

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. 834-48.

Rok X

WARSZAWA, 26 PAŹDZIERNIKA 1933 R.

Nr. 43

PRACE ORYGINALNE

Rozprawy

W sprawie patologii układu nerwowego i psychopatologii wśród Żydów słów kilka *).

Podał

Dr. Med. Henryk HIGIER (Warszawa).

Przyjęła się prawie powszechnie wiara w specyficzną patologję Żydów, zwłaszcza ich układu nerwowego (Lombroso, Charcot, Raymond, Erb, Oppenheim, Strümpell, Gowers i inni).

Czy są istotnie i jakie są w układzie nerwowym choroby, par excellence rasie żydowskiej swoiste lub wśród ludności żydowskiej bardziej rozpowszechnione?

Nie zamierzam poruszać w tem miejscu całej tej sprawy z jej ogromnem piśmiennictwem, w wielu miejscach subiektywnem i stronniczem, przestarzałem i mało krytycznem.

Rewizja i korekta dawnych aksjomatów jest jednak z wielu względów wskazana. Przedewszystkiem obecne poglądy nasze na rozmiary układu nerwowego, na zakres psychopatologii i na granice rasowości znacznie się różnią od dawnych. W nauce patologji przybyły ogromne pogranicza, które uwzględniać należy, zwłaszcza z dziedziny autonomiczno-wegetatywnej, z dziedziny endokrynologii czyli zachorzeń dokrewnych, wewnątrzsekrecyjnych, wreszcie z dziedziny metabolizmu czyli uchyień w przemianie materji, to też i obszar zainteresowań nozograficznych znacznie się rozszerzył.

Pojęcie samo regresji i degeneracji, obarczenia i psychopatji również poważnie rozszerzyło swoje dawne, wąskie ramy.

Co się dotyczy strony czysto formalnej, to należy zwrócić uwagę na to, że istnieją ogromne rozbieżności wśród uczonych z jednej strony w sprawie ścisłego określenia rasowości i konstytucjonalizmu, z drugiej w sprawie definicji rodzinności i dziedziczności,

*) Odczyt wygłoszony na dorocznem Zebraniu Tow. Ochr. Zdrowia (Toz.) 5 marca 1933 r.

zwłaszcza, gdy chodzi o żydów i warunki oraz cechy bytowania mas.

Temat powyższy staje się mimowoli na poły historyczny, na poły lekarski, niezależnie od tego, czy rozpatrujemy rasę i narodowość w świetle antropologii, serologii czy lingwistyki.

Osobiście dodam, iż czułbym o wiele pewniejszy grunt pod nogami, mówiąc np. o psychozach Indian lub Chińczyków, nerwicach murzynów lub malajczyków, niż o neurologji i psychjatrii żydów jako rasy, mimo iż rozporządzam jako lekarz materiałem 15 milionów żydów, a zwyż 3 milionów żydów, zamieszkujących samą Polskę.

Rasa ma wielkie znaczenie w powstawaniu i kształtowaniu się nerwic i psychozy, ale w rzeczywistości wiemy o tem bardzo mało pewnego, zwłaszcza w rasie semickiej.

* * *

Czy naród żydowski stanowi wogóle rasę?

Historyk nowszej daty byłby w wielkim kłopotcie z odpowiedzią na pytanie, co stanowi istotę i więź narodu: wspólnota rodowa czy etniczna, wspólnota somatyczna krwi, czy wspólnota duchowa, jak języka, religji, literatury i kultury wogóle.

Prahistorja odróżnia conajmniej cztery większe wędrowki narodów semickich: babilońską, kanaanąską, aramejską i arabską, wędrowki ciągnące się od 40-go do 10-go wieku przed Chrystusem, podczas których hebrajczykowie krzyżowali się ciągle z różnemi osiadłemi i koczującemi ludami Europy południowo-wschodniej, Azji i Afryki, tworząc bardzo ściśle w zarodku pokrewieństwo aryjsko-semickie.

Ciekawa jest rzecz, poniekąd absurdalnie brzmiąca, że ten rasowo mocno niejednorodny typ starożytnego Żyda utrwała się dziejowo dopiero stopniowo w okresie rozsyпки Żydów wśród narodów, rozproszenia, t. zw. diaspory, gdy żydzi przy Tytusie Wespazjanie, imperatorze Państwa Rzymskiego, po ciężkich walkach stracili samodzielność

terytorjalną, państwową i poszli w wielowiekową niewolę, tułaczkę i poniewierkę. Przez cały ten okres tułaczki, golusem w historii Żydów zwanej, mają miejsce krzyżowania obcogatunkowe dość skąpe, domieszki i przymieszki cudze dość nieznaczne, nie ciągłe i nie stałe, prawie wyjątkowe, nie decydujące poważnie przy analizie przynależności rasowej.

Słowem, po rozszczepieniu złożonego specyficznego charakteru rasy czyli narodu żydowskiego, charakteru, wytworzonego w ciągu wieków i tysiącoleci, ma się wrażenie, że rasowość semicka prastarego, wrzekomo czystego zespołu ludu żydowskiego od czasów przedegipsko-babilońskich po przez okres grecko-rzymski, ustala się w rzeczywistości i stabilizuje dopiero od początków ery chrześcijańskiej.

Gdyby Żydzi zamieszkiwali obecnie wszyscy jedną określoną połąć ziemi, jak to miało miejsce 2000—3000 lat temu przed utratą samodzielności państwowej w stuletnich walkach i wojnach rzymsko-żydowskich, gdyby Żydzi zależeli stale od tych samych dawnych warunków klimatycznych i atmosferycznych, społecznych i ekonomicznych, toby nam o wiele łatwiej było rozstrzygać licznie nasuwające się problemy etjologiczne i patogenetyczne, uniwersalne i regionalne, sprawy chorobowości i śmiertelności, przebiegu i zejścia z choroby i t.p. W rzeczywistości atoli Żydzi po ich rozgromieniu, po pozornym zamknięciu ich księgi dziejowej, po upadku bytu politycznego i utracie niepodległości, traktowani to jako rasa i szczep, klan i lud, to jako narodowość i wyznanie, byli zawsze wśród wielu narodów rozsypani i są też obecnie prawie po całym globie ziemskim rozsiani, nie wyłączając ani jednej części świata, prawie ani jednego większego państwa Starego i Nowego Świata z wyjątkiem może pewnych terytoriów centralnych Afryki i Australji.

Historyk, śledzący sumiennie początek rozszczenia żydowstwa, znajdzie je poniekąd już w niewoli babilońskiej. Fala kolonizacji żydowskiej ciągnie się po całym ówczesnym *orbis terrarum* wraz ze zwycięskim pochodem Aleksandra Macedońskiego. Helleńskie miasta diadochów greckich w Azji Mniejszej, Syrii i Egipcie wykazują poważny odsetek ludności żydowskiej, a obejmujące po nich spadek polityczny imperjum rzymskie odsłania przed żydowstwem ogromne tereny emigracyjne, hen ku dalekiemu Zachodowi i Północy. Liczne też są już za Augusta kolonie i gminy żydowskie, rozsiane po całym świecie starożytnym, od Mezopotamji do Hiszpanji, od Anatolji do Gallji transalpińskiej, od Sudanu Afryki Północnej do wysp brytyjskich Anglji.

Czy 15 milionów obecnie żyjących żydów posiada specjalne znamiona antropologiczne, pozwalające ich klasyfikować w nozologii jako rasę w sensie biologicznym?

Dawne podstawowe znamiona różniczkoworozpoznawcze (kształt czaszki, wskaźnik czaszki, ciemny typ, niski wzrost) straciły, według nowych spostrzeżeń, swoją wartość, a zostały jeno chwienne cechy fizjonomiczne. Wiemy, że dawny naród żydowski, mimo mieszanego składu etnicznego

konsolidujący się za panowania króla Dawida w r. 1000 przed N. Ch. w jedność narodową, istotnie wchłaniał w siebie obce elementy przez stałe obcowanie sąsiedzkie z obcoplemieńcami, przez rozpowszechniony handel niewolnikami, przez nawracanie na judaizm, przez rozwinięty prozelityzm, przez dozwolone w Biblii małżeństwa mieszane. W następnej atoli epoce, epoce chrześcijaństwa, trwającej z górą 2000 lat, dzięki dobrowolnemu przestrzeganiu i przymusowemu wyodrębnianiu i izolowaniu żydów przechowywała się rasowość w czystości i tem samem przedstawia poniekąd zarówno antropologicznie i genealogicznie, jak kulturalnie jednostkę homogeniczną, swoistą wprawdzie i niezwykłą.

Żyd aszkenazyjski, stanowiący obecnie 90% wszystkich Żydów świata, jest krótkogłowy, niezrędko jasnowłosy i jasnooki, czyli bardzo poważnie się różni od rasy orientalnej i średnoziemnomorskiej, skąd bierze swój ród.

A już najbardziej w tych studjach nad Żydami utrudnia zadanie zupełny brak analogicznego zjawiska, brak paraleli w historii innych narodów. Przyznać należy, że z tych lub owych powodów Żydzi zachowali w późniejszym rozproszeniu i dosobieniu pewne cechy rasowe mimo prądu asymilacji, jaki notowano wśród nich wszędzie i zawsze od czasów niepamiętnych. Zarówno w niewoli egipskiej, perskiej i asyryjsko-babilońskiej panowała asymilacja wśród żydów, jak w kolonjach złotego wieku Grecji Peryklesa i Romy starożytnej Cezarów, wśród Arabów wczesnego i podczas Renesansu późnego średniowiecza.

Niesłusznie neguje się historycznie obecność i wpływ tego czynnika asymilacji, traktując go jako zjawisko nowoczesne, w ostatnim stuleciu powstałe. Asymilacja niepowstrzymana, żywołowa, jako fenomen przymusowy i bodziec naturalny w świecie flory, fauny i ludzi, panowała zawsze i wszędzie wśród Żydów. Nie wierzącym lub nie chcącym wierzyć w siłę i walor tego czynnika wystarcza poznać treny i poezję antyasymilacyjne wielkich proroków żydowskich, Jezajasza i Jeremjasza, z przed 3000 lat; najtreściwszy opis i historję wojny rzymsko-żydowskiej autora Józefa Flawjusza, zromanizowanego i zasymilowanego żyda palestyńskiego z przed 2000 lat; syonidy średniowiecznych bardów-pieśniarzy i trubadurów arabsko-żydowskich z przed 1000 lat; dawne spory antyasymilacyjne Żydów Odrodzenia i współczesne walki asymilacyjno-antyasymilacyjne żydowstwa nowszego. Żydzi mimo to pozostali rasowo Żydami zarówno w dawnej, jak później tworzących się na zachodzie mocarstwach nowoczesnych Francji Niemiec i Wielkobytanji. Żyd gulusowy 7-go wieku nie wiele się różnił w diasporze od żyda 17-go stulecia.

