanie serca. Serce i płuca — bez zmian wyraźnych. Uważając to za zatrucie menotoksynami, spróbował A. usunąć je zapomocą *emmenagoga* i hidrotterapii — celem wzmożenia oddychania skórniego oraz zapomocą diety wzmacniającej. W wyniku — przywrócenie miesiączki, ustanie objawów chorobowych, przybranie na wadze 8 kilo w ciągu 4 mies. Drugi przypadek również typowy. Pana M. L., 22 l. Miesiączka nieregularna, z przerwami od 6 tyg. do 6 mies. Zastępcze krwawienia z nosa, bóle głowy, trądzik na całym ciele. Nadmierna wrażliwość, stany podrażnienia, również i poza okresem miesiączkowym. Stosowane zwykle *sedativa* okazały się tu bezskuteczne. Pod wpływem *emmenagoga*, upustów krwi — wszystkie wyżej wymienione objawy całkiem ustąpiły. Przytoczone przypadki, jak i zresztą wiele innych, dowodzą, iż stany podrażnienia układu nerwowego w różnych stopniowościach, od postaci lekkich aż do najcięższych psychoz włącznie — mogą powstać na drodze czysto chemicznej. Bez stosowania tu różnych *sedativa* lub *narcotica* mogą one o wiele lepiej i pewniej być usunięte przez wydalanie trujących produktów przemiany materji, drogą terapii ogólnoustrojowej. Również często występują nerwice naczynioruchowe przez *hypomenorrhö* w postaci parestezyj wraz z uczuciem sparaliżowania pojedynczych kończyn, połowy ciała, drżenia, zeszywnienia, zawrotów głowy i omdlenia. Są to stany „nerwowe” podmiotowo nie do zniesienia. Obok tego występują tu nieraz inne objawy zaburzenia przemiany materji, jak ostre, cuchnące upławy, reumatyzm, otyłość, pletora, fosfaturja, *intertrigo*, *pruritus genitaliorum*. Jeden z wielu przypadków A. ilustruje powiedziane. Pani L., 43 l. — w ciągu ostatnich lat *menses* b. skąpe. Otyła, pełnokrwista, skargi na bóle reumatyczne całego ciała, fosfaturja, bóle głowy, *pruritus genitaliorum*, parestezia połowicza, napady omdlewania przeważnie w nocy. Po ostrożnej djecie odtłuszczającej, pod działaniem *emmenagoga*, kąpeli, środków przeczyszczających, upustu krwi — ustanie wszystkich dolegliwości. Dość często cierpiące na *hypomenorrhö* skarżą się na bezsenność, jak to zwykle bywa u kobiet w okresie pokwitania sztucznego lub naturalnego. Uregulowanie w takich przypadkach miesiączkowania i przemiany materji czyni zwykle zbędnymi środki nasenne. Zwykle takiej bezsenności towarzyszy dolegliwość nerwowa — odnosi się wrażenie, iż mamy do czynienia z zatruciem produktami złej przemiany materji — o charakterze autointoksykacyjnym, jak przy złym trawieniu, które powoduje drogą chemicznoodruchową bezsenność. Również i śpiączka spotyka się przy *hypomenorrhö* jak i w *climacterium*. Po usunięciu zwykłego w takich przypadkach przekrwienia mózgu oraz zaburzeń przemiany materji — uzyskujemy b. często nadspodziewanie dobre wyniki.

(Dok. nast.)

Streszczenia pojedyncze.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

L. HEILMEYER. **Badania nad przemianą barwnika krwi.** (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 172, z. 5).

W dwóch przypadkach wrodzonej żółtaczki hemolitycznej badał autor przemianę barwnika krwi na zasadzie ilościowego określania urobiliny w moczu i kale, zawartości bilirubiny w surowicy krwi, dobowego wydalania barwnika moczu, liczenia i różniczkowania retikulocytów, pochłaniania tlenu oraz oznaczania całej krążącej zawartości hemoglobiny. Badania te wykazują zgodność między rozmiarami rozpadu krwi a wytwarzania krwi. Cała przemiana krwi jest około 10 — 15 razy wzmożona w porównaniu z normą. Procesy przemiany barwnika krwi obserwowano bez przerwy w ciągu 11 tygodni w obu przypadkach, badano przytem wpływ wyciągów wątrobowych i doustnego podawania śledziony. Podczas gdy śledziona jest pozbawiona wszelkiego działania, po wyciągach wątrobowych następuje znaczne wzmożenie się procesów przemiany, chociaż ilość hemoglobiny i liczba czerwonych ciałek nie ulegają znacznym zmianom. W uzupełnieniu tych badań poddano mocz i surowicę krwi w 5 przypadkach żółtaczki hemolitycznej dokładnemu rozbiorowi spektrofotometrycznemu (na barwniki). Podczas gdy w surowicy poza bilirubiną i śladami hemoglobiny nie znaleziono żadnych innych pochodnych barwnika krwi, występują w moczu obok urobiliny duże ilości uroerytryny i urochromu B. Zapomocą analizy matematycznej krzywej obliczono udział tych składników barwnikowych w ogólnej barwie. Z moczu 2 przypadków żółtaczki hemolitycznej wyosobniono metodą G a r r o d a uroerytrynę i zbadano jakościowo widmo pochłaniania. Otrzymano typowe widmo uroerytryny B. Przy powtarzaniu doświadczeń otrzymano jeden raz również uroerytrynę A z moczu tego samego chorego. Na zasadzie danych spektrofotometrycznych obliczano w jednym przypadku codziennie całkowite wydalanie uroerytryny i znaleziono je w przybliżeniu 10 — 20 razy większem, niż wynoszą normalne liczby przeciętne. Autor przeprowadzał również badania nad przemianą barwnika krwi w dwóch przypadkach nabytej niedokrewności hemolitycznej (jeden — białaczki limfatycznej, drugi — nietypowej ziarnicy). Te przypadki nie reagowały również na leczenie wątroba. W jednym przypadku (białaczki limfatycznej) udało się wykazać, że tak samo, jak w żółtaczce hemolitycznej, po podaniu wątroby występuje burzliwy przełom retikulocytarny. Liczba retikulocytów podnosi się do najwyższych spostrzeganych wartości 789‰. Pomimo to ilość hemoglobiny i liczba czerwonych ciałek krwi spadają dalej. Jak wykazują badania nad wydalaniem barwnika moczu i urobiliny oraz nad zawartością bilirubiny w surowicy, winę za to ponosi ogromne zwiększenie się procesów hemolitycznych. Na zasadzie tych spostrzeżeń leczenie wątroba takich przypadków należy odrzucić jako zupełnie nieodpowiednie, a w pewnych warunkach nawet szkodliwe. Henryk J. L a n d a u.

S. MADER. **Mózgowa hipoglikemja i hipertermja.** (Klin. Woch. Nr. 16. 1932).

Uklucie C l a u d e B e r n a r d a dało podstawę do nauki o centralnej regulacji przemiany węglowodanów. Ostatnio sprawą tą zajmował się H i l l e r, który dowiódł, że wspomniane uklucie w okolicy *calamus scriptorius* na dzień 4 komory nie trafia w specjalny „ośrodek cukrowy”, lecz w trakt nerwowy; właściwe zaś ośrodki, dotyczące nie tylko regulacji cukrów, lecz wszystkich rodzajów przemiany materji, leżą wyżej w zwojach podkorowych. Autor spostrzegł, że po wprowadzeniu 5 cm.³ płynu R i n g e r a do kanału kręgowego, temp. zaczyna wzrastać; jednocześnie stwierdził wzrost cukru

we krwi (ze 136 mg.% do 206 mg.%). Takie same wyniki osiągnął przez wpuszczanie powietrza do komór mózgowych. Krzywe, wykazujące wzrost glikemji po wprowadzeniu do kanału mózgo-rdzeniowego płynu R i n g e r a lub powietrza, oraz krzywe wzrostu temp. przebiegają zupełnie równoległe, zaczynają się prawie jednocześnie i trwają jednakowo długo, co przemawia za podrażnieniem jakiegoś mózgowego ośrodka. W dalszych doświadczeniach autor badał wpływ insuliny na doświadczalną mózgową hiperglikemję; okazało się, że insulina wywołuje spadek glikemji, a wstrzyknięta przed doświadczeniem, nie dopuszcza do powstawania hiperglikemji. Odpowiednią dawkę insuliny trudno dobrać, gdyż hiperglikemja, spowodowana przez dordzeniowe wpuszczenie płynu R i n g e r a lub powietrza, ma rozległą skalę, zależną od konstytucjonalnej drażliwości ośrodków mózgowych (od 20 do 150 mg.% w 25 przypadkach autora). Autor sądzi, że i inne stałe składniki organicznej i nieorganicznej przemiany materji są regulowane przez wyższe ośrodki podkorowe, topograficznie ze sobą związane i położone w śródmózgowiu.

Jakób P e n s o n.

Djagnostyka.

D. KRYŁOW. **O pewnej odmianie szmerów sercowych.** (Klin. Medic. t. X, z. 19 — 22).

Oprócz szmerów skurczowych i przedskurczowych, wywoływanych przez organiczne wady zastawek przedsionkowo-komorowych, istnieją jednoimienne szmery, zależne od drgań strun ścięgniętych. Szmery strunowe powstają wskutek zmiany napięcia i zdolności kurczenia się mięśnia sercowego w całości, w szczególności zaś mięśni brodawkowych. Szmery strunowe wysłuchuje się najlepiej na koniuszku serca i u brzegów mostka w piątej i czwartej przestrzeni międzyżebrowej. Szmery strunowe mogą być muzykalne i bezdźwięczne. Spostrzega się je w wadach zastawkowych serca jako odosobnione szmery, bądź też w połączeniu ze szmerami organicznymi. Szmery strunowe, będące wskaźnikiem zmiany w napięciu mięśnia sercowego i mięśni brodawkowych, spostrzega się w zapaleniu mięśnia sercowego, w zmianach jego, wywołanych przez zakażenia, a prawdopodobnie również w zaburzeniach nerwowo-pochodnych serca.

Henryk J. L a n d a u.

G. BUDELMANN. **O próbie acetonitrylowej w nerwicy serca.** (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 175, z. 3).

Opierając się na swych dotychczasowych badaniach, przeprowadzonych w 25 przypadkach nerwicy serca, autor stwierdza, że próba R e i d - H u n t a i próba glikogenowa dawały takie wyniki, które przemawiają za tem, że w pewnej części przypadków musi się znajdować we krwi zwiększona ilość hormonu tarczycowego. Autor raz jeszcze podkreśla, że przypadki te pozatem nie wykazywały absolutnie żadnych objawów zaburzeń tyreotoksycznych. Natomiast wydaje mu się najzupełniej możliwym, że w przypadkach tych ma się do czynienia z „minjaturową postacią” tyreotoksykozy. W przypadkach *cordis nervosi*, w których obie próby dały najzupełniej ujemne wyniki co do przyjęcia zwiększonej zawartości hormonu tarczycowego we krwi, należy zgodnie z badaniami autora odrzucić pochodzenie tyreotoksyczne dolegliwości, na które się uskarżają pacjenci, być może dlatego, że stosowane w tej pracy przez autora metody badania nie są wystarczająco czułe, ażeby móc wykryć nieznaczne zwiększenie ciał tarczycowych. Autor wskazuje na to, iż nie można ujmować wszystkich przypadków nerwicy serca pod tym kątem widzenia. W dużej części przypadków należy zgodnie z dotychczasowymi poglądami doszukiwać się przyczyny jedynie w psychice chorych lub w pozasercowym układzie nerwowym ser-

ca. Autor nie sądzi, ażeby przypadki nerwicy serca, które, jak wynika z jego badań, są uwarunkowane tyreotoksycznie, należało odtąd uważać za organiczne choroby serca; należy raczej przypuszczać, że zwiększenie zawartości hormonu tarczycowego we krwi wywołuje zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym, które powodują objawy sercowe. Poruszone w ramach niniejszej pracy zagadnienie jest nadzwyczaj powiklane, i byłoby przedwczesnym wydawać już obecnie ostateczny sąd. Niezbędna jest jeszcze duża liczba dalszych doświadczeń i badań. Dotychczasowe jednak wyniki są nader uderzające i zasługują na ogłoszenie.

Henryk J. L a n d a u.

Radjologia.

M. KARLIN i B. MOGILNICKI. **O wpływie promieni Roentgena na płuca i serce u zwierząt.** (Klin. Med. Nr. 13 - 16. 1932 r.).

Dawka 100% HED na pole, zastosowana w jednej serji, w spostrzeżeniach długotrwałych nie powoduje uchwytnych zmian. Dawka 100% HED na pole w 3 serjach z jednoczesnymi przerwami między nimi w warunkach leczenia głębokiego powoduje po upływie 3½ miesiąca rozrastania się tkanki łącznej okołoskrzelowej i okołonaczyniowej. W sercu następuje zgrubienie nasierdza i okołonaczyniowe bujanie tkanki łącznej. Dawka 100% HED na pole przy 151 kv. filtru 3 mm. Al., zastosowana w jednej lub dwóch serjach, nie powoduje uchwytnych zmian w płucach, ani w sercu. Dawka 200% HED w warunkach głębokiego leczenia na pole, zastosowana w 3 serjach z jednoczesnymi przerwami między nimi, przy długotrwałej obserwacji (do 8 miesięcy) wywołuje zmiany w naczyniach krwionośnych z rozrastaniem się śródmiąższowej tkanki łącznej i następowym stwardnieniem. Często jako objawy wtórne spostrzega się nieżyty oskrzeli, odoskrzelowe zapalenia płuc i płatowe zapalenia płuc o charakterze przewlekłym. W ostrych doświadczeniach przy dawce 200 — 300% HED na pole w warunkach leczenia głębokiego stwierdzono objawy silnie wyrażonego nieżyty oskrzeli, czasami typu martwicowego i odoskrzelowe zapalenia płuc z krwawieniami. W tych samych ostrych doświadczeniach przy 150 Kv. 3 mm. Al. stwierdzano objawy zapalenia okołoskrzelowego. Ze strony serca w warunkach leczenia głębokiego w ostrych doświadczeniach bywają po stronie naświetlanej wynacznienia okołonaczyniowe zarówno na wierzchu, jak i w mięśniu sercowym; w doświadczeniach przewlekłych spostrzegano zgrubienie nasierdza, objawy ogniskowego stwardnienia i zwapnienia mięśnia sercowego. Otrzymane wyniki potwierdzają spostrzeżenia pato - morfologiczne na materiale sekcyjnym u ludzi, dlatego też powinni je brać pod uwagę zarówno rentgenolodzy, jak i klinicyści oraz terapeuci. W tych przypadkach, gdzie ze względu na rodzaj schorzenia należy przeprowadzać leczenie promieniami Roentgena przez czas dłuższy w 3 lub więcej serjach, trzeba mieć na względzie możliwość uszkodzenia płuc i serca. Henryk J. L a n d a u.

I. SZLIFER. **Przetoki wewnętrzne przewodu pokarmowego w obrazie rentgenowskim.** (Wiest. Rentg. i Radiol. t. XI, z. 5 — 6).