Wszak tego nie można twierdzić porównawczo np. o rasowym atenczyku epoki Hellady Temistoklesa i o mieszańcu atenczyku, obecnym obywatelu Grecji czasów Venizelosa; o rasowym rzymianinie epoki Pompejusza i o rzymianinie czasów Mussoliniego, nawet pod względem religijnym, językowym i państwowym, gdyż, jak wiadomo, podczas wielkich wędrówek narodów, wypraw krzyżowych, ciągłych wojen dziesiątki ludów bar-

barzyńskich z Wschodu, Zachodu i Północy (wandalowie, longobardzi, wizgoci, hunnowie, gallowie, germanowie i brytyjczycy) zalewali dawne potężne mocarstwa. Krzyżując się z grekami i z rzymianami, ludy te zmieniały z gruntu i radykalnie swe obyczaje, zwyczaje, wierzenia, somatyczne i psychiczne części składowe przez stały a obfity dopływ obcej krwi, dowóz elementów obcogatunkowych.

Później to samo przez długie wieki się powtarzało podczas współżycia z Arabami i Maurami pierwszej połowy średniowiecza.

Nic podobnego nie miało miejsca u Żydów przez ostatnie 2 $\frac{1}{2}$ tysiący lat ani w starożytności, gdy jako przybysze z Judei palestyńskiej emigrowali ciągle, ani później, gdy jako poddani lub niewolnicy rzymscy wtłoczeni zostali do pewnego udziału, położonego na kresach Zatybrza Rzymu, ani też podczas ponurego średniowiecza, gdy przez okres wielu stuleci gnieździł się przymusowo jako hebrajczycy niewierni (*infidus, incredulus, perfidus*), ściśle izolowani w swoim kwartale miejskim, w zamkniętych peryferjach miasta, często odcięci od zmięchu do świtu bramą ochronną od reszty ludności pogańskiej lub chrześcijańskiej stolicy, miasta i miasteczka. Jeśli dodamy że tu i owdzie zabraniano im, jako niewolnikom, parjasom, ze względów gospodarczych, ekonomicznych lub politycznych mieszkać w większych miastach, gdzieindziej znowu po wsiach — z wyjątkiem uprzywilejowanych jednostek, — to zrozumiemy rozmaitość i wielobarwność momentów historyczno-rozwojowych, ze stanowiska lekarskiego jednocześnie chorobotwórczych, a niekonięcznie rasopochodnych, biologicznych.

Dodać wprawdzie należy, że, aczkolwiek rozsyпка żydostwa po całym świecie przypada na

okres dosyć wczesny, gdyż już za Augusta widziemy gminy żydowskie rozsięte po całym starożytnym świecie oraz jego odległych kolonjach europejskich i afrykańskich, to tej rozsyпки czyli diaspory w okresie cesarstwa Rzymskiego nie wolno nam identyfikować z t. zw. golusem późniejszym, którego cechą było formalne wyłączenie żyda ze społeczeństwa, wśród którego żył czy też żyć pragnął, i zupełne oddzielenie go od otoczenia.

A wszak zmieniły się te anormalne stosunki i warunki w różnych państwach różnie, całkowicie lub stopniowo, dopiero niedawno od zarania ubiegłego stulecia, wślad za racjonalizacją i emancypacją ludów i ogłoszeniem „Praw Człowieka” przez Zgromadzenie Narodowe Rewolucji Francuskiej, gdy Żydzi przestali być traktowani jako obcolemieńczy i obcokrajowcy, jako pasierby kraju i tułacze, wydani bezkarnie na łup wiecznego głodnego motłochu, gdy wraz z braterstwem ludów i ludzi padły granice stanowe, religijne i narodowe, gdy z hasłem równouprawnienia i samowyzwolenia zaginęły absolutyzm, pańszczyzna i niewolnictwo na początku we Francji, a później podczas Wiosny Narodów na całym Zachodzie.

Z tej to chwili przełomowej pochodzą pamiętne, doszukujące się już wówczas rasowości żydowskiej, słowa głośnego polityka, dyplomaty i historyka, biskupa L a c o r d a i r e a: „Żydzi! Naród ten jedyny wśród setek innych, patrzy wstecz na historję 4000 lat, a blisko 2000 lat żyje bez głowy Państwa, bez ziemi własnej, bez świątyni, żyje i bardzo obfite siły żywotne posiada”.

* * *

(C. d. n.)

Wykłady kliniczne

Z kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Litewskiego w Kownie.
(Dyrektor: Prof. Dr. Kazimierz B u j n i e w i c z).

Przypadek rozległego schorzenia układu kostnego.

Podał.

Prof. K. BUJNIEWICZ (Kowno).

Nr. 1357. L. B., l. 55, szewc, wstąpił do kliniki 10.VI.31. Choruje więcej niż 1 $\frac{1}{2}$ roku. Bez powodu powstały bóle w pierśsi, plecach, bokach, następnie w lewej i prawej nodze. Miesiąc leżał w domu, następnie $\frac{1}{2}$ roku w szpitalu żydowskim. Podczas pobytu w szpitalu powstały jeszcze bóle w karku, nie mógł wykręcić głowy, pozatem w górnych kończynach, barkach. Po 3 mies. zjawily się na głowie, w różnych miejscach, niewielkie niebolesne guzki, które potem powiększyły się. Jeszcze po miesiącu rozpoczęły się kłucia w lewym uchu, chory słyszał gorzej, później to samo zrobiło się z prawym uchem, i chory obecnie prawie zupełnie jest głuchy.—Po 2 mies. pobytu w klinice wzrok zaczął słabnąć, obecnie chory na lewe oko nic nie widzi, a widzenie prawym okiem jest bardzo osłabione. Przy wzernikowaniu stwierdzono *neuritis et atrophia n. optici oculi utriusque*. Nieco później zauważono u chorego, na czole i w okolicy mostka, kilka świeżo powstałych czerwonych, ruchomych skórnych guzków — brodawek, wielkości mniejszej od wiśni; jeden guzek wycięto i stwierdzono, że jest to skórny nabłoniak (*epitaelioma*). Z poprzednich chorób można podkreślić tylko odrę i płonicę w dzieciństwie i dur plamisty w 38 roku życia.

4 lata przebył w niewoli u Niemców, gdzie bardzo głodził się, szczególnie ostatnie pół roku. Oddawna dużo pije. Przeczy zakażeniu kilowemu. Ojciec zmarł w wieku 58 lat, dużo pił, cierpiał na duszność. Matka zmarła w wieku 38 lat na gruźlicę płuc. Prócz chorego rodzice mieli jeszcze 18 dzieci, 10 chłopców i 8 dziewczynek, wszyscy zmarli we wczesnym okresie dzieciństwa, do 1 — 2 lat, jak twierdzi chory, na ospę wietrzną i płonicę.—Chory niewysokiego wzrostu, obecnie jest w stanie charłactwa, od pół roku chodzić nie może, leży w łóżku. Kończyny górne i dolne bardzo chude, cienkie, nie obrzękłe; kości (*crista tibiae*) równe, gładkie, bez wzniesień i zgrubień. Obwód głowy 54 cmt. Na czole, ciemieniu, potylicy wyczuwają się liczne nieruchome kostne guzy: 4 większe, wielkości kasztana, reszta mniejsze, niektóre twarde, inne zaś elastyczne, ciastowate, prawie niebolesne. Na mostku, obojczykach, żebrach są widoczne i macalne, wystające pod skórą liczne guzki, bolesne szczególnie przy ucisku, np. słuchawką i t. p. Płuca w stanie rozedmy. Przy wysłuchiowaniu dużo rżężeń suchych i bańkowych, szczególnie po lewej stronie (chory leży przeważnie na lewym boku). Tony serca głuche, tętno 80, ciśnienie krwi 140, tętnice promieniowe stwardniałe, w stanie miażdżycowym. Ciepłota niepodniesiona. Łaknienie dobre, język czysty. Wątroba i śledziona niemacalne. Gruczoły chłonne niepowiększone. Mocz 1000 na dobę, o odczynie zasadowym, bardzo mętny, z obfitym białawym osadem, który pod mikroskopem zawiera amorfne fosfaty, kryształki fosforanów, i trójfosfora-

nów, pojedyncze leukocyty. We krwi c. czerw. 4.400.000, Hb 65, index 0,7, c. białych 5.500. Odczyn W-a ujemny. Badanie krwi na zawartość wapnia wykazało 72 miligr. na litr krwi, t. j. prawie dwa razy większą ilość niż normalnie (34—50 mlgr.). Na zdjęciach rentgenowskich wszystkie kości klatki piersiowej, kręgosłup, mostek, żebra, dają bardziej jasne cienie, prócz tego zdjęcia wykazują liczne defekty w kościach w postaci większych lub mniejszych, jam torbielowatych. *Tibia, femur, humerus* również wykazują zwiększoną przepuszczalność dla promieni i wyglądają, jak gdyby marmurowe naskutek licznych defektów torbielowatych.

16.IX. chory, chcąc poruszyć się w łóżku, oparł się na lewym łokciu i nagle poczuł ból w ramieniu, powyżej łokcia; jak okazało się, powstało złamanie w dolnej części kości ramieniowej, którego sam chory nie podejrzewał i nie myślał o możliwości złamania naskutek tak nieznacznej przyczyny.