Przyżyciowe rozpoznanie przetok wewnętrznych pomiędzy różnymi odcinkami przewodu pokarmowego posiada znaczenie nie tylko czysto teoretyczne. Rozpoznanie tego schorzenia, postawione w porę, może uratować chorego od niechybnie grożącej mu śmierci. Obowiązuje to klinicystę i rentgenologa, który powinien myśleć klinicznie, do dokładnego zbadania całego obrazu klinicznego tak, ażeby można było przeprowadzić badanie rentgenowskie według określonego planu i nie pominąć patologii sprawy. W obrazie klinicznym uwzględniać należy nie tylko całokształt wyraźnie rzucających się w oczy objawów, które nie muszą bezwzględnie się ujawnić.

Należy zwracać uwagę na objawy, na pierwszy rzut oka nie wydające się patognomicznymi (odbijania o nieprzyjemnym zapachu, biegunka i t. d.), które jednak przy właściwym ich tłumaczeniu pozwolą myśleć o tem schorzeniu. Pamiętać należy o tem szczególnie w razie podejrzeń co do wrzodu trawiennego jelita czczego po zespoleniu żołądkowo - jelitowym. W tych przypadkach uważa autor za celowe jednoczesne badanie rentgenowskie żołądka i kiszek grubych. Takie badanie może pomóc w wyjaśnieniu wzajemnych stosunków pomiędzy żołądkiem, jelitami cienkimi i kiskami grubymi. Tą drogą udaje się czasami wykryć okres przedprzetokowy (okres drażenia wrzodu trawiennego do okrężnicy). Do momentów etjologicznych, odgrywających rolę w powstawaniu przetok wewnętrznych pomiędzy różnymi odcinkami przewodu pokarmowego, należy, jak się zdaje, zaliczyć również późne uszkodzenia w następstwie typych urazów brzucha. H. L.

A. DĄBROWSKI. **Błędy i uszkodzenia przy leczeniu promieniami Roentgena.** (Wiest. Rentg. i Radiol. t. XI, z. 5 — 6).

Autor podaje opis 6 przypadków z uszkodzeniami, spowodowanymi przez leczenie promieniami Roentgena, przyczem w 4 przypadkach powstały one bezpośrednio na naświetlaniach, w 2 znacznie później, wobec czego zaliczyć je należy do późnych uszkodzeń rentgenowskich. Każdemu lekarzowi mogą się oczywiście zdarzyć przypadki, kiedy w czasie naświetlania zesunie się kauczek lub ołów, kiedy chory niepostrzeżenie zmieni położenie lub wskutek niezupełnie starannego ułożenia może nastąpić nadmierne naświetlanie poszczególnych odcinków. Lecz większość uszkodzeń zależy, niestety, od innych przyczyn. Dużą rolę w powstawaniu uszkodzeń gra ta okoliczność, że nie uwzględnia się całego szeregu momentów przed naświetlaniem i nie przestrzega się elementarnych zasad pielęgnacji skóry po naświetlaniach. Niezawsze uwzględnia się na przykład takie momenty, jak: swoista czułość danej tkanki na działanie promieni Roentgen, umiejscowienie procesu, wiek chorego. H. L.

Choroby zakaźne.

J. L. WILLIAMS, G. F. DICK. **Zmniejszenie tolerancji węglowodanów w przebiegu ostrych chorób zakaźnych.** (Archives of Int. Med. Nr. 6. 1932).

W przebiegu różnych chorób infekcyjnych stwierdza się przejściowy cukromocz, wzrost glikemji naczecz, wydłużenie hiperglikemicznej krzywej po obciążeniu glukozą; infekcja często wywołuje pogorszenie tolerancji węglowodanów u chorych na cukrzycę oraz niekiedy powoduje wybuch śpiączki cukrzyczej. Wielu autorów przytacza choroby infekcyjne, zwłaszcza zapalenie pęcherzyka i dróg żółciowych, jako główny moment etjologiczny cukrzycy. Autorzy badali tolerancję węglowodanów w 108 przypadkach różnych chorób infekcyjnych; okazało się, że tolerancja ulega znacznemu zmniejszeniu w ostrych infekcjach, zwłaszcza przy powikłaniach lub w przypadkach, gdy 2 lub więcej chorób infekcyjnych u tej samej osoby występuje w krótkim czasie. Druga część pracy dotyczy badań tolerancji węglowodanów u królików, infekowanych różnymi bakterjami; badania przeprowadzono przed szczepieniem, podczas trwania infekcji oraz pewien okres po jej wygaśnięciu. Stwierdzono znaczny spadek tolerancji węglowodanów; sekcje zwierząt wykazywały mikroskopowe zmiany w komórkach wysepkowych trzustki w postaci zwyrodnienia. Wyniki badań nad zwierzętami były takie same, jak w klinice ludzkiej. Okazało się, że 41% chorych w okresie choroby ostrej infekcyjnej wykazuje cukromocz, o ile djeta zawiera znaczną ilość węglowodanów; infekcji towarzyszy hiperglikemja naczecz. Autorzy zwracają uwagę na fakt, że spadek tolerancji węglowodanów może trwać w ciągu paru tygodni lub nawet miesięcy po przebytej infekcji. Najznaczniejszy cukromocz i hiperglikemję autorzy stwierdzili w prze-

biegu zakażeń grypowych. W złośliwej błonicy w okresie silnej intoksykacji autorzy stwierdzili hipoglikemję.

Jakób P e n s o n.

H. MOMMSEN. Przyczynę hematologiczną do złośliwej błonicy złośliwej. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 175, z. 3).

Omawiając przyczyny wystąpienia złośliwej błonicy, autor odrzuca teorię paciorkowcową, wysuwa natomiast na plan pierwszy momenty konstytucyjne. Podana przez autora metoda barwienia rozmazów krwi zapomocą mieszaniny barwnika G i e m s y z roztworem buforowym o Ph — 5,4 pozwala różniczkować ziarnistośći drobnoziarnistych („obojętnochłonnych”) białych ciałek krwi. Jak wynika z dotychczasowych badań, usprawiedliwiony jest wniosek, że większe ilości ziarnistości (= patologiczne ziarnistości), w drobnoziarnistych białych ciałkach krwi wskazują na dobrą czynność obronną ustroju. W pomyślnie przebiegających przypadkach błonicy można ją poznać na podstawie obrazu krwi. Bez względu na liczby drobnoziarnistych białych ciałek krwi przebiegają odwrotnie do krzywej komórek z patologicznymi ziarnistościami, to znaczy są one niskie, jeżeli we krwi znajduje się duża liczba komórek z patologicznymi ziarnistościami. W przypadkach złośliwej błonicy znajduje się mało drobnoziarnistych białych ciałek krwi z patologicznymi ziarnistościami w stosunku do ciężkości choroby. Bez względu na liczby osiągnięte wysokie wartości. Z obrazu krwi widać, że w przypadkach tych istnieje konstytucyjna słabość obrony przed zakażeniem błoniczym. Autor próbował zmobilizować siły obronne ustroju zapomocą nieswoistych energetycznych bodźców i stosował w tym celu zastrzykiwanie pyrifery, lecz pożądanego wyniku nie otrzymał. Próbowano również w tym celu stosowania salwarsanu, normalnej surowicy końskiej. Niewolno oczywiście zaniedbywać swoistej seroterapii, w ciężkich przypadkach błonicy zastrzykiwać należy możliwie wcześniej i dużo surowicy przeciwbłoniczej (20.000 jednostek, z tego około 1/3 wśródżylnie).

Henryk J. L a n d a u.

H. BENEDICT. Leczenie błonicy złośliwej zapomocą przetaczania krwi. (Klin. Woch. Nr. 37. 1932).

Wiadomo, że w przebiegu złośliwej błonicy zawodzi surowica przeciwdyfterytyczna, stosowana nawet w bardzo dużych dawkach. Autor stosował w 9 bardzo ciężkich przypadkach transfuzję krwi obok surowicy. Dwoje dzieci zginęło, pomimo wznawiania transfuzji; w pozostałych 7 przypadkach wyniki były dobre. Na drugi dzień po transfuzji występowała poprawa subiektywna i obiektywna. Autor sądzi, że przetaczanie krwi z jednej strony pobudza układ krążenia, pozbawiając działając dobroczynnie przez to, że każda krew zawiera pewną ilość ciał obronnych przeciwbłoniczych, przyczem ciała te są skuteczniejsze, gdyż nie są obcogatunkowe, jak surowica zwierzęca. Poza to autor badał krew dawców na zawartość antytoksyn; okazało się, że dawcy wykazali duże wahania w tym względzie i że objawy kliniczne błonicy szybciej ustępowały, gdy stosowano dawkę o wysokim stężeniu antytoksyn we krwi. Autor sądzi, że przetaczanie krwi jest najsukuczniejszym lekiem w walce z błonicą złośliwą.

Jakób P e n s o n.

Choroby płuc.

W. GERLACH i G. GAUDER. O ostrych pylicach płuc. (Archiv. f. Gewerbepathologie u. Gewerbehygiene t. 3. 1932).

Autorzy podają dwa przypadki ostrej pylicy krzemowej, które obserwowali u robotnic fabryki mydła, pracujących w dziale, w którym używany był piasek kwarcowy jako środek do czyszczenia. W miejscu pracy znajdował się stale pył kwarcowy z dodatkiem zwykłych składników mydła. Pierwszy przypadek dotyczył 20-letniej pracownicy, która po 2 — 3 latach pracy zachorowała. Początkowo, przez parę miesięcy była zdolną do pracy, ale szybko traciła na wadze, skar-

żyła się na kaszel, bóle w klatce piersiowej i duszność. Po paru miesiącach stan się znacznie pogorszył, musiała rzucić pracę i udała się do szpitala. Obraz kliniczny był b. podobny do początkowej gruźlicy płuc. Zmiany, jakie badanie kliniczne stwierdziło polegały na nieznacznym skróceniu odgłosu opukowego nad górnymi częściami płuc, zaostrozonych szmerach oddechowych pęcherzykowych, nielicznych rżęzieniach oraz objawach niedomogi serca. Badanie rentgenologiczne wykazało wzmoczenie cieni wnękowych i rozsiane w postaci plam na całej przestrzeni płuc nieznaczne zaciemnienia. Wielokrotne badanie płwociny na obecność prątków K o c h a było negatywne. Po dwumiesięcznym pobycie w szpitalu chora zmarła przy objawach daleko posuniętej niedomogi sercowej. Na sekcji stwierdzono: zwyrodnienie mięśnia sercowego i znaczne rozszerzenie prawego serca; jednostajne zgrubienie opłucny. W płucach znajdowały się liczne drobne guzki, oraz silny rozwój tkanki włóknistej, zwłaszcza w górnych częściach. Badanie mikroskopowe ustaliło, że nie mamy tu do czynienia ze zmianami gruźliczymi a jedynie pylicowymi. Charakterystyczna była budowa guzków, w środku których znajdowały się złogi kryształów kwarcu. W gruczołach chłonnych wnęki również stwierdzono zmiany pylicowe. Drugi przypadek dotyczył 25-letniej robotnicy tej samej fabryki pracującej w tych samych warunkach. Przebieg był naogół taki sam jak w pierwszym przypadku — jedynie czas od rozpoczęcia pracy do zachorowania i okres zdolności do pracy trwały dłużej. Badanie pośmiertne dało takie same wyniki jak w pierwszym przypadku. Gruźlicę wyłączono przy pomocy wszelkich metod badania bakteriologiczne, prób na zwierzętach i t. d. Według autorów na uwagę zasługują te przypadki ze względu na to, że: 1) były to czyste przypadki pylicy krzemowej, niepowikłanej gruźlicą; 2) dotyczyły osób młodych (co rzadko spotyka się w piśmiennictwie); 3) miały przebieg ostry.

W. O d r z y w o l s k i.

W. LANDAU. Pylice płucne u czyszcicieli. (Archiv. f. Gewerbepathologie u. Gewerbehyg. t. 3. 1932).

Na podstawie materiału magdeburgskiej poradni przeciwgruźliczej autor wykazuje częstość zachorowań na różne postaci pylicy płucnej, zwłaszcza krzemowej u robotników czyszcicieli, zatrudnionych w przemyśle metalowym. L. podaje opis 3 przypadków bardziej charakterystycznych, dotyczących pylicy krzemowej, niepowikłanej gruźlicą. W przypadkach tych autor miał możliwość obserwować rozwój sprawy chorobowej w ciągu pracy. Poza to podaje przegląd 25 przypadków, w których miał do czynienia bądź z czystymi formami pylicy płucnej bądź powikłanymi gruźlicą. W rezultacie autor dochodzi do wniosku, że pylicze schorzenia płuc u tej kategorii robotników wkraczają w dziedzinę chorób zawodowych i są tak częste i niebezpieczne, że konieczne jest odpowiednie potraktowanie czyszcicieli metali przez ustawodawstwo o ochronie pracy i wprowadzenie właściwych ubezpieczeń i odszkodowań.

W. O d r z y w o l s k i.

D. ROCHLIN i R. GORJANOWA. Rentgenodjagnostyka śródpiersiowych zapaleń opłucny. (Wiest. Rentg. i Radiol. t. XI, z. 5 — 6).

Gruźlicze śródpiersiowe zapalenia opłucny świadczą o istnieniu fazy wysiękowej (okołogniskowo - zapalnej). Na podstawie istnienia u gruźliczo chorego śródpiersiowego zapalenia opłucny (podobnie jak zapalenia opłucny o innym umiejscowieniu) należy bezwzględnie wnioskować nie tylko o istnieniu chwiejnego ogniska gruźliczego, lecz również o obostrzeniu procesu tak w następstwie osłabienia sił obronnych, jak i w wyniku nadkażenia. U dzieci, jak wiadomo, ogniskiem obostrzenia najczęściej bywają gruczolę. A zatem istnienie u chorego z gruźlicą śródpiersiowego zapalenia opłucny stanowi objaw alarmowy. Chorego takiego należy umieścić w jak

najpomyslniejszych warunkach, zapewniających mu możność stabilizacji, t. j. przejścia fazy wysiękowej (okoloogniskowo-zapalnej) w stwardnieniowo - marską, zaś w szczególności u dzieci — przemianę zespołu „miękkiego” w „twardy”, przejście gruczolów czynnych w stwardniałe, zwapniałe. Metapneumoniczne śródpiersiowe zapalenie opłucny posiada doniosłe znaczenie. To powikłanie, stwierdzone rentgenologicznie, tłumaczy nam istnienie niezrozumiałych ciężkich objawów klinicznych (a szczególnie dużych wahań krzywej ciepłoty i silnego kaszlu), podczas gdy dane wysłuchowe i opukowe mówią o tem, że zmiany zapalne w płucach już ustąpiły. Śródpiersiowe zapalenia opłucny w guzach śródpiersia i w ziarnicy złośliwej stanowią zwykłe przypadkowe odkrycie, nie posiadające znaczenia praktycznego. Co się tyczy roli zrostów śródpiersiowych (t. j. pozostałości przebytych śródpiersiowych zapaleń opłucny), to zagadnienie to wymaga dalszego opracowania. Odnosi się to szczególnie do tych przypadków, w których istnieją skargi podmiotowe na zaburzenia czynnościowe ze strony serca.

H. L.

P. PRUVOST, H. BECLERE i HENRION. **Z powodu zwapnień opłucnowych.** (Arch. Méd. - Chir. de l'App. Resp. t. VIII, Nr. 1).