W przypadku tym, człowiek starszy, bez widocznej przyczyny zapadł przed 1½ rokiem na ciężką chorobę, której główne objawy powstały w układzie kostnym, częściowo w postaci licznych guzów w kościach czaszki i klatki piersiowej, przeważnie zaś w postaci rozległego oraz ogniskowego (w postaci torbielek) odwapnienia i spróchnienia wszystkich kości—*osteoporosis*. Spróchnienie kości jest tak znaczne, że chory, oparłszy się na łokciu, złamał sobie lewą kość ramieniową; prócz tego są ślady jeszcze dwóch świeżych złamań — prawego obojczyka i prawego ramienia. Również na skutek *osteoporosis* przez cały czas choroby w moczu wydzielają się duże ilości piasku z fosforanów, które wypadają w postaci obfitych osadów, powodują zasadowy odczyn i mętność moczu oraz, podrażniając drogi moczowe, wywołują częste i bolesne oddawanie moczu. Widocznie, na skutek podobnych zmian kości w jamie czaszki i ucisku nerwów i osrodków mózgu, chory pół roku temu stracił słuch, obecnie zaś słabnie wzrok. W innych narządach brak znacznych zmian prócz rozedmy płuc, niezbyt oskrzeli i miażdżycy tętnic. Chory ma dobre łaknienie, narządy trawienia są w porządku, chory dobrze odżywia się, widocznie tem w znacznym stopniu wyrównywa swoje charłactwo, i pomimo tak rozległych spraw rozpadowych w ustroju, pomimo że jest bardzo wychudzony i wycieńczony, jednakże trzyma się przez tak długi okres czasu. Szpik kostny, jak to widać ze składu krwi, nie bardzo jest dotknięty, ponieważ, prócz nieznacznej anemji, zrozumiałej w podobnym stanie charłactwa, innych zmian niema.

Jaka sprawa toczy się w kostnym układzie chorego? Według danych rentgenowskich—*osteoporosis diffusa, osteitis cystosa disseminata*. Podobny obraz spostrzega się w *osteitis fibrocystosa* *Recklinghau-sena*, również niekiedy w starczej *osteomalacji* i *osteoporosis*. W jednej i drugiej chorobie mogą być *osteoporosis*, torbiele i guzy w kościach, kruchość kości. W chorobie *Reckl.* wewnątrz kości powstają włókniste guzy, które następnie rozmiękają i zamieniają się w torbiele, wypełnione surowicznym lub krwawym płynem. Choroba spotyka się rzadko, zwykle w wieku młodzieńczym i dziecięcym, rzadko u starców; rozwija się powoli, niespostrzeżenie, prawie bez bólów i często bywa nierozpoznana. Najczęściej zwracają uwagę samoistnie powstające u chorych złamania kości. Takie złamania są mało bolesne i zwykle przechodzą bez wylewów krwi. W innych przypadkach rzucają się w oczy guzy w różnych miejscach — na głowie, szczęce dolnej, obojczykach i t. p. Przyczyna tych stanów chorobowych jest niewiadoma. Przypuszczają, jak i w wielu innych niewyjaśnionych ogólnych schorzeniach, zбочenia czynności

gruczołów dokrewnych. *Léri, Layani, Lievre* i *Will* opisali przypadek choroby *R.* u 60 letniego starca, która zakończyła się wyzdrowieniem po usunięciu dotkniętych gruczolakiem gruczołów przytarczycznych. Z klasycznym obrazem opisu choroby *R.* tu nie zgadza się: 1. wiek podeszły, ponieważ choroba *R.* rozpoczyna się w wieku młodym, jeżeli zaś bywa spostrzegana u starców, to jest to tylko dalszym ciągiem stanu, który istniał od dzieciństwa, wówczas w wywiadach stwierdza się częste złamania w dzieciństwie i inne objawy, jak to było we wspomnianym przypadku *Léri* i t. d. Tu, pomimo że z chorym na skutek głuchoty trudno rozmówić się, jednakże chory stanowczo twierdzi, że poprzednio złamań nie miał i żadnych innych schorzeń, oprócz wspomnianych: odry, płonicy i duru, nie przechodził. 2. Nie odpowiadają chorobie *R.*, która przebiega prawie bezboleśnie, ostre bóle, szczególnie w klatce piersiowej, na które cały czas skarży się chory i które zmuszają go do leżenia i unikania najłżejszych ruchów.

Prócz tego należy podkreślić, że obecnie niemieccy autorzy, jak *Looser* i inni, negują istnienie choroby *Recklinghau-sena*, jako samodzielnej jednostki chorobowej, i uważają tworzenie się torbielek w kościach za sprawę wtórną, naskutek różnych miejscowych zmian w kościach. Często takie twory mają wygląd wybroczynowy, tak zwane „braune Tumoren“, hematosteomyelomaty, które rzadko powstają w kościach zdrowych, np. niekiedy po urazach w obfitych unaczynionych nasadach kości u dzieci (według dawniejszej kwalifikacji choroba *R.*), częściej tworzą się jako powikłanie w kościach, poprzednio zmienionych, ze słabą odpornością, jak to bywa w schorzeniach ogólnych, jak *osteoporosis, rachitis, osteomalacia*. Na takim podłożu w kościach mogą zajść liczne wylewy krwi, krwiaki, w miejscu których później tworzą się torbiele, z początku z krwawym płynem, później te torbiele ulegają organizacji i przerastają tkanką włóknistą lub olbrzymiomórkową, której źródłem jest niszczone w torbielach tkanka kostna, komórki kanalików *Hawersa*. W taki sposób powstają te osteomyelocystomaty, które nawet mikroskopowo niełatwo odróżnić od mięsaka i raka kości: „Differentialdiagnose gegen Knochenmetastasen ist ausserordentlich schwer oder unmöglich“ (*Looser*). Twory te mieszczą się we wnętrzu z wyglądu niezmiennych kości lub też występują na powierzchni kości w postaci miękkich, większych lub mniejszych rozmiarów płaskich guzów, nie przerastających okostny, rozciągniętych i tkanek okolicznych. Podobnie jak wszędzie, kiedy powstaje *osteoporosis* lub torbieli, również i tu, jako proces wyrównawczy, tworzą się ogniska twardej kostnej substancji.

Co się tyczy osteomalacji, to w zwykłych przypadkach, u kobiet, kości są miękkie, wyginają się, wyglądają jakby były wymoczone w kwasie solnym, łatwo dają się krajać nożem i t. p.; zaś w rozmiękaniu kości u starców długie kości nie wyginają się, niema zniekształceń, sprawa polega przeważnie na *osteoporosis*, naskutek czego kości łatwo łamią się, długo potem nie zrastają się, często pozostają stawy rzekome. *Osteoporosis* bywa albo rozlana, równomierna, na zdjęciu rentgenowskim kości są bardziej przezroczyste, lub też, naskutek rozszerzenia kanalików i odwapnienia beleczek kostnych, tworzą się duże zachyłki w postaci torbieli. Tego rodzaju *osteoporosis* z rozsianymi jasnymi plamami we wszystkich kościach widzimy na zdjęciu rentgenowskim tego chorego. Niekiedy w rozmiękaniu kości, łącznie z odwapnieniem kości, spostrzegamy miejscami od-

kładanie się nowej kostnej substancji. W przypadkach *V o i s i n a* tego rodzaju odkładanie się wapnia spostrzegano w postaci guzów w kościach czaszki. Bóle zawsze spostrzega się w osteomalacji. W porodowym zmięknieniu kości, gdzie przedewszystkiem porażeniu ulegają kości miednicy, bóle zwykle bywają w kościach miednicy, kości krzyżowej i w biodrach. Zaś u starców kości zmieniają się przeważnie w kręgosłupie, żebrach, mostku, kończynach i chorzy skarżą się, jak i ten chory, szczególnie na bóle w plecach, klatce piersiowej, nogach. W ten sposób u naszego chorego mamy objawy podobne do starczego rozmiękania kości, bóle, kruchość kości, rozlaną i ogniskową *osteoporosis* na zdjęciach rentgenowskich, powiększenie ilości wapnia we krwi, fosfatów i wapnia w moczu; prócz tego liczne guzy w kościach klatki piersiowej i czaszki. Lecz biopsja materiału, wziętego z guza w okolicy obojczyka, wykazała budowę rakowatą. W ten sposób nietylko wspomniane brodawki skórne, lecz również narośle w kościach klatki piersiowej, sklepienia i podstawy czaszki, należy uważać za przerzuty rakowe.

Rak kości bywa zwykle wtórny, źródłem rakowych przerzutów bywają zwykle raki tarczycy, nadnerczy, gruczołu krokowego i sutka. Skórne nabłoniaki, które powstały niedawno, podczas przebywania w klinice, kiedy schorzenie już było na szczycie przebiegu i charłactwa, nie mogły być powodem porażenia układu kostnego, lecz powstały jako objawy wtórne, ponieważ wiemy, że raki skórne przebiegają względnie łagodnie, jako sprawa miejscowa, trwają długie lata, nie wywołując charłactwa i przerzutów. Dowiedziano się, że chory leżał w szpitalu żydowskim z rozpoznaniem raka gruczołu krokowego. Podczas badania chorego w klinice przez urologa gruczoł krokowy okazał się tylko nieco powiększony, stwardniały, lecz wyraźnej guzkowatości, przemawiającej za rozpoznaniem raka prostaty, nie było. Jednakże przez analogię można wyobrazić sobie, że podobnie jak w żołądku, gdzie rozpoczynający się proces rakowy, dając następnie przerzuty do wątroby, bujnie i rozległe rozwija się tam, w żołądku zaś przycicha na tyle, że na sekcji prawie nie znajduje się śladów raka w żołądku, — podobnie i w tym przypadku można przypuścić, że sprawa rakowa, rozszerzając się w układzie kostnym, następnie przycichła w swem pierwotnym źródle, w gruczole krokowym. Przerzuty rakowe w kościach rozrastają się w postaci guzów lub rozlanych nacieków rakowych, niszcząc substancję kostną. Często tkanka kostna przerasta ogniska rakowe i zastępuje zniszczone części kości. Te dwa procesy — *carcinosis osteoclastica* i *carcinosis osteoplastica* — często spostrzegają już jednocześnie.