Przytaczając opis przypadku zwapnienia opłucnowego, zwracając uwagę, że zwapnienia te są naogół dobrze znoszone i często uchodzą uwagi, jeżeli nie przeprowadza się badania radiologicznego połowy klatki piersiowej. Wygląd ich jest bardzo rozmaity, ponieważ twory te wykazują bądź obraz odosobnionych plam wapniowych, bądź sumę zwapniałych, bądź skorup lub torbieli. Przy badaniu radiologicznym ważne jest robienie zdjęć w różnych ustawieniach, gdyż obrazy otrzymane w ten sposób nawzajem się uzupełniają i umożliwiają tłumaczenie obrazów płucno-opłucnowych.

Henryk J. L a n d a u.

A. SCOTT, H. V. MORLOCK. **Leczenie ropni płuc za pomocą bronchoskopu.** (The Lancet Nr. XII, 1932).

Statystyka wykazuje, że 68% ropni płuc daje się wyleczyć. Przy metodzie zachowawczej 20% przechodzi w stan przewlekły, 12% — kończy się śmiertelnie. Chirurgiczne leczenie nie chroni od groźby nawrotów. Autorzy omawiają 8 ostrych i 17 podostrych przypadków ropni płuc, leczonych bronchoskopem. Leczenie rozpoczyna się od wlewania linjodołu przez bronchoskop i zdjęcia promieniami R o e n t g e n a; w ten sposób uzyskuje się dokładny obraz ropnia; przy następnej bronchoskopji należy drenażować oskrzele, prowadząc do ropnia, i rozszerzyć je; można przytem aspirować ropę, poczem przemyć jamę ropnia roztworem fizjologicznym i wreszcie 10% gomenolem. Jeśli w aspirowanej ropie stwierdza się krętki, zamiast gomenolu przemywa się jamę salwarsanem. W okresie ostrym autorzy stosowali bronchoskopję 2 razy w tygodniu; po 5 zabiegach zwykle występowała wyraźna poprawa. W przypadkach przewlekłych stosowali zabieg przez długi czas (14 tygodni) — raz w tygodniu. We wszystkich ostrych przypadkach autorzy uzyskali zupełne wyzdrowienie; z 14 przewlekłych — 10 chorych wyzdrowiało, 3 znacznie się poprawiło, tylko jeden chory skierowany został na zabieg operacyjny. Tą samą metodą autorzy leczyli z dobrym wynikiem rozstrzenie oskrzeli; leczenie w tym przypadku musi być długotrwałe. Autorzy sądzą, że inne metody nie dają tak dobrych wyników, jak bronchoskopja. Wyrwanie nerwu przeponowego, odma, torakoplastyka — nie dawały dobrych wyników; sposoby te wprawdzie zmniejszają objętość jam, ale nie wywołują zupełnego ich zapadnięcia się, co może być źródłem powikłań miejscowych a niekiedy ogólnych b. groźnych (np. zatępy lub ropnie mózgu).

Jakób P e n s o n.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

K. BINGOLD. **Zawartość hematyny we krwi chorych na anemię złośliwą.** (Klin. Woch. Nr. 34, 1932).

W każdym przypadku anemii złośliwej w pewnym okresie choroby autor stwierdzał za pomocą spektroskopu zawartość hematyny we krwi. W innych schorzeniach krwi nie udało się ani razu stwierdzić hematyny w surowicy. Wobec tego, że nie w każdym okresie anemii złośliwej wykrywa się hematynę w surowicy, jedynie dodatni wynik przemawia za anemią złośliwą; ujemny wynik nie wyłącza tego rozpoznania. Autor dowiódł, że hematynę można wykryć w surowicy w następujących schorzeniach: malarja, ostry zanik wątroby, rzucawka porodowa i zatrucie fosforem, methemaglobiną. W przeciwieństwie do krwi ludzkiej, autor zawsze stwierdzał hematynę w surowicy ptaków, a często i psów, które nie zdradzały objawów chorobowych.

Jakób P e n s o n.

H. MOGENA, LOPEZ FERNANDEZ. **Rola histaminy w leczeniu anemii i achylji.** (Arch. de Malad. de l'Appar. Digest T. XXII, Nr. 1, 1932).

Wielu autorów stwierdziło, że poza wątrobą i inne narządy w mniejszym stopniu posiadają właściwości pobudzania szpiku kostnego. Mechanizm działania na erytropocję jest nieznaną i przypisywany różnym czynnikom np. hipotetycznym substancjom antyhemolitycznym, witaminom, antytoksynom. Niektórzy autorzy sądzą, że głównym czynnikiem chemicznym jest histamina. Autorzy podawali histaminę doustnie (10 — 20 mgr.) i stwierdzili wzrost liczby erytrocytów w szeregu niedokrewności oraz u ludzi zdrowych; obok tego poprawiał się ogólny stan chorych. Achylja żołądkowa ma niewątpliwie związek ze złośliwą anemią. Wiadomo, że histamina powoduje silną produkcję kwasu solnego przez śluzówkę żołądka, poza tem drażni szpik kostny. Autorzy stosowali wstrzykiwania histaminy w szeregu przypadków achylji żołądka. (0,3 — 0,5 mgr. histaminy podskórnie). Dolegliwości chorych zmniejszały się, zwłaszcza cofały się biegunki i bóle; po długotrwałem jednak wstrzykiwaniu histaminy nadal występował brak kwasu solnego wolnego w żołądku.

Jakób P e n s o n.

K. SINGER. **Leczenie niedokrewności złośliwej jajami** (Wien. kl. Woch. Nr. 35, 1932).

Mięso, strawione przez normalny sok żołądkowy, działa w niedokrewności, jak leczenie wątrobowe (C a s t l e). Autor wykazał to samo dla jaj. Znalezione w normalnym soku żołądkowym przez C a s t l e a czynna zasada — prawdopodobnie zaczyn — ma za zadanie uwalniać z rozmaitych środków spożywczych preformowany czynnik przeciwniedokrewnościowy. W soku żołądkowym chorych z niedokrewnością złośliwą niema zasady C a s t l e a, dlatego też chorzy tacy odpowiadają tylko na takie środki spożywcze, w których czynnik przeciwniedokrewnościowy występuje nietylko jako preformowany, lecz również w stanie wolnym. Podawanie takich środków spożywczych (wątroba, żołądek, płuca) stanowi więc prawdziwe leczenie zastępcze. Jaja się do tego nie nadają.

A. N e u m a n n (Baden-Helenthal).

O. ZIMMERMANN. **W sprawie kliniki żółtaczki hemolitycznej.** (Wien. kl. Woch. Nr. 31, 1932).

Na podstawie 25 przypadków omawia autor charakterystyczne objawy chorobowe i wysuwa jako stale znajdowane: powiększenie śledziony, mikrocytozę, zmniejszenie się oporności czerwonych ciałek krwi, dające się często wykazać dopiero po wielokrotnych badaniach, urobilinogenurię i bilirubinemię, podczas gdy ukryta konstytucja hemolityczna krewnych często ujawnia się w jednoobjawowych lub skąpych w objawy wynikach badania. Lecz nawet gdy u tych nie można znaleźć żadnych objawów, posiada to tylko niewielkie znaczenie dla udowodnienia nabytej żółtaczki hemolitycznej. Scho-

rzenie jest zawsze raczej zaburzeniem konstytucyjnym zarówno co do czynności szpiku kostnego, jak również układu siateczkowo - śródbłonkowego. Leczenie wewnętrzne (wątroba, ventraemon) jest bezskuteczne, lecz również wycięcie śledziony osiąga przeważnie wynik częściowy, w pojedynczych przypadkach pozostaje nawet prawie zupełnie bez wyniku.

A. N e u m a n n (Baden-Helenthal).

Choroby dróg moczowych.

J. S. Mc. LESTER. *Djeta w choorbie Brighta.* (The Journ. of the Am. Med. Assoc. T. 99. Nr. 3. 1932).

Liczne spostrzeżenia i doświadczenia przemawiają przeciwko stosowaniu diety bezbiałkowej lub małowbiałkowej w przebiegu ostrych i przewlekłych schorzeń nerek; deficyt białkowy stanowi, zdaniem wielu autorów, główny powód powstawania obrzęków (S t a r l i n g, C h r i s t i a n); V a n S l y k e sądzi, że stosując dietę białkową w schorzeniach nerkowych przyczyniamy się do szybkiego powrotu do zdrowia chorych. Zwłaszcza w ostrych schorzeniach nerek stosować należy dietę obfitą w białka, nie obawiając się uszkodzenia nerek przez końcowe produkty trawienia białek. Zdaniem autora, ilość białka na dobę w ostrych chorobach nerkowych winna dochodzić do 150 gr.; co się tyczy innych składników pożywienia, autor radzi pokryć 50% kalorycznej wartości diety węglowodanami. Te same wskazania odnoszą się do przewlekłych schorzeń nerek, przebiegających ze spadkiem białek surowicy. Wyjątek stanowi *nephrosclerosis*, która jest raczej chorobą naczyń krwionośnych; autor jednak sądzi, że i w tym przypadku surowa dieta bezbiałkowa lub małowbiałkowa obliczona na szereg lat, prowadzi do utraty sił i być może do anemji, tak często obserwowanej w przewlekłych schorzeniach nerek; autor stosuje w *nephrosclerosis* 75 — 100 gr. białka na dobę. Jakób P e n s o n.

K. KELLER. *O miejscowym i ogólnym działaniu ciepła na czynność nerek.* (Z. physik. Ther. t. 44, z. 2).

W nadciśnieniu samoistnym zmiany tętniczego ciśnienia krwi zachowują się po miejscowym ogrzewaniu nerek w inny sposób, niż w stwardnieniu nerek (*nephrosclerosis*). Te ostatnie cechują się, o ile chodzi o zmiany średnicy naczyń, obniżoną gotowością odczynową lub wogóle jej brakiem. Pod wpływem działającego na okolicę nerek miejscowego bodźca cieplnego stopień kwasoty moczu może się zmienić tak samo, jak gdybyśmy zastosowali bodziec cieplny na dużą powierzchnię powłok. Zmiany stopnia następują w poszczególnych przypadkach w sposób, nie dający się nigdy zgóry przewidzieć, ilość wydalonych z moczem kwaśnych składników może po zadziałaniu ciepła wykazywać odpowiednio do wartości wyjściowych nawet 5 — 10-krotne zwiększenie lub też odwrotnie zmniejszenie tych liczb. W krańcowych przypadkach odczyn kwaśny może nawet przejść w zasadowy. W praktyce ciepłoleczniczej miejscowe ogrzewanie nerek można z punktu widzenia poprawy czynności wydzielniczej

nerek zawsze zastąpić takim łagodnym bodźcem cieplnym, który zostaje warty na jakikolwiek inny zakres lub nawet na całą powierzchnię powłok skórnych. Wywołane przez pilokarpinę pocenie się powoduje poza oczekiwanym zagęszczeniem moczu dość często rozcieńczenie dość silnego stopnia. To rozcieńczenie przebiega w parze ze skłonnością do przejścia odczynu moczu z kwaśnego w zasadowy. Działanie pilokarpiny zatem może być w seryjnych doświadczeniach identyfikowane pod wielu względami z punktu widzenia czynności nerek z działaniem ciepła. Doświadczenia te jednak pozostawiają niezmiennym dotychczas przyjęty zakres wskazań leczniczych pilokarpiny. Henryk J. L a n d a u.

W. BRANDESKY. *O kamieniach nerkowych i moczowodowych.* (Wien. kl. Woch. Nr. 26. 1932).

Podobnie jak i inni autorzy, spostrzegając również B r a n d e s k y zwiększenie się liczby przypadków cierpienia kamicowego. Operację wykonano w 20% przypadków. W pozostałych przeprowadzono leczenie wewnętrzne, w pewnej liczbie przypadków zastosowano cewniki moczowodowe. Leczenie wewnętrzne polegało na zastrzykaniach wśródmięśniowych hipolizyny (Hypophisin „stark“ B a y e r - M e i s t e r L u c i u s) codziennie w dawce 1 cm.³; jeżeli zaś zastrzykiwania wywoływały silne bóle, robiono je co drugi dzień; obok tego zaś robiono podwodne kąpiele jelitowe. Najsilniej kojąco na bóle działała nowalgina, stosowana wśródmięśniowo, rzadziej wśródżylnie. Papaweryna nie działała uśmierzająco na bóle. Łagodzące bóle działanie morfiny zostaje sparaliżowane przez jej działanie potęgujące kurcze. Ewentualnie robić należy zastrzykiwania przykręgosłupowe.

A. N e u m a n n (Baden-Helenthal).

E. BECHER, R. ENGER, E. HERMANN. *O obecności we krwi kwasów rozpuszczalnych w eterze w przebiegu kwasicy mocznicowej.* (Klin. Woch. Nr. 21. 1932).

Jeśli ilościowo określić zawartość jonów kwaśnych i zasadowych we krwi, okaże się znaczna przewaga kwaśnych, co oznacza, że krew zawiera pewne kwasy, których składu chemicznego nie znamy. Autorzy rozporządzają własną metodą, której techniki narazie nie podają, dla określenia kwasów krwi, rozpuszczalnych w eterze. Autorzy określali zawartość tych kwasów we krwi w warunkach normalnych oraz chorobowych, głównie w przebiegu chorób nerkowych i mocznic. Okazało się, że już nieznaczne zmiany nerkowe powodują 4-krotny wzrost ilości kwasów organicznych krwi, rozpuszczalnych w eterze; stwierdzili przytem równoległość spadku rozedmy alkalicznej ze zwiększeniem stężenia kw. organicznych. Przy wyraźnie zaznaczonej niewydolności nerek, występuje nawet 100-krotne zwiększenie ilości wspomnianych kwasów. Autorzy sądzą, że wzrost stężenia kwasów organicznych zależy nie tylko od ich retencji we krwi z powodu upośledzonej czynności nerek, lecz od wytwarzania się jakichś produktów kwaśnych pośrednich wskutek niedostatecznego spalania białka. Jakób P e n s o n.