W piśmiennictwie nie mogłem znaleźć przypadku tak rozległych zmian w całym układzie kostnym. Zazwyczaj opisywano tylko pojedyncze lub nieliczne przerzuty do kości. Dlatego w tym przypadku należy szukać szczególnych warunków dla tak rozległych porażen układu kostnego. Pod tym względem należy zatrzymać się na dwóch okolicznościach z wywiadów chorego. Po pierwsze, możliwość istnienia u chorego, pomimo ujemnego odczynu *W a s s e r m a n n a*, kiły wrodzonej — wobec dużej śmiertelności dzieci u jego rodziców: wszyscy 18 braci i siostr chorego zmarli w wieku 1—2 lat, jak twierdzi chory, na ospę wietrzną i płonicę, możliwe jest jednak, że w istocie była to u nich wysypka kiłowa. Zrozumiałem jest, że nie może być mowy w tym przypadku o kile kostnej, której obraz kliniczny jest całkiem inny (zapalenie okostny, zgrubienia gołeni

i t. p.). Tu można tylko przypuszczać ogólne trujące oddziaływanie zakażenia kiłowego, jak to utrzymują *H a n o t*, *L é o n B e r n a r d* i inni, w sprawie wpływu na układ kostny charłactwa kiłowego, gruźliczego i rakowego, naskutek których może powstawać *osteoporosis* i *osteomalacia*. — Po drugie, zwraca tu uwagę duża płodność matki chorego, co rok porody, dziewiętnastoro dzieci w okresie od 17 do 38 roku życia. Jak wiadomo, duża zdolność rozrodcza charakterystyczna jest dla osteomalacji, spostrzega się u tego rodzaju chorych, jak można przypuścić, jako skutek zaburzenia równowagi w układzie gruczołów wydzielania wewnętrznego, przyczem powstaje nadczynność jajników. Można sobie wyobrazić, że matka chorego miała podobne zaburzenie w układzie dokrewnym, które to zaburzenie nie spowodowało u niej osteomalacji (z wywiadów trudno jest wnioskować, czy były u niej jakiegokolwiek objawy osteomalacji, np. bóle i t. p.); lecz taki wadliwy układ dokrewny mógł być odziedziczony przez chorego, do pewnego czasu mógł być wyrównywany, następnie zaś przejawiał się w tym wieku, kiedy *osteoporosis* jest jakby sprawą fizjologiczną w układzie kostnym. Pod wpływem dziedziczności ze strony układu dokrewnego oraz możliwej intoksykacji kiłowej *osteoporosis senilis* u chorego przybrała inny przebieg i większe rozmiary w postaci ciężkiego rozległego osteomalatycznego porażenia całego układu kostnego, który, jako *locus minoris resistentiae*, przedstawiał rozległe pole dla rozwoju w nim sprawy rakowej.

Wyciąg z protokołu sekcji Nr. 771 30.X.31 r. (*Diagnosis clinica: cancer prostatae, carcinosis metastatica ossium, cachexia*). Ogólne wychudnięcie zwłok. Kości wystają. Żebra, mostek, obojczyki usiane wystającymi pod skórą twardymi guzkami wielkości od ziarnka bobu do orzecha. Po otwarciu klatki piersiowej wszystkie żebra od strony wewnętrznej w różnych miejscach są przerośnięte płaskimi guzami, od 1 do 6 cm. długości, miękkiej konsystencji, o barwie ciemno-brązowej pokryte są powięzią i oplucną. Na stronie zewnętrznej żeber guzy te występują na 0,5 cm. nad powierzchnią kości w postaci niedużych zgrubień. Żebra prawej strony przedstawiają takież sam wygląd od wewnątrz, tylko guzki są mniejsze. Mostek jest przerośnięty przez duży guz, bez ostrych granic, wystający do wewnątrz na 1½—2cm. Żebra w miejscach guzków są łatwo lamliwe. Kręgi, szczególnie w części lędźwiowej, rozmiękłe, na przekroju 4 i 5 kręgu powierzchnia pstra, obok ciemnych miękkich miejsc leżą twarde białawe ogniska nowotworzonej twardej substancji kostnej. Na przekroju kawałków długich kości, wziętych z różnych miejsc, widoczne są te same ogniska rozmiękania i nowotworzenia się kości. Kości sklepienia czaszki są miękkie, łatwo przepiłowują się. Na powierzchni można naliczyć około 40 guzków, wielkości od ziarnka grochu do dużego orzecha, o barwie ciemno sinawej, miękkiej konsystencji, przerastających całą warstwę kości. Niektóre przy uciśnięciu palcem są ruchome i mogą być zupełnie wyciśnięte. Na podstawie czaszki, w *fossa media*, z prawej i lewej strony duże guzy kostne, przerastające *pars pyramidalis* kości skroniowych i uciskające skroniowe płaty mózgu. Duży guz na stożku (*clivus*), duży guz wielkości jaja gołębiego w okolicy *sella turcica*. Dużo drobnych guzków w *fossa anterior*, z których jeden przerasta nerw wzrokowy. W nerkach na przekroju, w miedniczkach widoczne są białawe twarde ogniska, są to złogi wapnia. Gruczoł krokowy wielkości jajka kurzego, stwardniały, na przekroju blade żółtawy, z wystającymi bardziej jasnymi guzkami. *Diagnosis anatomica. Carcinosis prostatae. Metastases multiplices carcinom. ossium. Fractura spontanea brachii bilateralis. Atrophia fusca cordis et hepatis. Inanitie.*

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Kliniki Laryngo-otjatrycznej U. W.

(Dyr.: Prof. F. E r b r i c h).

i z Państwowego Zakładu Higjenu, Dział Wyrubu Surowic
i Szczepionek

(Kierownik: Dr. S. S a s k i).

Leczenie ropowic i ropni okołomigdałkowych za pomocą bakterjofaga gronkowcowego z przesączem buljonowym paciorkowcowym *).

Podali

L. ABRAMOWICZ i T. EPSTEINÓWNA (Warszawa).

W roku 1917 d' H e r e l l e opisał w komunikacie, zgłoszonym w „Academie des Sciences” spostrzeżone przez siebie zjawisko bakterjofagji. Autor ten badał przesącze kału chorych na czerwonkę i, dodając je do hodowli bakteryjnych, obserwował działanie filtratów na hodowle *in vitro* oraz *in vivo*, zastrzykując je zwierzętom.

W toku swych badań zauważył on, że w kale ozdrowieńca po czerwonce znajduje się czynnik lityczny, powodujący znikanie zarazka prątków S h i g a - K r u z e. Przesącze kału, pobranego od chorego w okresie zdrowienia, dodany w ilości kilku kropel do młodej hodowli prątków S h i g a - K r u z e, wywołuje zniknięcie widocznej formy tych drobnoustrojów. D' H e r e l l e wypowiedział przypuszczenie, iż w kale ozdrowieńca znajduje się ultramikrob przesączalny, pasorzytujący w bakterjach żywych, odżywiający się ich kosztem, niszczący je i doprowadzający w ten sposób organizm do wyzdrowienia. Choroba jest, zdaniem autora, walką pomiędzy zarazkiem swoistym a jego pasorzytem, który nazwał „Protobe bacteriophage” — bakterjofagiem. Wygasanie samoistne epidemji polega na rozmnażaniu się i rozpowszechnianiu tego bakterjofaga. Samorzutne oczyszczanie się wód przypisuje d' H e r e l l e rozmnażaniu się w nich bakterjofaga i zniszczeniu przez niego zarazków.

Późniejsze badania d' H e r e l l e a i innych licznych autorów wykazały, że bakterjofag jest wszędzie tam, gdzie znajdują się młode rozmnażające się bakterje; wykryć więc można bakterjofaga w wodzie, w nawozie, w wydzielinach i wydalinach ludzi i zwierząt, w ziemi i t. d. Nie stwierdzono bakterjofaga w środowisku jałowem.

W celu wykazania obecności bakterjofaga należy materiał, np. ropę, kał, mocz, wodę — posiać w buljonie, po kilku godzinach przesączyć przez świecę C h a m b e r l a n d a Ls. Kilka kropel badanego przesącza, dodanych do młodej hodowli bakteryjnej, wywołuje po 10-ciu — 12-tu godzinach zahamowanie wzrostu, gdy także hodowla, zachowana dla kontroli bez dodania przesącza, wykazuje normalny męt, wskazujący na wzrost hodowli.

Jeżeli badany przesącze zawierał bakterjofaga o dużej mocy, nastąpi wówczas całkowite prześwietlenie hodowli buljonowej; jest to wywołane przez zniknięcie formy widocznej bakterji — buljon staje się jałowy, albowiem nie zawiera postaci dostrzegalnych w preparatach drobnowidzowych, ani też w posiewach na pod-

łożach stałych. Taka rozpuszczona hodowla bakteryjna zawiera czynnik lityczny (bakterjofag), a mianowicie kilka kropel tego prześwietlonego buljonu, przeniesionych do świeżej hodowli tychże bakterji, wywoła z kolei ich rozpuszczenie. Przeszczepianie bakterjofaga na świeże, młode hodowle może odbywać się *ad infinitum*, przyczem nie słabnie on w swem działaniu, nie rozcieńcza się, lecz, przeciwnie, siła jego zwiększa się. D' H e r e l l e uważa to zwiększenie siły litycznej bakterjofaga, odbywające się kosztem młodej hodowli bakteryjnej, za rozmnażanie się go jako tworzywa żywego. Inaczej występuje zjawisko bakterjofagji na podłożach stałych.

Posiew hodowli na agarze zwykłym przedstawia się jako równomierny nalot. Mieszanina zaś bakterji ze swoistym bakterjofagiem, wysiana z buljonu na podłoże stałe, wykazuje na powierzchni równomiernie pokrytej hodowlą bakteryjną, charakterystyczne, okrągłe prześwietlone miejsca — są to pola jałowe, t. zw. *taches vierges*, które d' H e r e l l e uważa za kolonie bakterjofaga. Jeżeli posiewy te wykonać kilkakrotnie w odstępach kilku godzin, mianowicie, natychmiast po zetknięciu się bakterji z bakterjofagiem oraz po 1 — 2 — 3 godzinach, zaobserwować można, że liczba „*taches vierges*” jest coraz większa w miarę rozmnażania się bakterjofaga kosztem młodej hodowli bakteryjnej. Posiewy, dokonane po kilkunastu godzinach, gdy już buljon jest całkowicie prześwietlony, pozostaną jałowe, gdyż bakterje znikły w swej formie dostrzegalnej.

Niekiedy jednak takie jałowe, prześwietlone, a nawet przesączone hodowle bakteryjne wtórnie mętnieją. Powstaje lekki męt, szybko opadający i tworzący osad grudkowy na dnie próbówki. Posiewy tego mętu wykazują hodowle bakteryjne, t. zw. szczepy wtórne. Szczepy te mogą różnić się od szczepów macierzystych, to jest od szczepów, rozpuszczonych pod wpływem bakterjofaga, swymi odmiennymi własnościami biologicznymi, biochemicznymi i serologicznymi. Szczepy wtórne posiadają mniejszą lub niekiedy większą zjadliwość, niż szczepy wyjściowe. Niekóre drobnoustroje śluzowe tracą pod działaniem bakterjofaga swoistego śluz i otoczkę, jak np. prątki twardzieli; inne znów bakterje z grupy okrężnicowej nabywają śluz. Drobnoustroje, nie posiadające zdolności hemolizowania podłoża, pod wpływem bakterjofaga swoistego wywołują hemolizę, jak np. pałeczki duru brzuszego. Podkreślić również należy, że jedną z charakterystycznych cech tych szczepów wtórnych jest nabycie odporności na działanie swoistego bakterjofaga, czynnego w stosunku do szczepu macierzystego.

Zjawianie się szczepów wtórnych w prześwietlonej, jałowej, a niekiedy i przesączonej hodowli bakteryjnej następuje z dużymi trudnościami i wymaga bardzo odpowiedzialnej techniki przy stosowaniu bakterjofaga w lecznictwie. Duże doświadczenie i dokładna znajomość zjawiska bakterjofagji są warunkiem koniecznym przy sporządzaniu bakterjofaga do zastosowania klinicznego.

W celu stosowania bakterjofaga należy wyhodować drobnoustrój z materiału, pobranego od chorego (np. z ropy, kału, moczu), poddać młodą hodowlę tego zarazka działaniu bakterjofaga swoistego — przyczem niezbędnym warunkiem skuteczności leczenia jest posiadanie bakterjofaga o dużej mocy, to jest czynnego w dużych rozcieńczeniach (10^{-6} lub 10^{-7}) i wieloważne-

*) Wygłoszone w sekcji laryngologicznej XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników w Poznaniu.

go, to jest czynnego względem wielu szczepów jednej grupy. Rozpuszczoną hodowlę bakteryj należy przesączyć przez świecę Chamberlanda L₃, sprawdzić jałowość przesączu przez posiewy na rozmaitych podłożach oraz przechować go w ciągu 5 — 6 dni w cieplarni w temperaturze 37°.

Doświadczenia wykazują, że w zastrzykiwaniach nie należy stosować bakterjofagów częściej, niż 2 — 3 krotnie, albowiem wielokrotne wprowadzanie czynnika litycznego wywołuje powstawanie t. zw. antyfagów — przeciwciał, hamujących *in vitro* oraz *in vivo* działanie bakterjofaga. Dowiedli tego Raiga i inni badacze. Natomiast stosowanie bakterjofaga doustne, w przemywaniach lub w okładach nie ma żadnych przeciwwskazań.

Już w krótkim czasie po wykryciu bakterjofagii podjęto próby wyzyskania tego zjawiska w leczeniu, które sam d'Herelle nazwał „fagoterapią”. Autor ten stosował z pomyślnymi wynikami bakterjofaga anty-Shiga w leczeniu czerwonki. Dodatkowo wyniki ogłosili również po stosowaniu bakterjofaga podczas epidemii czerwonki w roku 1922 Kalinowski i Czyczy. Liczni badacze stosowali z powodzeniem bakterjofaga okrężnicy w zapaleniach pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych. Pierwsze pomyślne wyniki fagoterapii ropni i czyraków ogłosili w roku 1921 Bruynoghe i Maisin. Następnie liczni badacze stosowali z powodzeniem bakterjofag w leczeniu ropni i ropowic. Raiga stosował z dobrymi wynikami bakterjofagi w 106 przypadkach ropni podskórnych, ropowic podpowięziowych, zapaleniu gruczołu sutkowego i t. p. Z polskich autorów Jasiński z powodzeniem stosował bakterjofagi gronkowcowe w 40 przypadkach; autor ten obserwował szybkie wchłanianie się nacieków i ustępowanie sprawy zapalnej.

Zachęcenie pomyślnymi wynikami fagoterapii ropowic i ropni, ogłoszonymi przez wielu autorów, postanowiliśmy zastosować tę metodę w leczeniu tak częstej w laryngologii sprawy chorobowej, jak ropowica i ropień okołomigdałkowy.

Przystępując do stosowania bakterjofagów w leczeniu ropowic i ropni okołomigdałkowych, musieliśmy się zastanowić nad florą bakteryjną w etiologii omawianego cierpienia. Dawne badania bakterjologiczne, bardzo nieliczne, opierające się na poszczególnych przypadkach, wykryły głównie paciorkowce hemolizujące, czasami pneumokoki, las. okrężnicy i las. błonicy. Pierwsze badania na dużym materiale (102 przypadki) przeprowadził Soerensen w roku 1900; wyniki tych badań nie mogą być uważane za miarodajne, gdyż były skierowane głównie w celu wykrycia las. błonicy i dlatego posiewy były dokonywane na podłożach specjalnych, nieodpowiednich dla hodowli innych drobnoustrojów. Systematyczne badania przeprowadził Henke; według tego autora ropowica okołomigdałkowa wywołana jest przez paciorkowce hemolizujące; inne drobnoustroje, wykrywane jednocześnie, najczęściej gronkowce, dostają się wtórnie do tkanki, uszkodzonej przez paciorkowce i wpływają na przyspieszenie ropienia.

Nasze badania, obejmujące 53 przypadki ropowic i ropni okołomigdałkowych, wykryły jako stały czynnik etiologiczny paciorkowce hemolizujące; obok tego zarazka wykrywalimy gronkowce białe i złociste oraz w poszczególnych przypadkach: las. okrężnicy (3 razy), pneumokoki (4 razy), *microc. catarrhalis* (2 razy),

las. Pfeiffera (3 razy) oraz z beztlenowców — *bac. fusiformis* i Gram — prątki. Materiałem, służącym do badania bakterjologicznego, była bądź ropa wydobyta z ropnia okołomigdałkowego, bądź skąpa treść surowiczokrwawa, wydobyta przez aspirację z ogniska zapalnego w miejscu największego nacieczenia. Nasuwał się sam przez się zarzut, że pobrana w ten sposób treść jest zanieczyszczona przez domieszkę śluzu jamy ustnej i gardła. Wobec tego w celu sprawdzenia otrzymanych wyników przeprowadziliśmy badania w ten sposób, że jednocześnie z aspiracją treści z głębi tkanek zapalnych i jej posiewem posiewaliśmy śluz z jamy ustnej i gardła i porównywaliśmy otrzymane wyniki. Okazało się, że flora bakteryjna z tkanek zapalnych wykazywała zawsze czystą względnie hodowlę paciorkowca, czasami z domieszką gronkowca lub pojedynczych kolonij wymienionych wyżej drobnoustrojów, gdy posiewy śluzu z gardła i jamy ustnej dawały charakterystyczne obrazy dla różnorodnej flory jamy ustnej.

Technika stosowania bakterjofaga była następująca: cienką igłę długości 8 cm. wkluwaliśmy w miejsce największego nacieczenia na głębokość około 1,5 cm. i aspirowaliśmy treść strzykawką. Jest rzeczą godną podkreślenia, że w niektórych przypadkach, w których cierpienie trwało niedługo, czasami już w drugiej dobie od początku choroby, udawało się w ten sposób wydobyć treść ropną; były to przypadki, w których przebieg kliniczny i obraz miejscowy nie przemawiały za obecnością w tkankach nacieczonych płynnej ropy. W innych przypadkach nawet po kilkuniedniowym trwaniu cierpienia wydobywaliśmy z głębi tkanek, mimo starannego poszukiwania, tylko kilka kropeł treści surowiczokrwawej, którą poddawaliśmy badaniu bakterjologicznemu. Z uwagi na te dane nie można ściśle pod względem klinicznym odgraniczać ropowicy okołomigdałkowej od ropnia, chociaż pod względem anatomo patologicznym podział taki jest całkowicie usprawiedliwiony. Dodać tu należy, że w przypadkach, w których klinicznie ponad wszelką wątpliwość stwierdzić można było „dojrzały” ropień okołomigdałkowy, nie stosowaliśmy fagoterapii, lecz traktowaliśmy go chirurgicznie. Były to przypadki, trwające po 6 lub 7 dni i dłużej, bakterjofaga zastrzykiwaliśmy jedynie w przypadkach, datujących się od 2 lub 3 dni, najpóźniej w 4-ym lub 5-ym dniu cierpienia. Po aspirowaniu treści z głębi nacieczonej tkanki nie usuwaliśmy igły i drugą strzykawką zastrzykiwaliśmy 1 cm.³ odpowiedniego bakterjofaga.

Grupa I.

Początkowo stosowaliśmy samego bakterjofaga gronkowcowego. Najskuteczniejsze są tak zwane auto-bakterjofagi, przygotowane z własnych bakterij chorego; ze względów technicznych stosowanie autobakterjofagów w leczeniu ropowic okołomigdałkowych jest niemożliwe, gdyż cierpienie trwa krócej, niż czas niezbędny do przygotowania bakterjofaga. Wobec tego stosowaliśmy bakterjofaga gronkowcowego wieloważnego, bardzo zjadliwego, gdyż rozpuszczał wszystkie szczepy gronkowcowe i działał jeszcze w rozcieńczeniu 10⁻⁶.

Przypadków, w których stosowano wyłącznie bakterjofaga gronkowcowego było 14. Bezpośrednio po zastrzyknięciu występował żywy ból, który trwał kilka minut. Jeżeli chodzi o dalszy przebieg i ocenę wyników, to winniśmy oddzielnie rozpatrzyć przypadki, w których przez nakłucie przed zastrzyknięciem aspirowano treść ropną, i oddzielnie te, w których ropy wydobyć się nie

udało. Nakazuje to obiektywizm, gdyż samo usunięcie treści ropnej nawet w niewielkiej ilości z ogniska zapalnego może wpłynąć korzystnie na przebieg sprawy chorobowej.

Z omawianych 14 przypadków pierwszej grupy w 5-ciu przed zastrzyknięciem bakterjofaga aspirowaliśmy z głębi nacieczonych tkanek treść ropną; w 4-ech z nich przebieg był bardzo pomyślny; już w 6 — 8 godzin po zastrzyknięciu chorzy odczuwali znaczną ulgę; bóle zmniejszały się, przelykanie stało się łatwiejsze, ślinotok i szczękościsk zaczynały ustępować; ciepłota była zwykle nieco wyższa, niż dnia poprzedniego, mimo to samopoczucie chorych było lepsze. Po 24-ech godzinach stwierdzano przedmiotowo znaczną poprawę: zmniejszenie się nacieczenia okołomigdałkowego, mniejsze przekrwienie błony śluzowej; stan ogólny chorych był znacznie lepszy, przelykanie tylko nieznacznie utrudnione. Po upływie 48-miu godzin stwierdzano w ognisku chorobowym tylko nieznaczne zaczerwienienie błony śluzowej; przelykanie było zupełnie prawidłowe, stan ogólny dobry, bezgorączkowy.