Oceny książek

L. RIMBAUD. *Précis de Neurologie.* Pag. 992 avec 222 figures. G. Doin et Cie Paris, fr. 140.

Jest to podręcznik neurologii dla lekarzy niespecjalistów z wydawnictwa podręczników, dawniej pod auspicjami T e s t u t (Collection T e s t u t), obecnie F o r g u e a. R i m b a u d, profesor neurologji w Montpellier, został o tyle fortunnie upatrzony przez Komitet Redakcyjny wydawnictwa, że był on długie lata szefem kliniki wewnętrznej, asystentem F o r g u e a, a poprzednio G r a s s e t a, głośnego ongi we Francji i bardzo popularnego przed laty 20-tu neurologa i internisty zarazem. Trzy wielkie prace swego nauczyciela

(Terapię chorób układu nerwowego, Djagnostykę zachorzeń mózgu, Semiologję chorób rdzenia) w 2-em wydaniu R i m b a u d w swoim czasie przygotował do druku. — Lekarz praktyk znajdzie istotnie w tym, niecałe 1000 stronic wynoszącym nowym podręczniku, bardzo obficie ilustrowanym, wykład metodyczny głównych wiadomości z neurologji współczesnej o cechach mentalności G r a s s e t a, przewodnika pewnego i światłego w stawianiu ścisłego rozpoznania i stosowania racjonalnej terapii. Rozkład materiału nieco się różni od powszechnie przyjętej normy — korzystnie i niekorzystnie — tem, iż każdy z głównych rozdziałów po wstępnem

omówieniu danych z anatomji, fizjologii i patologji zostaje poprzedzony przez opis i semiotykę zespołów najogólniejszych (t. zw. grands syndromes).—W ten sposób w rozdziale o mózgu R i m b a u d omawia: 1) dział zespołu piramidowego (różne typy hemiplegji), 2) dział zespołu pozapiramidowego (parkinsonizm, płasawica, atetozja, pseudosklerozja, spazmy torsyjne, hemibalizm, myoklonje, myokimje, myorytmje), 3) dział zespołów mózdkowych, mostowych, opuszkowych (*poliencephalitis sup. et infer.*, asteniczne porażenia opuszkowe), 4) dział zespołów zaburzenia mowy, zmysłów, uczucia, syndrôme thalamique, 5) choroby naczyniowe mózgu, 6) choroby zakaźne mózgu (zapalenie mózgu zwykle, ropne, nagminne, przymiot i porażenie postępujące mózgu, 7) nowotwory mózgu, encefalopatje dziecięce, padaczki.—W rozdziale chorób r d z e n i o w y c h figurują: 1) duże zespoły rdzeniowe (paraplegje ruchowe, czuciowe, zanikowe), 2) stany toksyczne - zakaźne, rozsiane i układowe (*myelitis acuta, poliomyelitis, lues spinalis, tabes*), 3) stany sklerotyczne rdzenia (*sclerosis disseminata, combinata, amyotrophica lateralis*), 4) urazy i uciski, guzy i jamy rdzenia. — Rozdział chorób o b w o d o w y c h obejmuje: zapalenie korzonków, pojedynczych i mnogich nerwów, nerwobóle, półpasiec, migrenę (?). — Specjalny rozdział poświęcony jest c h o r o b o m rodzinnym, a wspomina R. wyłącznie o chorobie W i l s o n a, F r i e d r e i c h a i myopatjach. — Rozdział o zachorzeniach o p o n m ó z g o w o - r d z e n i o w y c h wspomina o wylewach, zapaleniach ropnych i gruźliczych. — Ostatni rozdział „n e r w i c o w y” rozpatruje histerję, neurastenję, psychastenję oraz sprawy, zdaniem mojem, wątpliwie nerwicowego, funkcjonalnego, psychorodnego pochodzenia, jak dyskinezje czynnościowe, *torticollis*, tiki, hemispasme facial, kurcze zawodowe. — Jasna rzecz, że siłą się nie da przeprowadzić klasyfikacji, której rzeczywistość nie zupełnie odpowiada, trudno wtłaczać w jeden rząd sprawy niejednolite, niewspółmierne. Zarzut ten nie obarcza wyłącznie francuskich klinicystów, nie wyłącznie R i m b a u d a. Tem się tłumaczy, że dział o zatruciach, zwłaszcza o alkoholizmie, tak ważny w neurologji, nie znalazł się w podręczniku, ciężczyka została pominięta, o tężcu niema wzmianki, również o tak częstej u nas, wprawdzie rzadkiej we Francji, chorobie dziecięcej T a y S a c h s a i jej licznych pograniczach. Nie odważył się też autor na wprowadzenie rozdziału o chorobach układu autonomicznego, wegetatywnego i wewnątrzwydzielniczego, działów, które istotnie przestały należeć wyłącznie do domeny neurologji czystej. A może ta ostatnia okoliczność tłumaczy się świadomym opuszczeniem, gdyż w rzędzie podręczników tegoż wydawcy G. D o i n a znajduje się kilkatomowa monografia G. D a n i e l o p o l u: *Le système nerveux de la*

vie végétative.—W każdym razie przyznać należy że to, czego autor podręcznika nie dał, jest nader ważne, a to, co dał, jest bardzo gruntownie i pedagogicznie opracowane dla lekarza-praktyka. Indeks alfabetyczny jest wzorowy.

H. H i g i e r.

Georges GUILLAIN et Pierre MOLLARET. *Les séquelles de l'encéphalite épidémique*. G. Doin et Cie. Paris. 104 pages avec 21 figures. 1932. 28 fr.

Monografia ta stanowi jeden z ciekawych zeszytów „La pratique médicale illustrée”. Objemuje zespoły następce i towarzyszące nagminnemu zapaleniu mózgu czyli chorobie E c o n o m o, które się okazują z każdym rokiem coraz liczniejsze i barwniejsze, mimo iż upłynęło już blisko 15 lat od pierwszej wielkiej epidemji *encephalitis lethargica*. Trudno zaiste przeprowadzić ścisłą linię demarkacyjną między temi zespołami a rzadkimi organopatjami i nerwicami dawnej neuropatologii.—Monografia G u i l l a i n a i M o l l a r e t a usiłuje dać próbę aktualnej syntezy tego wszystkiego, czem dotąd ten ważny dział nozologii i terapii dział wzbogacił w ostatnich latach nietylko klinikę neurologiczną i pediatryczną, ale naukę patologji ogólnej i medycyny sądowej. Znaleźć tu można przedyskutowane warunki i okresy zjawiania się poszczególnych zespołów, częstość, obraz i podłoże tychże, a w rzędzie *séquelles* słusznie pierwsze miejsce zajmuje parkinsonizm pośpiączkowy i samoistny. — Pojedyncze rozdziały, obficie ilustrowane, grupują autorzy na podstawowych i elementarnych danych patofizjologii, w kolejnym porządku omawiając obrazy: ruchowe (myoklonje, bradykinezje, płasawicę, atetozję, myastenję), toniczne (dystonje, *rigiditas decerebrata*, padaczkę toniczną i kloniczną, skurcze krtani, tułowia, twarży, galek), czuciowo - zmysłowe, wegetatywne i wewnątrzwydzielnicze (oddech, sen, ciepłotę, sekrecję, naczynioruchowość, artropatje, gościec wrzekomy), psychiczne (ostre psychozy, przewlekłe, moral insanity, psychopatje).—Po omówieniu elementów djagnostyki różniczkowej klasyfikują autorzy obrazy kliniczne na obwodowe, mózdkowe, mózgowo, opuszkowe i mostowe, zastanawiając się na kilku ostatnich stronicach nad terapią przeciwważną i objawową. Nietrudno wśród tylu nowych dróg, z jakimi nas zapoznała ta swoista choroba, zablądzić w labirynt uliczek, czego szczęśliwie uniknęli autorzy, zwłaszcza niebezpieczeństwa wtłaczania bezkrytycznego wszystkich niewiadomych neurologji nowoczesnej do wspólnego kosza *encephalitis lethargica*. — Z rysunków zwracam uwagę na 4-ty i 5-ty (*grand spasme de torsion*), 9 i 10-ty (*rigidité decerebrée*), 18 i 19-ty (*deformations des mains*), 20 i 21 (*amyo trophies*). Wśród cytowanych autorów znalazłem, co jest rzadkością w pracach francuskich, kilka nazwisk polskich autorów (P i e ń k o w s k i, S t e r l i n g, Z a n d o w a, H i g i e r). H. H i g i e r.

Wskazówki praktyczne

A. B u r e s c h gorąco poleca *żelazo w dużych dawkach* w leczeniu ciężkiej *niedokrewności po krwotokach żołądkowych*. Dawka dzienna wynosi 3 — 4 gr. *ferri reducti*. (D. m. W. 1933 Nr. 23).

—o—

A. L a q u e u r i R. R e m z i uważają za najbardziej nadające się do *leczenia krótkimi falami miejscowe sprawy zakaźne* wyłącznie z ostremi zakaźnymi schorzeniami stawów oraz dychawica oskrzelowa. W leczeniu nerwobólów odpadają ustanowione dla diatermji przeciwwskazania i występujące często szkodliwe działania uboczne. W cierpieniach ginekologicznych, w bólach mięśniowych, w podostrych i przewlekłych schorzeniach stawów zwraca uwagę poprawa podmiotowa i ustępowanie dolegliwości. (Med. Welt. 1933 Nr. 22).

K. B e i n t e m a na zasadzie rozległego doświadczenia dochodzi do wniosku, że w *rozpoznawaniu kily* odczyn W a s s e r m a n n a nie jest wystarczający, należy obok niego wykonać kilka ze znanych prób kławkowych, z których za najlepsze uważa B. odczyn K a h n a, odczyn M ü l l e r a, odczyn M e i n i c k e g o i odczyn cytocholowy. (Nederl. Fijdschr. v. Geneesk 1933 Nr. 13).

—o—

R. S t e i n h a r d t stosował naświetlanie przysadki mózgowej w różnorodnych *schorzeniach ginekologicznych*. W dolegliwościach okresu przekwitania leczenie to przewyższało wszystkie inne metody, w tej liczbie i terapię hormonalną. Równie dobrze działa naświetlanie przysadki w anomaljach miesiączkowania, w braku miesiączki i w zbyt obfi-

tych krwawieniach miesięcznych. Przeciwwskazanie stanowią krwotoki maciczne wieku młodocianego i okresu przekwitania. W miesiączkowaniu bolesnem 1/3 wszystkich przypadków nie dała poprawy. (Z. Geburtsh. T. 102. Z. 3).

—o—

W przypadkach *braku miesiączki*, opornych na wszelkie leczenie, poleca *Violet* jednorazowy upust krwi w ilości 200 — 250 gramów. Zwykle wystarcza jeden upust, aby po upływie 8 — 14 dni wywołać period, który od tego czasu zjawia się regularnie co 28 dni. (Rev. franç. Gynéc. 1932 listopad).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dnia 25.X.1932 roku.

Obecnych członków T-wa 68, wprowadzonych gości 50. Początek o godz. 22-giej.

1. Kol. Sekretarz Stały wygłosił wspomnienie pośmiertne o s. p. Z. M o n s i o r s k i m (streszczenie własne).

Zygmunt M o n s i o r s k i urodził się w miasteczku Skalmierzu ziemi Kieleckiej w roku 1866 z ojca nauczyciela ludowego. Naukę szkolną pobierał w progimnazjum w Pinczowie, w roku 1880 przeniósł się do gimnazjum w Piotrkowie Trybunalskim, które ukończył w r. 1884. W tymże roku, ulegając życzeniu ojca, wstąpił na wydział lekarski Uniw. Warsz. Zrażony widokiem trupów w prosektorjum, przerwał studia lekarskie i wstąpił na wydział prawny. Ulegając jednak namowom ojca, wstąpił ponownie na wydział lekarski i ukończył go w roku 1890. W okresie pobytu w uniwersytecie odsiedział 3 miesiące w cytadeli warszawskiej za szenie osiady śród ludu.

Po ukończeniu studiów lekarskich osiadł w Radzyminie. Praktykował tu w ciągu 3 lat w bardzo ciężkich warunkach materialnych. Dzięki nadzwyczajnej oszczędności uciałał nieco grosza, co umożliwiło mu wyjazd na studia do Paryża. Poświęcił się tu z zapalem położnictwu i ginekologii, pracował u profesora P i n a r d a i P o z z i e g o, jako owoc tej pracy uzyskał stopień doktora medycyny po obrobie rozprawy o łożysku przodującym.

W r. 1896 wrócił do kraju i osiadł w Warszawie, gdzie rozpoczął praktykę prywatną. Rok cały był asystentem-wolontariuszem oddziału Franciszka N e u g e b a u e r a w szpitalu ewangelickim. W r. 1897 powierzono mu prowadzenie przychodni ginekologicznej w szpitalu Wolskim. Na stanowisku tem, pomimo nadzwyczaj lichych warunków pracy, pozostał wytrwale w ciągu lat 15, i nie zrażając się tymi warunkami rozwinął energiczną działalność. Na początku brak było w szpitalu sali operacyjnej, brak bodaj najprostszych narzędzi, nie mógł operować na miejscu, dlatego na własny koszt umieszczał pacjentki w jednej z lecznic warszawskich i tam bezinteresownie operował. Gdy wreszcie powstał w szpitalu wolskim oddział chirurgiczny, za zgodą ordynatora tego oddziału korzystał z sali operacyjnej i coraz bardziej zdobywał doświadczenie w chirurgii operacyjnej ginekologicznej. Te jego poczynania zwróciły nań uwagę młodszych lekarzy, którzy coraz liczniej gromadzili się przy jego boku, tworzyła się powoli szkoła, z której wyszedł szereg dobrze wyrobionych ginekologów.

Podczas wojny światowej w końcu 1914 r. objął M o n s i o r s k i oddział chirurgiczny w szpitalu wojskowym, urządzonym w gmachu byłego korpusu kadetów i prowadził go z powodzeniem w ciągu 2 lat. W roku 1916 został mianowany ordynatorem zakładu położniczego miejskiego im. Anny Mazowieckiej, po 8 latach — roku 1924 został ordynatorem oddziału ginekologicznego w szpitalu Przemienienia Pańskiego, na którym to stanowisku pozostał aż do chwili zgonu. Na wszystkich wymienionych stanowiskach prowadził pracę na sposób kliniczny.

Prócz pracy zawodowej szpitalnej i prywatnej interesował się w wysokim stopniu również pracą społeczną i naukową. Piastował godność wiceprezesa sekcji ginekologicznej w Tow. Lek. Warsz., był wspólnie z Doktorem Czesławem S t a n k i e w i c z e m założycielem pierwszego pisma ginekologicznego polskiego „Ginekologia”. W późniejszych czasach był jednym z twórców Towarzystwa Ginekologicznego Warsz. i był jego pierwszym prezesem. Był docentem gine-

P. F. N i g s t widzi w żeńskim hormonie płciowym, *progynonie*, skuteczny środek, prowadzący do *regeneracji krwi*. Po obfitych utratkach krwi w ginekologii i położnictwie, w celu przygotowania do operacji kobiet ciężko chorych, dla których już niewielki ubytek krwi stanowi niebezpieczeństwo, u rekonalescentek po operacjach i w wielkiej liczbie anemii na tle krwotoków wewnętrznych progynon sprzyja odnowie krwi i podniesieniu zawartości hemoglobiny. (Schweiz. med. Woch. 1932 Nr. 50).

—o—

kologii Wydziału Lekarskiego U. W. i na tem stanowisku rozwinął energiczną działalność pedagogiczną.

Był członkiem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego od roku 1906 i w pierwszych latach swego członkostwa brał czynny udział w życiu naukowym Towarzystwa.

Poświęcił dużo czasu pracy lekarsko - literackiej, ogłosił drukiem 23 rozprawy w pismach periodycznych lekarskich, pozatem wydał w roku 1924 podręcznik pod tytułem „Diagnostyka Ginekologiczna” oraz przetłumaczył i wydał podręcznik P o z z i e g o z dziedziny ginekologii.

Zmarł nagle 26 sierpnia 1932 roku.

Jak widzimy — pracował M o n s i o r s k i uczciwie na wielu polach, wypełnił swe życie pożyteczną pracą dla dobra społeczeństwa.

Cześć Jego pamięci!