W 5-ym przypadku zastrzyknięcie bakterjofaga gronkowcowego nie dało wyników pomyślnych; utworzył się ropień okołomigdałkowy, który nacięto.

W pozostałych 9-ciu przypadkach pierwszej grupy przed zastrzyknięciem bakterjofaga gronkowcowego wydobyto przez aspirację z głębi nacieczonych tkanek tylko treść surowiczokrwawą; po zastrzyknięciu pomyślny dalszy przebieg obserwowaliśmy tylko w 3-ech przypadkach, w których zastrzyknięcie przerywało spławę zapalną; stwierdzano szybkie wchłanianie się nacieku, który zniknął całkowicie w ciągu 48-miu godzin. W pozostałych 6-ciu przypadkach zastrzyknięcie bakterjofaga gronkowcowego nie wywarło żadnego wpływu na przebieg ropowicy okołomigdałkowej, nie zapobiegło utworzeniu się ropnia.

Te względnie niepomyślne wyniki znalazły łatwo wytłumaczenie, gdy wzięliśmy pod uwagę, że stosowany bakterjofag był wymierzony przeciw gronkowcom, a w etiologii ropowicy okołomigdałkowej wszyscy autorzy przypisują główną rolę paciorkowcom, co znalazło również potwierdzenie w naszych badaniach bakterjologicznych.

W dążeniu do zadziałania bezpośredniego na paciorkowce w ognisku chorobowym zaczęliśmy stosować przesącz buljonowy paciorkowcowy, t. zw. *antivirus* B e s r e d k i, wobec tego, że nie posiadamy dotychczas dostatecznie czynnego i wieloważnego bakterjofaga paciorkowcowego. Jak wiadomo, przesącz buljonowy zawiera produkty przemiany materii 10-cio dniowej buljonowej hodowli bakteryjnej, przesączalne cząsteczki rozpadłych bakterij i toksyny.

Przesącz buljonowy paciorkowcowy uzyskiwano w sposób następujący: szczepy paciorkowcowe, wyhodowane z przypadków ropowicy okołomigdałkowej, posiewano w buljonie; po 10-ciu dniach hodowle sączono, ogrzewano w ciągu godziny do 70°; na tym przesączu buljonowym paciorkowcowym posiewano hodowle gronkowców i dodawano bakterjofaga gronkowcowego; po zupełnym rozpuszczeniu hodowli gronkowcowej sączono buljon po raz drugi i przechowywano w cieplarni w celu sprawdzenia jałowości. Otrzymany w ten sposób buljon zawierał jako substancje czynne jednocześnie bakterjofaga gronkowcowego i *antivirus* paciorkowcowy. W piśmiennictwie francuskim znajdujemy potwierdzenie skuteczności jednoczesnego działania

bakterjofaga z przesączem buljonowym. Mianowicie Pierre R o s e n t h a l (Presse Médicale, Mai 1930 Nr. 42 „Bacteriophage ou Antivirus?”) po licznych badaniach klinicznych stwierdza, że stosowanie samego bakterjofaga nie zawsze wystarcza; w niektórych przypadkach, w których bakterjofag zawodził, dobre wyniki dawał *antivirus* i odwrotnie; dlatego autor ten wprowadził leczenie kombinowane bakterjofagiem i przesączem buljonowym.

Grupa II.

Grupa druga, w której stosowaliśmy miejscowo w zastrzykiwaniach bakterjofaga gronkowcowego z przesączem buljonowym paciorkowcowym, obejmuje 39 przypadków. Technika stosowania była już omówiona.

W 32-u przypadkach największe uwypuklenie i nacieczenie stwierdzono w łuku podniebiennym przednim, w jego górnej części; w 7-u przypadkach zastrzyknięcia dokonano w okolicy tylnego łuku, gdyż tam było ognisko największego nacieczenia.

W 30-u przypadkach tej grupy w 8 — 10 godzin po zastrzyknięciu zaznaczała się wyraźna poprawa; chorzy odczuwali zmniejszenie się bólu gardła, przelykanie stało się łatwiejsze; ciepłota wieczorem była zwykle nieco wyższa, niż w dniu, poprzedzającym zabieg; mimo to samopoczucie chorych było lepsze; bóle głowy i uczucie niedomagania zmniejszały się; po raz pierwszy od początku cierpienia chorzy zapadali w krzepiący sen. Następnego dnia rano, a więc zwykle po 24-ech godzinach od chwili zastosowania zastrzyknięcia, mieliśmy możliwość obiektywnego stwierdzenia znacznej poprawy. Nacieczenie około migdałka było znacznie mniejsze, obrzęk i przekrwienie błony śluzowej zmniejszyły się bardzo znacznie; w 9-ciu przypadkach nie wykryto stwierdzonego poprzednio obrzęku języczka; chorym nie dokuczał ślinotok; w 19-tu przypadkach stwierdzono znaczne zmniejszenie się szczękościsku; wykryty poprzednio w 24 przypadkach duży i bolesny gruczoł chłonny pod kątem żuchwy zmniejszył się i był prawie niewrażliwy na ucisk; przelykanie pokarmów płynnych odbywało się bez trudności, i nie stwierdzono zwracania ich przez nos, co zależało od mniejszego nacieczenia i prawidłowych ruchów podniebienia miękkiego; ciepłota wahała się około 37° — 37,5°; samopoczucie chorych w porównaniu z ich stanem z dnia poprzedniego było wręcz doskonałe. Po 48-miu godzinach badanie wykrywało nieznaczne przekrwienie błony śluzowej w ognisku chorobowym; stan chorych był bezgorączkowy, bardzo dobry; przelykanie pokarmów odbywało się zupełnie prawidłowo.

W 9-ciu przypadkach tej grupy zastrzyknięcie bakterjofaga gronkowcowego z przesączem paciorkowcowym nie dało początkowo żadnej poprawy, wobec tego po 24-godzinach powtórzyliśmy zastrzyknięcie. W 4-ch z tych przypadków po 2-gim zastrzyknięciu dała się zauważyć poprawa w miejscowym i ogólnym stanie chorych, i przebieg po drugim zastrzyknięciu był tak samo pomyślny, jak w opisanych wyżej 30-tu przypadkach. Natomiast w 5-ciu przypadkach powtórne zastrzyknięcie nie wpłynęło zupełnie na przebieg sprawy chorobowej i nie powstrzymało rozwoju ropnia okołomigdałkowego, który leczono chirurgicznie.

A zatem w przypadkach II-iej grupy, w których stosowano bakterjofaga gronkowcowego z przesączem buljonowym paciorkowcowym, w 30-tu nastąpiło w y l e c z e n i e już po jednym zastrzyknięciu; w 4-ch

przypadkach osiągnięto wyleczenie po drugim zastrzyknięciu; natomiast w 5-ciu przypadkach zastrzyknięcie nie wywarło żadnego wpływu na przebieg sprawy chorobowej.

Grupa III.

Grupa ta obejmuje 11 przypadków ropowicy okołomigdałkowej, w których stosowano miejscowo w zastrzykiwaniach po 1 cm.³ samego przesączu buljonowego paciorkowcowego. Technika była taka sama, jak w przypadkach grupy I-ej i II-ej. W 4-ch przypadkach po zastrzyknięciu zaznaczyła się w ciągu I-ej doby znaczna poprawa, naciek zaczął się wchłaniać i w ciągu 48-miu godzin znikł całkowicie. W pozostałych 7-miu przypadkach zastrzyknięcie nie wywarło żadnego wpływu na dalszy przebieg cierpienia; w przypadkach tych utworzyły się ropnie okołomigdałkowe, które leczono chirurgicznie.

Grupa IV.

W grupie tej, obejmującej 9 przypadków ropowicy okołomigdałkowej, zastosowano w zastrzykiwaniach w celu kontroli po 1 cm.³ zwykłego buljonu jałowego. Nie zaobserwowano jakiegokolwiek dodatniego wpływu na przebieg cierpienia; we wszystkich przypadkach utworzyły się ropnie okołomigdałkowe.

Rozpatrując wyniki lecznicze, otrzymane w poszczególnych przypadkach, widzimy, że najlepsze rezultaty osiągnęliśmy w przypadkach grupy II-ej, to jest w

tych, w których stosowano miejscowo bakterjofaga gronkowcowego z przesączem buljonowym paciorkowcowym, przygotowane w sposób, opisany szczegółowo powyżej.

Praktyczne wyniki dowiodły największej skuteczności jednoczesnego działania wymienionych dwu czynników.

Jak wyobrazić sobie mechanizm działania buljonu, zawierającego bakterjofaga i *antivirus* na tkanki w stanie zapalnym? D'Helle jest zdania, że bakterjofag działa wyłącznie mechanicznie na zarazki, unicestwiając je. Bessredka sądzi, że *antivirus* hamuje rozwój bakteryj, lecz główne jego działanie polega na wywołaniu odporności miejscowej przez zaktywowanie fagocytów.

Nie wdając się w teoretyczne rozważania, stwierdzić możemy na zasadzie obserwacji klinicznej, że pod wpływem miejscowego stosowania w zastrzykiwaniach bakterjofaga gronkowcowego z przesączem buljonowym paciorkowcowym sprawa zapalna zostaje zahamowana, a rozległe twarde nacieki okołomigdałkowe wchłaniają się szybko, nie ulegając zropieniu. Jest to w pełnym tego słowa znaczeniu leczenie poronne.

W metodzie miejscowego stosowania bakterjofaga gronkowcowego z przesączem buljonowym paciorkowcowym w przypadkach ropowicy i ropni okołomigdałkowych zyskujemy środek skuteczny, przerywający cierpienie, nieszkodliwy, niegrozący żadnym powikłaniem; niewielki odsetek przypadków, w których działanie omawianej metody zawodzi, nie powinien nas zrażać przed najszerzym jej stosowaniem.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

Rozpoznawanie różniczkowe ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, ze szczególnym uwzględnieniem wieku dziecięcego *).

Podala

Hanna WASERMANOWA (Warszawa).

Rozpoznawanie różniczkowe ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego nastęrcza bardzo wiele trudności zarówno w sensie ustalania istotnej *appendicitis*, jak i w sensie odróżniania tego schorzenia od schorzeń sąsiednich narządów, względnie od rzekomo wyrostkowych objawów ogólnych schorzeń zakaźnych. Clairmont np. w r. 1927 — 28 wywodzi, iż w 20% przypadków *appendicitis* została rozpoznana błędnie, a w 10% przypadków usunięte wyrostki okazały się zdrowe.

Bardzo często nawet typowe objawy zapalenia wyrostka robaczkowego prowadzą do błędnego rozpoznania, co znajduje swe uzasadnienie w tem: 1° iż objawy otrzewnowe, podobne do *appendicitis*, zdarzają się również w innych schorzeniach narządów jamy brzusznej; mówimy w tych przypadkach o schorzeniach danego narządu brzuszego, które imitują *appendicitis*. 2° w niektórych schorzeniach płuc i opłucny występują objawy klinicznie typowe dla *appendicitis acuta*. 3° w wielu

schorzeniach zakaźnych również mamy do czynienia z ostrym zespołem wyrostkowym bądź na tle toksycznego podrażnienia otrzewny, bądź też na tle istotnych zapaleń wyrostka, współistniejących z danym schorzeniem zakaźnym. Niektórzy badacze (Arón) łączą toksyczne podrażnienia otrzewny w przebiegu chorób zakaźnych oraz schorzeń płuc i opłucny pod wspólnym mianem *rzekomego zapalenia wyrostka robaczkowego (pseudoappendicitis)*; istotne zaś zmiany zapalne wyrostka w przebiegu chorób zakaźnych nazywają *współtowarzyszącym zapaleniem wyrostka (appendicitis concomittans)*. Jeszcze bardziej ścisły jest M. Borchardt, który, opierając się na wyniku badań operacyjnych i sekcyjnych nazywa rzekomo-wyrostkowe objawy pochodzenia toksycznego mianem *pseudoperitonitis acuta serosa*. 4° schorzenia, względnie urazy narządów pozaotrzewnowych wywołują objawy, przypominające *appendicitis acuta*. Poza tem Aschoff zwraca uwagę, iż wyodrębniony przezeń zespół, zwany *appendicitis fugax*, jest nierozpoznawany w przeważnej liczbie przypadków: objawy bowiem tego zespołu — bóle brzucha, mdłości i t. p. — mijają szybko, chorzy nie zwracają się do lekarza, a sprawa cała uciha, prowadząc bądź do *restitutio ad integrum*, bądź też przechodząc w przewlekłe *appendicopathiae*. *Appendicitis fugax* Aschoffa tłumaczy, dlaczego napad, zwykle rozpoznawany, jako pierwszy, w istocie nie jest pierwszym napadem.

*) Referat, wygłoszony na posiedzeniu naukowym w szpitalu dla dzieci im. Bersonów i Baumanów.

Dalszym powodem niewłaściwych rozpoznań jest dążenie do jaknajszybszego ustalenia rozpoznania *appendicitis* i, rzecz prosta, w razie potrzeby do jaknajszybszego wkroczenia operacyjnego. Stąd wynika często powierzchowność obserwacji, usprawiedliwiona po niekąd ustalonym poglądem, iż należy operować każdy przypadek, zaledwie nawet p o d e j r z a n y w kierunku ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Błędy w rozpoznawaniu zapalenia wyrostka robaczkowego będą trwały tak długo, dopóki nie będzie wykryty pewny objaw patognomiczny, niezawodny w *appendicitis acuta*; a to, zdaje się, wedle B o r c h a r d t a, nigdy nie nastąpi.

Szczególnie w wieku dziecięcym rozpoznanie *appendicitis acuta* nasuwa szereg trudności, przy czym rozpoznanie to jest tem trudniejsze, w im młodszym wieku jest dziecko.

Zmiany czynnościowe, stany kurczowe mięśni i naczyń, ostre wzdęcia jelit i t.p. mogą powodować typowe dolegliwości wyrostkowe, bez jednoczesnych zmian anatomopatologicznych. I *vice versa*: anatomopatologicznie zmienione wyrostki niezawsze powodują dolegliwości, jak tego dowodzą wyrostki, przypadkowo wycięte w przebiegu innych operacji brzusznych, albo też wyrostki z częściowym zamknięciem (zarośnięciem) światła, znajdujące podczas autopsji.

B o r c h a r d t i C l a i r m o n t wskazują, iż w przeszło 80 chorobach mogą wystąpić objawy, dające powód do mylnego rozpoznania ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Ważniejsze z tych chorób rozpatrzemy szczegółowo, opierając się na przytoczonym wyżej podziale oraz uwzględniając specjalnie wiek dziecięcy.

I. Schorzenia narządów jamy brzusznej, imitujące *appendicitis acuta*.

1) Z a p a l e n i e k ą t n i c y (*typhlitis*), zapalenie kątncy i jelita grubego (*typhlocolitis*), ostre zapalenie śluzówki żołądka i jelit (*gastroenteritis acuta*). Wymienione w tytule schorzenia są niedoceniane przez chirurgów, przeceniane przez internistów.

Zapalenia kątncy powstają albo samoistnie, albo też są pozostałością ogólnego zapalenia jelita grubego. Zdarzają się przypadki całkowicie odosobnionych zapaleń kątncy. Ostre zapalenia kątncy (*typhlitis*) oraz zapalenia kątncy i jelita grubego (*typhlocolitis*) zaczynają się od bolesnych rozwolnień, najczęściej po błędach dietetycznych. W ciężkich postaciach *typhlitis* i *typhlocolitis* okolica kątncy jest bolesna, bolesność jest jednak mniej wybitna i nie tak ściśle umiejscowiona na pewnym ograniczonym odcinku, jak w ostrem zapaleniu wyrostka.

S o n n e n b u r g, wytrawny znawca zapalenia wyrostka robaczkowego, przypuszczał, iż niektóre postaci *appendicitis* powstają wskutek początkowego schorzenia okrężnicy. Postacie te S o n n e n b u r g pod mianem wtórnych zapaleń wyrostka odróżnia od zapaleń pierwotnych, samoistnych. Zapalenia wtórne zaczynają się od rozwolnień i nadają się do leczenia zachowawczego olejem rącznikowym, który S o n n e n b u r g zaleca jednak tylko w warunkach szpitalno-klinicznych. B o r c h a r d t, a z nim i większość współczesnych badaczy, odrzuca podawanie oleju rącznikowego, który może, oczywiście, tylko pogorszyć sytuację w razie istnienia w wyrostku zmian zapalnych ropowiczo-wrzedziących. B o r c h a r d t zaleca natomiast w omawianych

przypadkach—głodówkę i spokój. Poza to, nie można przeprowadzić ścisłej granicy między *appendicitis primaria* i *secundaria*; dalej *appendicitis secundaria* nie jest w przebiegu swym bardziej łagodna, niż *primaria*; wreszcie zdarzają się przypadki pierwotnego zapalenia wyrostka robaczkowego, rozpoczynające się od rozwolnień. Rzecz prosta, iż przypadki te podlegają zabiegowi operacyjnemu.

Prócz lekkich postaci *typhlocolitis* ze zdrowym wyrostkiem robaczkowym zdarzają się postaci ciężkie, prowadzące do zropienia lub martwicy ścian kątncy. Tych ciężkich postaci niepodobna z całą pewnością odróżnić przed operacją od *appendicitis acuta*. Pewną wytyczną rozpoznawczą jest w nich szybsze (w ciągu 2 — 3 dni), niż w *appendicitis*, powstawanie nacieczenia okołokątnczego.

Bardzo znaczne trudności rozpoznawcze nasuwają nieżyty jelit u małych dzieci, przebiegające z bólami, rozwolnieniem, podwyższoną ciepłotą i bolesnością w okolicy biodrowo-kątnczej. Nieżyty te są następstwem zakażeń, a nie błędów dietetycznych.

O konieczności wkroczenia operacyjnego rozstrzyga napięcie powłok brzusznych, stopień bolesności miejscowej oraz szybkość tętna. Wskazane jest kilkakrotne obmacywanie brzucha w krótkich odstępach czasu. Jeżeli w odstępie 1/2 godzinnym bolesność umiejscawia się w prawym dole biodrowym, napięcie mięśniowe wzrasta, a tętno przyspiesza się — należy myśleć o niezbędności zabiegu. W decyzji ostatecznej pomaga stwierdzenie leukocytozy.

2) G r u ż l i c a n a r z ą d ó w j a m y b r z u s z n e j w postaci gruźliczego zapalenia gruczołów kręzkowych, wytwórczej postaci zapalenia otrzewny (*peritonitis tbc. plástica*), a niekiedy w postaci guzów biodrowo-kątnczych (*tbc. ileocoecalis*), często jest nierozpoznawana właściwie i niekiedy daje powody do pomylenia z *appendicitis acuta*. Wymienione wyżej postaci chorobowe mają naogół przebieg przewlekły, podstępny, aż nagle wskutek błędu dietetycznego, zaparcia-stolca, obostrzenia podstawowej sprawy zapalnej i t. p. — występuje ostry napad z silnymi bólami w okolicy kątnczej, z gorączką, wymiotami, zatrzymaniem stolca, obroną mięśniową, z leukocytozą do 30.000 i z równoczesnym przesunięciem obrazu A r n e t h a wlewo. Jeżeli w przypadkach tych znajduje się nieznaczna ilość płynu w otrzewnie, to i badanie *per rectum* stwarza jeszcze jeden dowód na korzyść *appendicitis acuta*. Omawiana sprawa ważna jest nie tylko pod względem teoretycznym, ale i praktycznym: gruźlica wytwórcza otrzewny źle znosi zabiegi operacyjne, obostrza się po laparotomji, która w następstwie często prowadzi do zejścia śmiertelnego. Postać ta natomiast leczy się względnie dobrze drogą zachowawczą. Wyczuwanie tworów plastycznych w jamie brzusznej oraz umiejscowienie bolesności w kilku punktach przemawiają za tłem gruźliczym schorzenia i są przeciwwskazaniem do operacji. W przypadkach, niewłaściwie zakwalifikowanych do operacji, stwierdzenie po otwarciu jamy brzusznej wysięku surowiczego lub surowiczo-krwawego, zrosty, powiększenie gruczołów chłonnych — każą myśleć o gruźlicy i powinny powstrzymać operatora od dalszego zabiegu. Szczególnie u dzieci gruźlica gruczołów jamy brzusznej i wytwórcze zapalenie otrzewny, jako częściej zdarzające się, niż u dorosłych, winny nasuwać wielką oględność w postępowaniu.