2. Kol. Z e m b r z u s k i L. (członek T-wa) wygłosił „Krótkie sprawozdanie z IX-go Międzynarodowego Zjazdu Historyków Medycyny w Bukareszcie (streszczenie własne).

Zjazd ten, na który prelegent został wydelegowany przez rząd polski i na którym reprezentował również Wydział Lekarski Uniwer. Warsz. odbył się od 10 do 18 września 1932 r. pod protektoratem króla Rumunii, przy udziale 130 przedstawicieli obcych narodowości.

Z Polski przybyło na Zjazd 6 lekarzy. Głównymi tematami były: 1) Rozwój medycyny w krajach bałkańskich i 2) Zwalczenie zarazy morowej w Europie w dawnych wiekach. Prócz tego wygłoszono ok. 100 referatów będących w związku z tematami głównymi lub t. zw. luźnych. Polacy wygłosili 5 komunikatów, dotyczących różnych zagadnień z dziedziny historii i filozofii medycyny. Podczas Zjazdu funkcjonowała wystawa farmaceutyczna i historyczno - lekarska.

Pozatem odbył się szereg wycieczek programowych po Rumunii, podczas których uczestnicy Zjazdu poznali szereg instytucji lekarskich naukowych, sanitarno - społecznych i kulturalnych.

Znaczący wypada żywe współdziałanie w organizowaniu Kongresu ze strony władz, rządu i społeczeństwa z Królem Karolem II na czele, który otwierał Zjazd i przewodniczył na posiedzeniu inauguracyjnym. Świetna organizacja i niezwykła gościnność gospodarzy przyczyniły się do usświetnienia Zjazdu pod każdym względem.

3. Protokół posiedzenia z dnia 18.X. przyjęto.

Zebrań zamknięto o godz. 22 minut 45.

Prezes: Witold O r ł o w s k i.
Zastępca Sekretarza Dorocznego: M. K r u s z ó w n a.

Posiedzenie z dnia 8.XI. 1932 r.

Obecnych członków T-wa — 80, wprowadzonych gości — 93.

Początek o godz. 20-tej punktualnie.

1. Protokół posiedzenia z dnia 25 października przyjęto.

2. Kol. P r e z e s zawiadamia o śmierci członków honorowych Towarzystwa: Józefa B a b i Ń s k i e g o i Feliksa L e j a r s.

3. Kol. L o t h Edward (członek T-wa) przedstawia „Przypadek znacznej deformacji kl. pierściennej”.

4. Kol. R u t k o w s k i J. (członek T-wa) omawia: „Symptomatologię w zapaleniu przewlekłym wyrostka robaczkowego” (streszczenie własne). (Wydrukowane w Warsz. Czas. Lek. 1932).

W rozprawach zabierali głos: L. K r y Ń s k i, R o s u s k i, G e r n e r, M a s i u k i e w i c z, H ł a s k o, M o c z a r s k i, O r ł o w s k i i Z a o r s k i.

5. Kol. F i l i Ń s k i W. (członek T-wa) wygłosił

odczyt p. t.: *Próby leczenia gruźlicy zarazkiem duru*“ (streszczenie własne).

F. przypomina dawniejsze zdania o antagonizmie między durem brzuszny i gruźlicą. Powołuje się potem na fakt, że dur nie wywołuje rozwoju sprawy gruźliczej, chociaż sam często prowadzi do zmian w narządzie oddechowym, które same przez się mogłyby się wydawać podatnym tłem ku temu. Podaje przypadki w których dur samoistny wpłynął korzystnie na gruźlicę istniejącą. Przypuszcza, że jad durowy wpływa leczniczo na gruźlicę. Próbuje w przypadkach gruźlicy ostrej, postępującej, zastosować szczepionkę durową jako środek leczniczy. W szeregu przypadków otrzymuje dobre wyniki. Niepowodzenia tłumaczy powikłaniami, które uniemożliwiają racjonalne odżywienie chorych, a więc przedewszystkiem gruźlicą jelit lub krtań, o ile ona utrudnia polikanie. Nie można się spodziewać poprawy, o ile leczenie rozpoczyna się już w okresie przedśmiertnym na kilka dni przed zgonem.

W rozprawach zabierali głos: *Ł a w r y n o w i c z*, *S z c z e p a ń s k i*, *K a r w a c k i*, *B a r t o s z e k*, *W a s o w i c z*, *M i c h a ł s k i*, *S z o k a ł s k i*, *O r ł o w s k i*, *O s i ń s k i* i prelegent.

Punkt 3-ci porządku dziennego przeniesiono na posiedzenie w dniu 15.XI. 1932.

Posiedzenie zamknięto o godz. 23 minut 5.

Prezes: *W i t o ł d O r ł o w s k i*.

Zastępca Sekretarza Dorocznego: *M. K r u s z ó w n a*.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne z dnia 20 kwietnia 1933 r.

Obecnych — 37.

Przewodniczył *S r e b r n y*.

1. *D r. J. B u d z i ń s k a - T y l i c k a*. Projekt kodeksu etyki lekarskiej.

Prelegentka omawia projekty kodeksu deontologii lekarskiej, opracowane przez Naczelną Izbę Lekarską i Izbę Lekarską Warszawsko-Białostocką, zatrzymując się dłużej nad tym ostatnim jako bardziej współczesnym i życiowym. Zasadniczo uważa, że kodeks taki jest wogóle potrzebny. Ma zastrzeżenia co do samej nazwy kodeksu, uważając termin „deontologia“ za niezrozumiałą, i proponując wzamian nazwę „zasady etyki lekarskiej“. Wypowiada się przeciwko ujęciu zasad przestrzegania tajemnicy lekarskiej przez projekt kodeksu deontologii, opracowany przez Izbę Lekarską Warszawsko-Białostocką, które nakazuje zwracanie się w wątpliwych przypadkach do „doświadczonego kolegi“. Uważa, że przy przestrzeganiu tajemnicy lekarskiej kierować się należy raczej względami społecznymi, aniżeli indywidualnymi, i że sprawa ta powinna być pozostawiona sumieniu i taktowi lekarza. Za niezyciowe w dobie obecnego kryzysu uważa paragrafy, ograniczające lekarza co do minimum pobieranego przezeń honorarium, za zbędne zaś paragrafy, traktujące o formalistycy narad. Zgłasza następujące wnioski uzupełnienia zasad etyki lekarskiej:

a) Żadne względy partyjne, ani różnice społeczne, narodowościowe i wyznaniowe nie mogą w żadnej mierze stać na przeszkodzie przy przyjmowaniu lekarzy do organizacji lekarskich naukowych i zawodowych, ani też przy obsadzaniu stanowisk lekarskich państwowych, samorządowych czy społecznych. O wszystkim powinno rozstrzygać dobro chorego i instytucji, a zatem kwalifikacje fachowe i naukowe.

b) Ordynatorzy szpitali powinni przyczyniać się do jak największego uprzywilejowania materiału szpitalnego lekarzom, pragnącym nabyć wiedzę lekarską (oba wnioski opracowane wspólnie przez prelegentkę i *d r a K n a p p e g o*).

2) *D r. L e o n Z a m e n h o ł*. Czy wogóle potrzebna jest deontologia lekarska?

Prelegent stwierdza, że istnieje jedna tylko etyka, nie ma zaś szczególnej etyki lekarskiej. Wobec tego, że projekty kodeksu deontologicznego zawierają cały szereg rzeczy zrozumiałych same przez się, inne zaś paragrafy są niezyciowe i nierealne, niektóre nawet niebezpieczne dla lekarzy, dochodzi prelegent do wniosku, że nie należy wogóle wprowadzać żadnego kodeksu deontologicznego.

W dyskusji *D r. G a n t z* wypowiada się przeciwko wprowadzeniu kodeksu deontologicznego, chociaż kieruje się przy tym innymi względami, aniżeli *D r. Z a m e n h o ł*, gdyż ośmieszyć można wszystko. Projekty Izby Lekarskiej trudno nazwać kodeksem, gdyż kodeks jest zbiorem praw i kar za ich przekroczenie, czego żaden z przedstawionych projektów nie przewiduje. Zasad etyki lekarskiej nie można ująć w paragrafy. Jedyną zasadą, którą powinien kierować się

lekarz w stosunku do pacjentów i kolegów, powinna być następująca: postępuj z chorym i kolegą tak, jak chcesz, żeby z tobą postępowano. Nie zgadza się z zasadą, że lekarz powinien być sądzony i karany przedewszystkiem przez samorządy lekarskie. Lekarz jest takim samym członkiem społeczeństwa, jak inni ludzie, i powinien być tak samo za swe wykroczenia karany. Trudno wprowadzać kodeks deontologii, kiedy istnieje w społeczeństwie lekarskim cały szereg imponderabiljów. Z jednej strony istnieje szereg jednostek, zajmujących po kilka dobrze płatnych posad, z drugiej zaś bardzo liczna rzesza takich, którzy z powodu przekonań politycznych lub ze względów narodowościowych i wyznaniowych nie mają żadnego zajęcia i przymierają głodem. Trudno jest stosować tę samą miarę do postępów jednych i drugich. Istnieje jednak wśród lekarzy wielu skądinąd światłych i idealnych ludzi, którzy uważają, że żydzi czy ludzie innych przekonań politycznych nie mogą zajmować pewnych stanowisk lekarskich. Projekty kodeksu wymagają od ogółu lekarzy jakiegoś bezapelacyjnie poważającego i uległego stosunku do Izby Lekarskiej, grożąc karami za ich krytykę. Nie można czynić z tego zasady, gdyż warunki mogą się zmienić; wystarczy przykład państwa ościennego, gdzie wyznaczono przymusowych komisarzy do instytucji lekarskich. Mówca powątpiewa, czy wprowadzenie kodeksu deontologicznego uzdrowi nienormalne stosunki. Należy dać wszystkim lekarzom jeść, a wtedy zbędne się staną wszelkie kodeksy etyczne. Hańbiący czyn, popełniony przez lekarza, powinien być karany przez sądy państwowe. Naruszanie tajemnicy lekarskiej podrywa zaufanie do lekarzy, widać to najlepiej na przykładzie Niemiec, gdzie od chwili wprowadzenia ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych, znoszącej tajemnicę lekarską w stosunku do tych chorób, szerzy się gwałtownie leczenie u znachorów. Porusza sprawę wynagrodzenia lekarzy, pracujących w żydowskich towarzystwach filantropijnych, co się w dużym stopniu przyczyniło do deprecjacji pracy lekarskiej. W sprawie wivisekcji zaznacza, że naogół zabija się tylko niższe zwierzęta, doświadczenia na zwierzętach wyższych gatunków przeprowadza się tylko w pewnych kołach. Sprawie tej należałoby poświęcić specjalny wieczór.

D r. J. M u t t e r m i l c h wyjaśnia, że deontologia lekarska jest nauką o prawach i obowiązkach lekarskich. Kodeks deontologii lekarskiej jest konieczny, gdyż bardzo wielu lekarzy ma o tem zupełnie mętne pojęcia. Protestuje przeciwko ujęciu sprawy przez *D r. Z a m e n h o ł a*, gdyż wykić można oczywiście wszystko. Kodeks deontologii lekarskiej nie mógł, oczywiście, pominąć milczeniem sprawę tajemnicy lekarskiej. Zwalczanie zasady 41 za pomocą motywacji, że Sady Izby Lekarskiej są dyletanckie, nie jest słuszne, g wszystkie sądy koleżeńskie i honorowe są dyletanckie. C wa, że taki dyletancki sąd może bezapelacyjnie pozbawić lekarza prawa praktyki, jest *piomna, gdyż kazuy wyrok s Izby Lekarskiej, orzekający zawieszenie wykonywania praktyki lekarskiej, musi być zatwierdzone przez wydział dyscyplinarny. Kodeks nie jest potrzebny, oczywiście, dla wszystkich, lecz dla pewnych jednostek jest on niezbędny. Kodeks nie przewiduje wszystkich możliwości, jest on ramowy. Są zasady same przez się zrozumiałe, a jednak zdarzają się wykroczenia przeciwko nim, wobec czego musiały się one znaleźć w kodeksie. Sprawa tajemnicy lekarskiej jest trudna; naruszanie jej powoduje ucieczkę chorych do znachorów.*

D r. S. R u b i n r o t podkreśla, że etyka jest zbiorem przepisów moralności. Jak jedna jest moralność, tak jedna jest etyka, nie może być specjalnej etyki lekarskiej. Termin „etyka lekarska“ nie cieszy się mirem w społeczeństwie, jest on ośmieszony. Kodeks deontologii lekarskiej jest zbiorem przepisów zawodowej praktyki lekarskiej. Tak, jak nikt nie ma prawa tłumaczyć się nieznaną sobie prawą, lekarz nie może się tłumaczyć nieznaną sobie zasad deontologii lekarskiej. Jak potrzebne są w tym celu zbiory praw, tak potrzebny jest zbiór przepisów w związku z praktyką lekarską. W przedstawionych projektach nie mówi się nic o stosunku zakładów szpitalnych, instytucji filantropijnych do praktyki prywatnej. Instytucje lekarskie publiczne, samorządowe i t. d. powinny też obowiązywać zasady praktyki prywatnej.

D r. K n a p p e porusza sprawę wivisekcji. Zgadza się na poświęcenie tej sprawie całego wieczoru, lecz uważa, że wobec tego, iż kodeks deontologiczny ma być wkrótce uchwalony, nie powinna w nim być pominięta sprawa wivisekcji, należy więc jej poświęcić nieco czasu. Cytuje wyjątki z prac wivisekcyjnych rozmaitych badaczy, obrazujących zgnęanie się nad bezbronnymi zwierzętami przeważnie bez żadnej większej korzyści dla nauki. Prace te rzucają hańbę na

cały stan lekarski. Zgłasza poniżej podany wniosek w sprawie potępienia wiwisekcji w kodeksie:

Wszelkie więzienie, głodzenie, kaleczenie i mordowanie zwierząt jest czynem niegodnym kulturalnego człowieka, a zwłaszcza lekarza, którego zawód nakazuje mu ratowanie życia i chronienie od bólu każdej żyjącej i czującej istoty, nie tylko człowieka. Przeciwnie są etyce lekarskiej i ogólnoludzkiej wszelkie doświadczenia wykonywane na żywych zwierzętach, a zwłaszcza karygodne są tak powszechne dzisiaj przy wkładzie medycyny demonstracje wiwisekcyjne. Korzyść stała niewielka, a szkody mogą być nieobliczalne. Nieprawda jest, że cel uświęca środki, cel najwyższy może tłumaczyć środki. Żywy środek pozostaje złym, chociażby nawet był konieczny. Wiwisekcja jest właśnie takim złym środkiem i tylko przez fanatyków naukowych uznawana jest za środek konieczny dla idealnych celów nauki.

Dr. A b r a m o w i c z dziwi się, jak ludzie uspołecznieni mogą popierać kodeks. Życie idzie dalej wbrew świątkom panieru. Pauperyzacja masy lekarskiej jest coraz większa. Ażebym mogła zapanować moralność należy zmienić życie. Sa wśród lekarzy biedni i bogaci, są tacy, którzy mają po parę posad, są inni, którzy nic mają co jeść. Nie można pisać dla nich jednakowych praw. Przedmówca stanął w obronie zwierząt, lecz ideologia musi iść koleino: najpierw ludzie, a później zwierzęta. Stawia wniosek, ażeby odrzucić kodeks deontologiczny, a zwrócić więcej uwagi na poprawę bytu lekarzy.

Dr. S z w a r c uważa nazwę „etyka“ za nieodpowiednią, właściwszym terminem byłoby „normy postępowania“. Jest zwolennikiem kodeksu deontologicznego, gdyż normy postępowania są również potrzebne przedewszystkiem dla Sądów Izby Lekarskiej, które się muszą przeciwieć czemuś kierować. W sprawie tajemnicy lekarskiej uważa, że naogół zachowanie jej jest ważniejsze i przynosi stanowi lekarskiemu i społeczeństwu więcej korzyści, niż zdradzanie jej.

Dr. G o l d s t e i n stwierdza, że każda społeczność ma pewne opracowane normy postępowania. Potrzebne są one również społeczności lekarskiej. Położenie materialne posiada niewątpliwie wpływ na przestępczość, lecz nie rozstrzygający. Żaden kodeks nie przewiduje wszelkich możliwości.

Dr. A. Z a m e n h o f uważa, że pewne przepisy postępowania są potrzebne. Wynowia się za nazwa „deontologia“, która jest zrozumiała dla każdego lekarza. Z kodeksu należy pozostawić tylko zbiór przepisów, dotyczących pewnych sytuacji, w których się lekarz może znaleźć.

Dr. J u s t m a n stwierdza, że projekt kodeksu przynominają silnie osławiony kodeks B o z i e w i c z a. Każdy kodeks musi istnieć w miejscu i czasie. Stwarza się jakąś etykę lekarską, która polega na ukrywaniu brudów i wybielaniu lekarzy, którzy popełnili przekroczenie, nawet przed sądami koronnymi. Kodeks świadczy o jakimś obinactwie: jest on dziwnym połączeniem altruizmu i wymagań życia praktycznego. Dla norm postępowania lekarzy zupełnie wystarczają ce są orzeczenia sądów Izby Lekarskiej.

Dr. H. J. L a n d a u jest zasadniczo przeciwnikiem kodeksu deontologicznego. Przedstawione projekty stanowią dziwne połączenie najprymitywniejszych zasad etyki, o których brak znajomości nie można przecieź posądzać ludzi nawet ze średnim wykształceniem, przepisów, zawartych już w ustawie o wykonywaniu praktyki lekarskiej, oraz kodyfikacji prawa zwyczajowego lekarskiego. Zasady pierwszych dwóch kategorii są zbędne, trzeciej można ująć w pewne przepisy wzajemnego stosunku lekarzy. Co do zachowania tajemnicy lekarskiej, uważam, że jest ono podłożem, na którym powstaje zaufanie pacjenta do lekarza, a nie powinno być następstwem tego zaufania.

Dr. S r e b r n y jest zwolennikiem kodeksu. Jest za zachowaniem nazwy „kodeks deontologii“, gdyż deontologia znaczy nauka o obowiązku, kodeks zaś — zbiór ustaw. Zachowanie tajemnicy lekarskiej powinno być pozostawione do uznania lekarza, zdradzanie tajemnicy powinno się zdarzać tylko wyjątkowo.

W odpowiedzi wyjaśnia Dr. B u d z i Ń s k a - T y l i c k a, że, ponieważ kodeks będzie z pewnością uchwalony, należało się do tego projektów jakoś ustosunkować. Zdaje sobie sprawę z ciężkiego położenia wielu lekarzy, dlatego też zgłosiła wniosek przeciwko ograniczeniom ze względu politycznych, narodowościowych i wyznaniowych. Zgadza się, że naogół chwila obecna nie nadaje się do wprowadzania kodeksu, lecz należało zająć jakieś stanowisko wobec istniejących projektów. Pomimo wszystko jest zwolenniczką pewnych norm, które można przecieź co pewien czas zmieniać.

Dr. L. Z a m e n h o f uważa kodeks nie tylko za zbędny, lecz pod pewnymi względami za niezupełny, a nawet za niebezpieczny. Wystarczyłyby najzupełniej pewne przepisy postępowania, wydane przez Izbę Lekarską. Adwokaci nie posiadają żadnego kodeksu. W sprawie sądów Izby Lekarskiej stwierdza, że są one sądami dyscyplinarnymi, a nie koleżeńskimi.

Przewodniczący Dr. S r e b r n y zapowiada, że zarząd Towarzystwa biorąc na uwagę przytoczone wyżej opinie, opracuje krytykę projektu deontologii i przesła ją Izbie Lekarskiej.

H. L a n d a u.

Posiedzenie plenarne z dnia 11 maja 1933 r.

Obecnych — 21.

Przewodniczył S r e b r n y.

S r e b r n y komunikuje, że w wyniku poprzedniego posiedzenia plenarnego Zarząd opracował projekt kodeksu deontologii lekarskiej Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej, który został złożony w Izbie Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej.

O d c z y t:

E. B i r z o w s k i. Ubezpieczenia społeczne a stan lekarski. (Wydrukowane w „Warsz. Czas. Lek.“).

W dyskusji zaznacza M. K a h a n, że wobec ogromu materiału, nagromadzonego przez prelegenta, proponuje, by uważać referat prelegenta jedynie za odskocznicę do dyskusji, która powinna poruszać głównie sprawy ubezpieczeń społecznych i stanu lekarskiego u nas w kraju. Co do projektu A p p e l t a, stwierdza, że niweluje on te pojęcia, które się wytworzyły wśród nas.

C u k i e r ó w n a stwierdza, że prelegent przytoczył poglądy szeregu autorów, jak: L i e k, A p p e l t i t. d. dalej Brytyjskiego Towarzystwa Lekarskiego, lecz nie wypowiedział własnych poglądów na poruszane zagadnienia. Instytucje Ubezpieczeń Społecznych mają niewątpliwie szereg wad, lecz posiadają również ogromne zalety, tak, że należy je tylko udoskonalić, ażeby mogły one przynosić korzyść całemu społeczeństwu.

M. K a h a n uważa, że możnaby kwestjonować te wyniki, które dały ubezpieczenia społeczne, i korzyści, przyniesione przez nie społeczeństwu. Zdaniem mówcy, rację bytu posiadają tylko wolnopracujący lekarze, potrafiący pozyskać zaufanie pacjentów. Lekarz musi być lekarzem nie tylko ciała, lecz i ducha. Niejednokrotnie musi się on kierować tylko intuicją wrodzoną lub nabytą, czego trudno wymagać od lekarza — urzędnika, zaś kwestja leczenia bywa prawie zawsze sprawą intymnego kontaktu lekarza z pacjentem. Co się tyczy zapewnienia pomocy lekarskiej najuboższemu warstwowo ludności, to im właśnie, a mianowicie bezrobotnym instytucje ubezpieczeń społecznych tej pomocy nie udzielają.

K a c p r z a k uważa, że dyskusja nie obraca się dookoła zagadnień, poruszonych przez prelegenta, które powinny służyć za podstawę. Proponuje, by wobec spóźnionej pory odłożyć dalszą dyskusję do następnego zebrania.

P r z y s u s k i dziwi się, że lekarze tak mało interesują się instytucjami ubezpieczeń społecznych, aczkolwiek zainteresowanie z ich strony temi instytucjami powinno być duże, gdyż, popierwsze, lekarze sami w dużym stopniu uczestniczą w tych ubezpieczeniach, podrugie, są tymi, którzy powinni stać na stanowisku obrony zdrowia społecznego. Ubezpieczenia społeczne nie były następstwem pojęć etycznych B i s m a r c k a, lecz wytworem walki między tymi, którzy się ich domagali, a tymi, którzy ich nie chcieli dać. Wkrótce ma wejść w życie nowa ustawa scaleniowa ubezpieczeń społecznych, uchwalona przez Sejm. Ustawa ta oznacza pogorszenie ubezpieczeń i znaczne pogorszenie świadczeń i stara się przerzucić ich ciężar z pracodawców na pracowników. Lekarze naogół nie orientują się w sprawach ubezpieczeń społecznych, stąd stosunek dużego ich odłamu jest do nich ujemny, a nawet wrogi.

K n a p p e stwierdza, że w przemówieniu przedmówcy uderzyło go zupełne przejście do porządku dziennego nad położeniem stanu lekarskiego, z którego ssie soki biurokracja. Ogół lekarzy winien bronić się przed wyzyskiem i biurokracją, które rozpanoszyły się w instytucjach ubezpieczeń społecznych.

K r a s u c k a nie rozumie, dlaczego lekarze tak się obawiają stać się urzędnikami. Niechęć pacjentów do lekarzy Kas Chorych tłumaczy się tem, że lekarze nie traktują ubezpieczonych w Kasach Chorych tak samo, jak prywatnych

pacjentów. Gdyby stosunek lekarzy do nich był inny, mogliby z łatwością pozyskać ich zaufanie.

W odpowiedzi zaznacza B i r z o w s k i, że w referacie swym streścił rozmaite istniejące wśród lekarzy poglądy na instytucje ubezpieczeń społecznych i sytuację lekarzy w związku z zanikiem praktyki prywatnej. Instytucje ubezpieczeń społecznych przeżywają obecnie ciężki kryzys. Za istniejący stan rzeczy ponosi w dużym stopniu winę bierność lekarzy. Wobec pauperyzacji stanu lekarskiego, jego bezrobocia, a jednocześnie braku pomocy lekarskiej dla szerokich mas ludności (bezrobotnych, rzemieślników, ludności wiejskiej) należałoby zorganizować pomoc lekarską dla całej ludności, co pozwoliłoby zatrudnić wszystkich bezrobotnych lekarzy, a jednocześnie zapewniłoby pomoc lekarską tym wszystkim, którzy dotąd z niej nie korzystają z powodu braku środków. B i s m a r e k wprowadził ubezpieczenia społeczne na złość socialistom. Jeżeli chodzi o hitlerowskie poglądy A p p e l t a, prelegent wypowiada się zdecydowanie przeciwko nim.

H. L a n d a u.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Położniczo - Ginekologicznego w Wiedniu z dnia 8 listopada 1932 r. (Wien. med. Wschr. Nr. 17. 1933) zdawał H e i d l e r sprawę z wyników operacji *Coffeya metodą II*. Dla ilustracji pokazywał kobietę, która na klinice W e i b e l a operował sam C o f f e y dn. 26 października 1932 r. swą metodą II., polegającą na wszczepianiu obu moczowodów do odbytnicy, z powodu nieoperacyjnej przetoki pęcherzowo - pochwowej. Z wprowadzonych przez kieszki cewników moczowodowych wypłynęły w ciągu pierwszych 24 godzin 3 litry moczu. Ku wielkiemu zdziwieniu stwierdzono ciężką moczówkę cukrową. Cewniki moczowodowe usunięto dopiero w dzień pokazu, a zatem na trzynasty dzień po operacji. Znajdowały się na nich jeszcze drobne martwiczo zmienione cząsteczki wszczepionego moczowodu. Dalsze wydzielanie moczu jest zadawalające.

Na posiedzeniu Towarzystwa Położniczo - Ginekologicznego w Wiedniu z dnia 8 listopada 1932 r. (Wien. med. Wschr. Nr. 17. 1933) pokazywał L a t z k o przypadki *zgorzeli macicy i powiklanej przetoki pęcherzowo - pochwowej*. Wśród

kilku innych szczegółowiej omówił prelegent przypadek następujący: gorączka podczas porodu, kleszcze, posocznica, oddzielenie większej części uległej zgorzeli macicy. Wytworzyła się duża przetoka pęcherzowo - pochwowa, której brzegi mocno się zrosły z prawą kością łonową. Oba moczowody były widoczne z pochwy i uchodziły tuż przy brzegu przetoki przy przejściu w tylną ścianę pochwy. Przednia ściana pochwy uległa zniszczeniu tak, że nie było wogóle zwieracza. Pomimo wszystko zamknięcie przetoki było możliwe. Powrózki, które jak bliźnowate mostki przebiegały przez pęcherz, należało bezwzględnie usunąć, gdyż stanowią one powód do powstawania kamieni. Dalej uruchomić należało moczowody i obszyć delikatnymi niemi catgutowemi; obszycie musiało przejść nieco na ścianę pęcherza moczowego. Pęcherz należało o tyle uruchomić, żeby wisiał, jak luźny worek, w polu operacyjnym i dopiero wtedy można było zaszyć otwór. Dopiero wówczas okazało się, że można było jeszcze znaleźć zupełnie zanikłą macicę, potem, gdy niechcący utworzono fałd pęcherzowo - maciczny. Macicę umieszczono celem umocnienia szwu pęcherzowego, jak w jej interpozycji. Pochwy nie można było na dużej przestrzeni zaszyć; pozostawiono to ziarninowaniu. Złożono cewnik nastale. W przebiegu pooperacyjnym zaznaczyć należy zaciek moczowy i przemijająco małą przetokę, która się samoistnie zamknęła.

Na posiedzeniu Stowarzyszenia Lekarzy Styryjskich w Gracu z dnia 4 listopada 1932 r. (Wien. med. Wschr. Nr. 17. 1933) P f a b mówił o *torbielach łąkotek*. Prelegent podkreśla częstość występowania torbieli łąkotek stawu kolanowego. Rozpoznanie opiera się przedewszystkiem na wywiadach, w których na plan pierwszy występuje niepewność chodu, utrudnienie ruchów, objawy uwięźnięcia i przemijające obrzmienia stawu. Torbiele łąkotek występują przedewszystkiem u osób młodych (poniżej 30 lat), zjawiają na zewnętrznej stronie stawu kolanowego, znajduje się wysięki, małe uwy puklenia na zewnętrznej powierzchni stawów, szczególnie przy zginaniu. Jeżeli chodzi o leczenie, to wyniki może dać tylko operacja. Rokowanie jest bardzo dobre. Pod względem różniczkowo - rozpoznawczym w rachubę wchodzi torbiele więzadeł bocznych, fałdów skrzydłowych (*plicae alares*). okostny rzepki. W powstawaniu torbieli łąkotek odgrywają dużą rolę nieszczęśliwe wypadki.

Korespondencja

W lipcu 1933 r.

Jastrzębie - Zdrój na Śląsku

Znaczne trudności i ograniczenia (finansowej i formalnej natury), jakie się ostatnio wyłaniają przy próbach wyjazdu za granicę kraju, — mają może między innymi i tę dobrą stronę, że zmuszają lekarzy do bliższego interesowania się uzdrowiskami krajowymi. Coprawda, i tu można postępować według pewnego ustalonego szablonu i kierować swych chorych do dobrze znanych i dobrze zareklamowanych miejscowości, jak Ciechocinek, Truskawiec, Krynica, i t. d. — tak samo, jak się wysyłało kiedyś do Karlsbadu, Marienbadu, Vichy. Jednakże postępowanie tego rodzaju niezawsze może być słuszne: przedewszystkiem, chcąc kierować chorych tylko do bardzo znanych uzdrowisk w Polsce, lekarze mają niewiele do wyboru; jednocześnie przyczyniają się sami do nadmiernego przepelnienia tych bardzo znanych miejscowości, — co znów pociąga za sobą obniżenie wartości pobytu chorego w tem miejscu: pacjenci muszą się zadawać bylejakimi warunkami mieszkaniowymi (z powodu przepelnienia), przyczem ceny w przepelnionych miejscowościach wzrastają niepomierne; wreszcie niejednokrotnie pacjenci już z racji swego cierpienia nie nadają się do pobytu w gwarnych i rojnych od ludzi miejscowościach. Dlatego też lekarze - praktycy powinni być może interesować się i mniej znanymi uzdrowiskami, tembardziej, że niektóre z nich z pewnością zasługują na uwagę i mogą znacznie ułatwić trudną nieraz do rozwiązania sprawę wyjazdu pacjenta na kurację. Do tego rodzaju miejscowości bezwarunkowo należy Jastrzębie — Zdrój, w którym zatrzymałem się podczas obecnego urlopu, — kiedy to zwiedzałem góry i miasta na Śląsku.

Właściwe uzdrowisko jest częścią dużego majątku ziemskiego, stanowiącego własność znanej na Śląsku rodziny W i t c z a k ó w. Cała okolica ma charakter pagórkowaty i leży niedaleko od Beskidów Śląskich, które pięknie się zarysowują na tle pogodnego nieba; rozległe lasy, malownicze dolinki i jary z niespodzianiem się wyłaniającymi strumykami i stawami charakteryzują rozległy, malowniczy i łagodny zarazem krajobraz. Wsie okoliczne, jak Ruptawa, Moszczenica i inne, również malowniczo położone, z nieodzownymi starami, drewnianymi kościółkami, są połączone ze Zdrojem wygodnymi drogami i szosami. Dalej trochę leży przepołowiony przez granicę czeską Cieszyn, dalej Ustroń i Wisła. Do granicy czeskiej, zresztą, dojechać można z Jastrzębia spacerem, nie męcząc się zbyt; można ją i przekroczyć na dalszą metę za przepustką miejscową, a na bliższą i bez przepustki, jako że stosunki z naszymi czeskimi sąsiadami są zupełnie dobre. Ludność miejscowa ma swoją gwarę, swoje obyczaje, swoją tradycję; poza zewnętrzną sztywnością kryje dużo serdeczności; naogół biorąc, ślązakom dobrze z oczu patrzy.

Właściwe uzdrowisko składa się z pięknego, miejscami nieco zapuszczonego parku i z leżących w pobliżu domów i pensjonatów; mieszkania i pokoje są wszędzie bardzo czyste i starannie utrzymane; poziom kultury mieszkaniowej jest naogół dość wysoki. W parku znajdują się łazienki nowe i stare. Te ostatnie mają swoją historję i „wielką“ przeszłość: jeszcze bowiem w połowie ubiegłego stulecia „Königsdorf - Jastrzemb“ był znany ze swych własności leczniczych, i arystokraci austriaccy i niemieccy przyjeżdżali tutaj, ażeby leczyć swoje hrabiowskie i książęce dolegliwości; w starych łazien-

kach widać rzeczywiście resztki przepychu: wanny marmurowe, inkrustacje i t. d. i t. d.

Jastrzębie — Zdrój posiada silne źródła solankowe z domieszką jodku i bromku magnezu; pozatem dobrą borowinę do okładów. Główny kontyngent przyjeżdżających tu chorych składa się z artretyków i reumatyków; zresztą, własności lecznicze Jastrzębia są zapewne podobne do własności Ciechocinka. O ile mogłem się zorientować z rozmów z kuracjami, wyniki leczenia tutejszego są zadawalające; jak i in-

ne uzdrowiska, tak i Jastrzębie — Zdrój posiada przysięgłych zwolenników — entuzjastów, przyjeżdżających tutaj rokrocznie. W każdym razie, jeżeli idzie o przeprowadzenie leczenia w bliskim otoczeniu pięknej przyrody i w idealnym spokoju, — to za Jastrzębiem przemawia bardzo wiele. Ceny są tutaj umiarkowane. Ze strony Zarządu Zdroju widać jaknajdalej idącą dbałość o wygody i dobre wyniki leczenia dla przyjeżdżających.

M. Pł o ń s k i e r.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Przyczynki do statystyki rozrodczości, wzgl. płodności kobiet żydowskich na kresach północno-wschodnich*).

Podał

Dr. C. SZABAD (Wilno).

Sprawa rozrodczości, chociażby na ograniczonym terenie lub pewnego odłamu narodowości, ma po pierwsze wartość etniczno-demograficzną, a po drugie poważne znaczenie państwowo-społeczne. Związana ma to znaczenie w czasach obecnych, kiedy z jednej strony wszędzie niemal zauważono corocznie wzrastający spadek urodzeń, a z drugiej strony powiększenie rodziny stanowi dla wielu ogromny ciężar, a więc sprawa regulacji stoi na porządku dziennym. W Polsce systematyczne badania nad rozrodczością prowadzi między innymi Polski Instytut Badań Zagadnień Ludnościowych, który zwraca się do wszystkich lekarzy ze szczegółową ankietą, w sprawie zagadnienia potomstwa.

Osobiście już oddawna interesuję się sprawą rozrodczości u nas, w szczególności zaś zależnością jej od stanu i środowiska społecznego. Dlatego więc od roku 1907 stale notuję w kartkach prywatnych pacjentek liczbę urodzonych przez nie dzieci oraz dzieci zmarłych. W roku 1913 ogłosiłem w „Lekarzu Wileńskim” (Nr. 9) pracę „Przyczynki do statystyki płodności pewnego odłamu kobiet na Litwie”, na podstawie materiału, zebranego w ciągu 5-cio letniej praktyki (1907 — 1911) prywatnej i obejmującego 3477 zamężnych kobiet (3033 żydówki i 384 chrześcijanki). Posiadając obecnie obszerniejsze dane statystyczne za okres 26-io letni, postanowiłem bardziej szczegółowo opracować ten materiał, według różnych okresów czasu, a mianowicie: 1) Okres przedwojenny (1907 — 1914), 2) Okres wojny i okupacji (1915 — 1920), 3) Okres powojenny (1921 — 1925) i 4) 1926 — 1932. Taki podział daje możliwość obserwacji tych zmian, które zaszły w ciągu całego czasokresu. Wiedząc z doświadczenia, iż rozrodczość kobiet miasteczkowych różni się od rozrodczości kobiet dużych miast, rozpatruję każdą z tych grup oddzielnie; kobiety z Wilna i innych dużych miast (M) i kobiety z miasteczek (Mst). Nie uwzględniłem zawodu i stanu społecznego moich pacjentek, co byłoby ciekawe, lecz bardzo by komplikowało obliczenia statystyczne; natomiast podzieliłem mój materiał według wieku kobiet, mianowicie: 1) do 20 l., 2) 21 — 30 l., 3) 31 — 40 l., 4) 41 — 50 l. i 5) ponad 50 lat.

Opracowany w ten sposób materiał obejmuje tylko kobiety żydowskie zamężne, albowiem pacjentki narodowości nieżydowskiej stanowią u mnie nikły odse-

tek (10 — 6%), przyczem odsetek ten z każdym rokiem się zmniejsza. Ze względów technicznych brałem w rachubę tylko stan rodzinny podczas pierwszej wizyty pacjentki. Więc każda pacjentka figuruje u mnie tylko raz, bez względu na to, ile razy odwiedzała mnie w ciągu omawianego okresu.

Charakteryzując w paru słowach materiał, z którego korzystałem, muszę zaznaczyć, iż mniej niż połowę chorych stanowią mieszkanki miasta Wilna, reszta zaś pochodziła z pobliskich miasteczek i małych miast województwa wileńskiego, nowogródzkiego, a przed wojną z gubernij wileńskiej, grodzieńskiej, kowieńskiej, mińskiej, suwalskiej i innych. Wyjątkowo zdarzają się chore z bardzo odległych krańców byłego imperjum rosyjskiego, a również przyjezdnych z Ameryki, Anglii, Palestyny, Południowej Afryki i inn. Według zajęć przeważna liczba pacjentek pochodziła z rodzin: drobnych handlarzy, rzemieślników, prywatnych urzędników, subiektów, mniej było zamożnego kupiectwa i inteligencji. Miałem również wśród swoich pacjentek sporo żon pracowników i robotników przedsiębiorstw prywatnych lub instytucyj społecznych, chociaż ostatnio leczyły się one w Kasie Chorych. Większość więc mojej klienteli ambulatoryjnej stanowią ludzie o ograniczonym dostatku, bogaci bowiem wolą zapraszać lekarza do siebie, najbiedniejsi zaś uczęszczają do przychodni szpitalnych lub społecznych.

Przechodzę teraz do szczegółowej analizy materiału. Tab. I. wskazuje podział pacjentek z miast (M) i miasteczek (Mst) według wieku i okresów.

Tablica I.

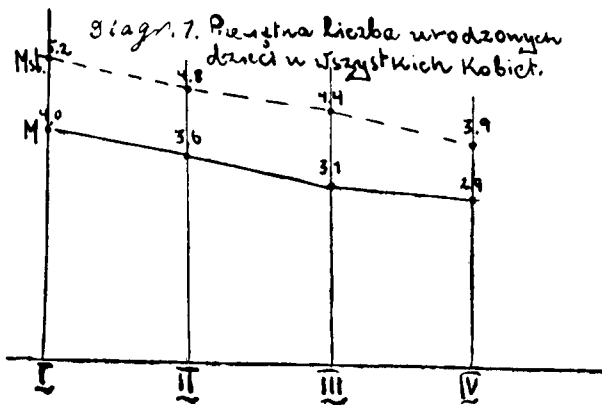
Podział kobiet, według wieku i okresu w mieście (M) i miasteczku (Mst).

	do 20 l.	21—30	31—40	41—50	51 i w.	Razem
I.	26	666	758	514	423	2.387
II.	7	148	177	125	94	551
III.	9	318	301	194	193	1.015
IV.	7	247	304	200	274	1.032
M.	49	1.379	1.540	1.033	984	4.985
I.	14	523	834	827	697	2.895
II.	2	76	107	113	89	387
III.	5	260	238	310	319	1.132
IV.	4	374	392	336	514	1.620
Mst.	25	1.233	1.571	1.586	1.619	6.034
Razem	74	2.612	3.111	2.619	2.603	11.019

Ogółem było 11.019 kobiet, które razem urodziły w ciągu całego okresu 26 lat 46.252 dzieci, przeciętnie więc 4,2 na matkę. Liczba ta 4,2 jednak nie

* Referat, wygłoszony na II Krajowym Zjeździe Lekarskim „Toż'u” w Warszawie 5.III.1933 i na posiedzeniu Wileńskiego Tow. Lek. 24.V.1933.

jest jeszcze wyrazem płodności naszego kontyngentu kobiet, albowiem obejmuje oprócz kobiet starszych, które już utraciły zdolność rodzenia, również kobiety młode, które mogą jeszcze rodzić. Oprócz tego, jak wskazują moje notatki, każda z tych kobiet przeżyła przeciętnie przynajmniej 2 — 3 poronienia — samoistne czy sztuczne — lub rodziła dziecko martwe. Dokładnych danych w tym kierunku nie posiadam, dlatego bliżej nad tem zastanawiać się nie będę. Szczegółowsze dane nam wykazuje tabl. II. i djagr. 1.



Tablica II.

Przeciętna liczba urodzonych dzieci u wszystkich kobiet.

	I.	II.	III.	IV.	
M.	4,0	3,6	3,1	2,9	3,5
Mst.	5,2	4,8	4,4	3,9	4,7
	4,6	4,1	3,7	3,5	4,2
I.	II.	III.	IV.	Ogółem	
kob. dz.	kob. dz.	kob. dz.	kob. dz.	kob. dz.	
M. 2.387	9.533	551	1.977	1.015	3.147
1.032	3.074	4.985	17.731		
Mst. 2.895	15.294	387	1.859	1.132	4.994
1.620	6.374	6.034	28.521		
5.282	24.827	938	3.836	2.147	8.141
2.652	9.448	1.1019	46.225		
przec.	4,6	4,1	8,7	3,5	4,2

Z tej tablicy widzimy, iż 1) przeciętna liczba urodzonych dzieci w miasteczku jest większa (4,7), niż w mieście (3,5) i różnicę stanowi 1,2 dzieci; 2) z każdym okresem liczba urodzonych dzieci spada tak w mieście, jak w miasteczku. To się tyczy ogółu kobiet. Lecz ciekawe jest zbadać, czy i o ile z wiekiem kobiet liczba urodzeń się zwiększa; inaczej mówiąc: w jakim wieku kobieta danego środowiska przestaje rodzić. Odpowiedź na to znajdziemy w tabl. III.

Tablica III.

Urodzone dzieci według wieku matek.
do 20 l. 21—30 31—40 41—50 51 i w. Razem

	do 20 l.	21—30	31—40	41—50	51 i w.	Razem
I.	0,84	1,76	3,63	5,4	6,4	4,0
II.	0,57	1,30	2,90	5,0	6,8	3,6
III.	0,88	1,16	1,49	4,1	6,3	4,1
IV.	0,57	1,25	2,0	3,0	5,6	2,9
M.	0,77	1,48	3,0	4,7	6,2	3,5
I.	1,2	1,83	4,18	6,6	7,76	5,2
II.	1,5	1,60	3,70	5,9	7,51	4,8
III.	0,4	1,30	3,0	5,1	7,38	4,4
IV.	0,0	1,60	2,9	4,17	6,47	3,9
Mst.	0,96	1,60	3,5	5,70	7,20	4,7

Tablica ta nam wykazuje, iż, im starsza jest kobieta, tem więcej dzieci urodziła, co właściwie jest naturalne. W wieku 31 — 40 lat przeciętna liczba urodzonych dzieci była w mieście 3,0, w miasteczku 3,5; w wieku 41 — 50 lat — 4,7 i 5,7; w wieku zaś ponad 50 lat 6,2 i 7,2. Więc kobiety nasze jeszcze dalekie są od systemu 1 — 2 dzieci i będąc już bliskie okresu przekwitania jeszcze są zdolne do rodzenia. Wielka różnica między liczbą urodzeń u kobiet w wieku 41—50 i ponad lat 50 tak w mieście, jak w miasteczku mogłaby być dowodem, iż kobiety nasze rodziły i w wieku ponad 50 lat, ale raczej fakt ten można tłumaczyć tem, iż kobiety ponad 50 lat należą do starszego pokolenia. Jak dalej zobaczymy, z każdym późniejszym okresem liczba urodzeń właśnie się zmniejsza.

W każdym razie, jak widać, do tychczas rozrodczość naszych kobiet jest jeszcze dość wysoka. W szczegółach wyraża się ona w następującem: 1. liczba urodzonych dzieci w każdej grupie wieku w miasteczku większa jest niż w mieście i 2. z każdym okresem czasu liczby te się zmniejszają. Tak w wieku 31 — 40 lat: 3,63 — 2,90 — 2,49 — 2,0 — w mieście i 4,18 — 3,70 — 3,0 — 2,9 — w miasteczku; w wieku 41 — 50: 5,4 — 5,0 — 4,1 — 3,0 — w mieście i 6,6 — 5,9 — 5,1 — 4,7 — w miasteczku; ponad 50 lat: 6,4 — 6,8 — 6,3 — 5,6 — w mieście i 7,70 — 7,57 — 7,38 — 6,47 — w miasteczku.

Mówiąc wyżej, iż kobiety nasze jeszcze dalekie są od systemu 1 — 2 dzieci, trzeba sobie jednak zdać sprawę z tego, o ile one zbliżają się do tego systemu. Odpowiedź na to daje tablica IV. Wskazuje ona również % kobiet, obarczonych wieloma dziećmi i spadek jego z biegiem czasu.

Tablica IV.

Odsetek matek według liczby urodzonych dzieci.

	0	1—2	3—4	5—7	ponad 7
I.	11,06	30,41	21,95	21,12	15,46
II.	14,70	33,57	19,00	19,87	12,86
III.	16,56	38,13	19,50	16,05	9,76
IV.	15,89	41,08	20,65	13,66	8,72
M.	13,58	34,54	20,86	18,40	12,62
I.	8,92	18,97	16,65	27,16	28,30
II.	8,79	22,48	20,15	23,51	25,07
III.	14,22	24,55	17,31	21,47	22,45
IV.	12,65	28,88	21,22	20,97	16,28
Mst.	10,90	22,88	18,22	24,20	23,80

Widzimy więc, iż przeciętnie 12,24 proc. kobiet (13,58 proc. w mieście i 10,90 proc. w miasteczku) są bezdzietne. Coprawda, do tej grupy wchodzi również kobiety młode w wieku do 20 lat i 21 do 30 lat, które jeszcze będą miały dzieci. Dlatego te grupy trzeba potrącić z ogólnej liczby bezdzietnych. W naszym materiale kobiety w wieku do 20 l. stanowią nikły odsetek (0,6 proc.), w wieku zaś 21 — 30 l. — 23,7 proc. (w mieście 27,6 proc., w miasteczku — 20,4 proc.).

Z ogólnej liczby kobiet, a również kobiet bezdzietnych z każdej grupy potrącamy więc liczby kobiet w wieku poniżej 30 l., a również liczby kobiet bezdzietnych w tym wieku, otrzymujemy tablicę IVa.

W ten sposób możemy wnioskować, iż około 8,8% naszych kobiet są bezdzietne (10,2% w mieście i 7,9% w miasteczku).

Tablica IVa.
Kobiety w wieku ponad 30 l.

	Ogółem	Bezdzietne	
		absol.	%
I	1695	151	8,9
II	396	43	11,8
III	668	70	11,5
IV	778	90	11,5
M	3557	363	10,2
I	2358	145	6,1
II	309	19	6,1
III	867	83	9,5
IV	1242	124	10,0
Mst.	4776	371	7,9
Ogół.	8333	734	8,8

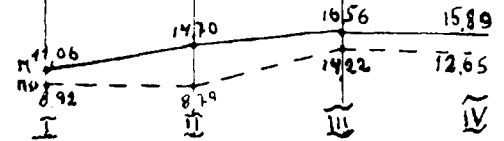
Odsetek ten jednak dotyczy ogółu kobiet za cały ten okres czasu. Ale szczegółowo z każdym okresem on wciąż się zwiększa, przytem w mieście jest zawsze większy niż w miasteczku (diagr. 2—7). Podkreślić trzeba tu, iż (według ogółu kobiet) w ostatnim okresie odsetek bezdzietnych kobiet tak w mieście jak w miasteczku jest mniejszy, niż w poprzednim. Wskazuje to, iż jest mniej i więcej stałym, nie podlegającym dalej zmniejszeniu się.

Jeszcze wykazuje nam tabl. IV ciekawe dane co do systemu 1 — 2 dzieci u naszych kobiet: wciąż się rozszerza i rozpowszechnia (diagr. 3). Przeciętnie trzyma się tego wyżej $\frac{1}{4}$ części kobiet: w miasteczku mniej niż $\frac{1}{4}$, w mieście nawet ponad $\frac{1}{3}$ części. Przytem $\frac{1}{6}$ kobiet, które urodziły 1 lub 2 dzieci z każdym okresem wciąż wzrasta: w mieście z 30,41 proc. (w pierwszym okresie) do 41,08 proc. (w ostatnim), w miasteczku — z 18,97 proc. do 28,88 proc.

Odsetek matek według liczby urodzonych dzieci.

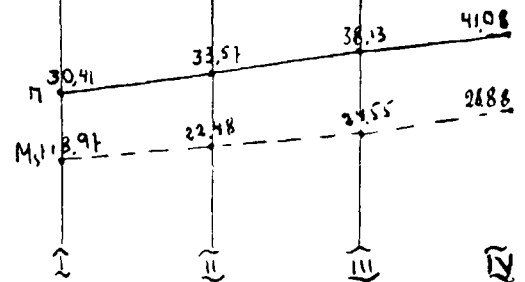


diagr. 2



1-2

diagr. 3



(Dok. nast.)

Wiadomości bieżące

— Do Lekarzy Polskich. Zawiazane przed miesiącem w Warszawie w celu pogłębienia i rozszerzenia w świecie lekarskim znajomości zagadnienia alkoholizmu zgodnie z najnowszymi badaniami naukowymi „KOŁO LEKARZY ABSTYNETÓW” zostało powitane bardzo życzliwie i zaraz w pierwszej chwili, zanim wiadomość o tem dostała się do prasy medycznej, kilkudziesięciu lekarzy z różnych stron kraju zgłosiło się na członków. Zarząd tymczasowy ukonstytuował się w sposób następujący: Prezes — profesor higieny Uniwersytetu poznańskiego dr. Paweł G a n t k o w s k i, wiceprezesi — naczelnik Wydziału Zdrowia Województwa łódzkiego dr. Stanisław S k a l s k i i dyrektor Zakładu Psychjatricznego w Chełmie dr. Ignacy F u h r m a n, sekretarz — dr. Franciszek Ksawery C i e s z y Ń s k i w Warszawie, skarbnik — dr. Aleksandra S t y p u ł k o w s k a w Warszawie. Przystępujący do Koła członek zobowiązuje się przez czas należenia do organizacji nie używać bezwzględnie

napojów alkoholowych i w miarę możliwości czynnie zwalczać alkoholizm. Oplata członkowska wynosi rocznie 2 zł. i 6 zł. za abonament organu Towarzystwa, miesięcznika „Trzeźwość”. Po raz pierwszy publicznie wystąpi nowa organizacja na ogólnopolskim Zjeździe Lekarzy i Przyrodników w Poznaniu, gdzie organizuje Sekcję Przeciwalkoholową. Po deklaracji członkowskiej zgłaszać się należy do biura centrali Towarzystwa „Trzeźwość” w Warszawie, Rynek Starego Miasta 38 (tel. 441-07). Komu zaś dogodniej, kierować może zgłoszenia do Zarządu krakowskiego Okręgu „Trzeźwości” w Krakowie, ul. Garbarska Nr. 14, m. 17, albo do Składnicy Abstynenckiej w Poznaniu, ul. Marcinkowskiego 26, (tel. 10-45).

W imieniu Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Walki z Alkoholizmem „Trzeźwość”

Marja M o c z y d ł o w s k a - N i e k r a s z o w a
Kazimierz K a l i n o w s k i Aleksander I ż y c k i
Jan S z y m a Ń s k i.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	18:VI— 24 VI	25:VI— 1/VII	2:VII— 8/VII	9:VII— 15 VII
Dżuma	0	0	0	0
Ospa	1 (0)	0	0	0
Cholera	0	0	0	0
Dur brzuszny	163 (6*)	149 (5)	177 (14)	163 (13)
Dur rzekomy	1 (0)	0	0	0
Dur osutkowy	75 (4)	61 (3)	44 (2)	38 (2)
Dur powrotny	0	0	0	1 (0)
Czerwonka	2 (0)	7 (0)	8 (0)	7 (0)
Płonica	329 (10)	278 (10)	292 (10)	315 (6)
Błonica	227 (6)	211 (3)	222 (11)	192 (11)
Zapal. op. mózg.	13 (4)	17 (5)	11 (2)	9 (3)
Odra	735 (0)	489 (1)	363 (2)	288 (2)
Róża	72 (2)	65 (1)	78 (4)	53 (4)
Krzusiec	109 (5)	109 (5)	188 (6)	132 (2)
Malaria	19 (0)	14 (0)	16 (0)	12 (0)
Posoczn. połog.	22 (5)	23 (2)	17 (6)	25 (8)
Trąd	0	0	0	0
Jaglica	517 (0)	967 (0)	1113 (0)	642 (0)
Waglik	0	1 (1)	2 (1)	1 (0)
Nosaczna	0	0	0	0
Włośnica	0	1 (0)	1 (0)	1 (0)
Wścieklizna	0 (1)	0 (1)	0	0 (2)
Zatr. jad. kielb.	5 (1)	0	0	4 (0)
Chor. Heine-Medina	2 (0)	0	1 (0)	2 (0)
Twardziel	10 (0)	11 (0)	2 (0)	2 (0)
Inne choroby zakaźne	25 (1)	36 (3)	32 (3)	33 (3)

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— Stały Komitet Organizacyjny Lekarskich Kursów Wakacyjnych w Ciechocinku przystępuje do organizacji VI Lekarskiego Kursu w d. 7, 8 i 9 września 1933 r. (czwartek, piątek, sobota). Protektorat nad Kursem łaskawie objąć raczył JWPan v. Minister Opieki Społecznej Dr. med. Eugeniusz Piestrzyński. Kursy poprzednie dzięki udziałowi wybitnych prelegentów oraz trafnemu wyborowi tematów, żywo interesujących lekarzy praktyków, zjednały sobie szczerze uznanie uczestników, przybyłych w liczbie 1500 z najdalejszych krańców Rzeczypospolitej. Komitet Organizacyjny, dążąc do utrzymania Kursu VI na równie wysokim poziomie, zwrócił się z prośbą o wygłoszenie odczytów do pp.: Ministra Dra med. W. Chodźki (Warszawa), Doc. Dra med. A. Dobrzańskiego (Lwów), Prof. Dra med. J. Ląbiera (Warszawa), Dra med. Wł. Misiury (Warszawa), Prof. Dra med. L. Paszkiewicza (Warszawa), Dra med. St. Popowskiego (Warszawa), Prof. Dra med. Fr. Raszei (Poznań), Prof. Dra med. M. Rogoego

(Wilno), Dra med. A. Tuchendlera (Warszawa), Prof. Dra med. J. Zubrzyckiego (Kraków). Uczestnicy Kursów mieć będą zapewnione bezpłatne mieszkanie w zdrojowisku oraz ulgi kolejowe t. zw. kuracyjne na drodze powrotnej. Komitet Organizacyjny VI Lekarskiego Kursu Wakacyjnego, uwzględniając obecne warunki pracy Kolegów, obniżył opłatę uczestnictwa do zł. 20, od osób towarzyszących do zł. 15. Komitet Organizacyjny projektuje szereg rozrywek i wycieczek podczas trwania kursu. Dokładny program będzie ogłoszony we właściwym czasie.

W imieniu Komitetu Organizacyjnego VI Lekarskiego Kursu Wakacyjnego: Stanisław Wiśniewski, Dyrektor Państwowego Zakładu Zdrojowego i Komisarz Rządowy Komisji Zdrojowej w Ciechocinku. Prof. Dr. Med. J. Szmulło, Przewodniczący, Doc. Dr. med. L. Lorentowicz, Zastępca Przewodniczącego, Dr. med. P. Rudzki, Zastępca Przewodniczącego, Dr. med. J. Hurwicz, Skarbnik, Dr. med. T. Chrapowicki, Sekretarz, Dr. Med. J. Drac, Członek Komitetu, Dr. med. W. Iwanowski, Lekarz Zakładowy, Członek Komitetu.

— Międzynarodowy Zjazd Przeciwrakowy w Madrycie. Od 25 do 30 października r. b. odbywać się będzie pod przewodnictwem honorowym p. Prezydenta hiszpańskiej Rzeczypospolitej Międzynarodowy Zjazd Przeciwrakowy. Posiedzenia Zjazdu odbywać się będą w 2-ch sekcjach: naukowej i społecznej. W sekcji naukowej rozpatrywane będą: biologia komórki rakowej, wczesne rozpoznanie raka, chemoterapia, elektrokirurgia, leczenie radem i promieniami Roentgena. Osobne posiedzenie poświęcone będzie guzom układu nerwowego. Sekcja społeczna zajmie się następującymi zagadnieniami: rak w przemyśle, statystyka raka, organizacja walki z rakiem ze szczególnym uwzględnieniem udziału w niej szerokich warstw ludności. Ze Zjazdem połączona jest wystawa. Językami urzędowymi Zjazdu są: niemiecki, francuski, angielski, włoski i hiszpański. Zgłoszenia odczytów z krótkim, nie przekraczającym 400 wyrazów streszczeniem przyjmuje do dn. 1 sierpnia r. b. Sekretarz generalny Zjazdu Dr. Don Julio Bejarano, dziekanat wydziału lekarskiego, Madryt, Atocha 104. Wpisowe wynosi 50 peset w zlocie, dla osób, towarzyszących członkom Zjazdu połowę. Redakcja pisma „Praktische Karzinomblätter“ wspólnie z międzynarodowym towarzystwem wagonów sypialnych Cooka organizuje 2 podróże towarzyskie II i III klasy (przez Paryż i Genuę) ze wszystkich państw europejskich do Madrytu. Informacyj udziela redakcja „Praktische Karzinomblätter“, Wien IX, Berggasse 27.

ZMARLI.

Melanja Lipińska, znana u nas badaczka psychologii ociemniałych, sama również ociemniała, autorka dzieła p. t. Kobieta i rozwój nauk lekarskich — w Katowicach.

TREŚĆ: W. KNAPPE. Stanisław Koczyński. Wspomnienie pośmiertne. — J. KOKOTEK. Biologia, patologia i klinika włośnicy. — S. LEWINSON. O wpływie dodatkowych naczyń nerkowych na tworzenie się wodonercza. — ST. KLUKOW. O zakażeniu pałeczkami Banga u ludzi. — T. GOLIBORSKA. Prątki błonicy w przypadku ropnego zapalenia płucny. — T. GOLIBORSKA. Trudności rozpoznawcze w przypadku błonicy. — E. BIRZOWSKI. Uwagi o somatycznym leczeniu niektórych zaburzeń nerwowych i psychicznych u kobiet. (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Korespondencja. — C. SZABAD. Przyczynek do statystyki rozrodczości, wzgl. płodności kobiet żyjących na kresach północno-wschodnich. — Wiadomości bieżące. — Zmarli.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: W. KNAPPE. Feu Stanislas Koczyński. — J. KOKOTEK. La biologie, pathologie et clinique de la trichinose. — S. LEWINSON. L'influence des vaisseaux rénaux supplémentaires sur la formation de la hydronéphrose. — ST. KLUKOW. Sur l'infection par les bacilles de Bang chez les hommes. — T. GOLIBORSKA. Les bacilles de diphthérie dans un cas de plévríte purulente. — T. GOLIBORSKA. Difficultés du diagnostic dans un cas de diphthérie. — E. BIRZOWSKI. Remarques sur le traitement somatique de certains troubles nerveux. (Rev. gén.). — C. SZABAD. Contribution à la statistique de la génération, resp. de la fécondité des femmes juives aux confins du nord-est.

Następny numer wyjdzie d. 24 sierpnia r. b.