3) Schorzenia chirurgiczne sieci, uchyłki jelita grubego, uchyłki Meckela, torbiele moczownika (Urachusysten), wgłobienie jelit oraz schorzenia chirurgiczno-ginekologiczne (skręt torbieli jajnikowej, skręt przydatków i t. p.) mniej zajmą naszą uwagę, ponieważ i tak wymagają wkroczenia operacyjnego.

O pneumokokowym zapaleniu otrzewny będzie mowa w dziale chorób zakaźnych.

4) Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego — *cholecystitis acuta* — w zasadzie łatwo daje się odróżnić od ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego ze względu na inne umiejscowienie bolesności samoistnej i dotykowej. Zdarzają się jednak przypadki atypowe: *pericholecystitis* z umiejscowieniem bolesności w okolicy kątnicy (w przypadkach opadnięcia lub obrzęku woreczka żółciowego) i *periappendicitis* z umiejscowieniem objawów zapalnych pod prawym łukiem żebrowym, w okolicy wątroby (w przypadkach wyrostka, zwróconego ku górze, leżącego poza kątnicą, wewnątrzotrzewnowo, względnie pozaotrzewnowo). Omówione położenie nacieku okołowrostkowego może niekiedy wywoływać żółtaczkę mechaniczną.

5) Schorzenia kobiecego narządu rodnegó (zapalenie przydatków, wstępujące zakażenie rzeżączkowe, pęknięta ciąża pozamaciczna, krwiaki jajników, jajowodów i t. p.) zawsze nasuwają duże trudności różniczkowo-rozpoznawcze w stosunku do ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Rzecz prosta, w każdym wątpliwym przypadku należy bezwzględnie przeprowadzić badanie narządów rodnych przez pochwę lub odbytnicę. Czasami momentem różniczkowo-rozpoznawczym pomiędzy ostrem zapaleniem wyrostka a zapaleniem przydatków jest określanie szybkości opadania krwinek: przyspieszone w zapaleniu przydatków, prawidłowe — w *appendicitis acuta*. Wyluszczoną różnicę Joseph tłumaczy w ten sposób, iż w zapaleniu przydatków zakażenie dróg rodnych istnieje już czas dłuższy przed właściwym napadem bólowym; stąd przyspieszenie szybkości opadania krwinek.

Niekiedy bolesne miesiączkowanie naśladuje *appendicitis acuta*. Poza to, u młodych dziewcząt pomiędzy 10 — 12-ym rokiem życia, w okresie pokwitania, zjawiają się lekkie napadowe bóle w podbrzuszu, częściej umiejscowione po stronie prawej, z wymiotami, bolesnością przy głębokim obmacywaniu, ale bez napięcia powłok brzusznych; z przyspieszeniem tętna i podniesieniem ciepłoty. Objawy te mijają po 2 — 3 dniach z chwilą wystąpienia pierwszego krwawienia z narządów rodnych. Wedle autorów francuskich, jest to t. zw. poronny zespół wyrostkowy (syndrome appendiculaire fruste), odczyn wyrostka na silne prze-

krwienie sąsiedniego narządu — jajnika — w okresie pierwszej miesiączki. Rozpoznanie ułatwia niekiedy zmiana nastroju dziewcząt, cechująca okres pokwitania.

II. Ostre schorzenia zapalne narządów oddechowych klatki piersiowej (zapalenie płuc i opłucny).

Stany te również często wywołują objawy rzekomo-wyrostkowe. Najczęściej dotyczy to zapaleń płuc o umiejscowieniu środkowym (centralnym) i zapaleń opłucny, umiejscowionych u podstawy płuca prawego (*pleuritis basalis*). Badacze amerykańscy posuwają się tak daleko, iż żądają, aby w każdym przypadku zapalenia wyrostka robaczkowego przed zamierzoną operacją wykonywać prześwietlenie, względnie zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej. Szczególnie dzieci pod względem rozpoznawczym nasuwają bardzo wielkie trudności. Jeżeli jednak w obrazie klinicznym dominują objawy ogólne: zamroczenie świadomości i wysoka ciepłota, jeżeli występuje duszność, sinica twarzy, powłóczenie jednej połowy klatki piersiowej, opryszczki i t. p., a równocześnie mimo mdłości, wymiotów i bólów brzucha nie stwierdza się napięcia powłok brzusznych, to mamy raczej do czynienia z pierwotnym schorzeniem zapalnym narządów klatki piersiowej, z wtórnymi zaś objawami rzekomo-wyrostkowymi.

Zdarzają się przypadki typu odwrotnego, kiedy zapalenie istotne wyrostka robaczkowego daje objawy płatowego zapalenia płuc. Dzieje się to wtedy, gdy wyrostek jest długi, położony pozaotrzewnowo i zarzucony ku górze. Wytwarzające się wówczas podprzeponowe ognisko zapalne w wyrostku utrudnia oddychanie, przez co przypomina objawy prawostronnych schorzeń płucno-opłucnowych. Nawiasem powiedziawszy, w przypadkach omówionego położenia wyrostka bolesność dotykowa nie występuje w okolicy kątnicy, lecz w okolicy lędźwiowej prawej, przez co przypomina prawostronne zapalenie okołonerkowe (*paranephritis*). Zdarzają się również przypadki, w których rzeczywiste zapalenie wyrostka robaczkowego współistnieje z zapaleniem płuc: Przypadki te, rzecz prosta, kwalifikują się do doraźnej operacji.

Najpewniej chroni od błędnego rozpoznania *pseudoappendicitis*, dokładna kilkugodzinna obserwacja dziecka w stanie spokoju i leżenia w łóżku. Badanie fizykalne dopełniają wyniki badania krwi, wzgl. dane rentgenologiczne. Jak można wytłumaczyć objawy rzekomo-wyrostkowe w przebiegu schorzeń zapalnych narządów oddechowych klatki piersiowej? Są to objawy podrażnienia w zakresie nerwów międzyżebrowych, nerwu biodrowo - podbrzusznego (*n. ileohypogastricus*) i nerwu biodrowo - pachwinowego (*n. ileo-inguinalis*), albo też objawy toksycznego surowiczego zapalenia otrzewny.

(Dok. nast.)

Streszczenia pojedyncze.

Fizjologia normalna i patologiczna.

Th. BROSSE, J. LENÈGRE, J. MAGE i A. van BOGAERT. Przyczynę do badań nad odczynami naczyńiowemi na ciepło i zimno. (Arch. des Mal. du coeur Nr. 10 1932).

Zapalenie ściany tętnic (*arteriitis*) może powodować zaburzenia odruchów tętniczo-włosowatych tak samo, jak pierwotne schorzenia układu nerwowego naczyńioruchowego. Tak prosta próba, jak kąpiel ciepła i zimna, dobrze tłumaczona pozwala zdać sobie z tego sprawę w sposób przedmiotowy.

Pozwala ona również ustalać w pewnych przypadkach przyczynę zaburzeń czynnościowych nad włosowatymi, w innych — nad tętniczymi. Pozostaje jednakże obecnie niemożliwym ustalenie związku między rozmiarami zmian anatomicznych, stwierdzonych klinicznie, a przedmiotowymi zaburzeniami odruchowymi drzewa naczyniowego. Pewni osobnicy starsi o naczyniach silnie stwardniałych reagują normalnie pod każdym względem, podczas gdy inni nie tak znacznie dotknięci wykazują odruchy paradoksalne. Nie znamy wszystkich warunków, które powodują, że pewne zapalenia tętnicze oszczędzają

bardziej niż inne naczyniowy układ nerwowy albo też jedne porażają raczej układ nerwowy wśródścienny, inne raczej układ nerwowy o długich odruchach. Znaczenie prób podanych polega na ujawnieniu zaburzeń czynnościowych tej lub innej części drzewa tętniczego i przewagi zmian w tej lub innej części jego ściany. Pomiędzy zmianami ściany naczyniowej a tętniczymi zaburzeniami czynnościowymi niema zależności ilościowej, jest ona tylko jakościowa. Wobec tego próba kąpielowa nie może być metodą wykrywania powstających zmian anatomicznych tętnic.

Henryk J. L a n d a u.

A. Wł. ELMER. Przyczynę do nauki o przemianie jodowej w ustroju ludzkim. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 174, z. 5).

Po wśródzynie zastrzyknięciu małych dawek nieorganicznego jodu (1300 γ jodu w postaci jodku potasu) stwierdzono u chorych z obrzękiem śluzakowatym: 1) Zachowanie się jodu we krwi i w moczu wykazuje znaczne różnice w porównaniu ze zdrowymi. 2) Zastrzyknięty jod pozostaje dość długo we krwi na wyższym poziomie i nie znika, w przeciwieństwie do normalnych przypadków, nawet po 4 godzinach z krwiobiegu. 3) Wydalanie jodu z moczem jest szczególnie wyraźnie zaznaczone w ciągu pierwszych 6 godzin po obciążeniu i wynosi 24 do 28% i więcej (normalnie 13 — 17%), w ciągu 18 godzin wydalanie jest słabsze i utrzymuje się jeszcze w ciągu następnych 24 godzin. 4) Bardziej długotrwałe przebywanie zastrzykniętego jodu we krwi, szybsze i o wiele bardziej intensywne wydalanie jodu z moczem (w ciągu pierwszych 24 godzin), jak również opóźnione wydalanie w ciągu następnych 24 godzin dowodzą, że ustrój z niedomogą gruczołu tarczowego o wiele słabiej i powolniej wyłapuje jod, co przemawia za zmniejszoną zdolnością do magazynowania jodu.

Henryk J. L a n d a u.

E. KOLTA. Zachowanie się cukru we krwi po podaniu alkoholu. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 175, z. 3).

Jeżeli podać naczczo 10 cm.³ alkoholu, zawartość cukru we krwi zmienia się u zdrowych i chorych z moczówką cukrową w rozmaity sposób. U zdrowych po początkowym zmniejszeniu się widzimy następnie powolne zwiększanie się. U chorych z moczówką cukrową występuje natychmiast podniesienie się poziomu cukru we krwi, które jednak trwa tylko przez bardzo krótki czas, poczem następuje obniżenie się poniżej liczb wyjściowych, następnie zaś powolne podnoszenie się. Działanie małych ilości alkoholu trwa tylko przez krótki czas, ustępuje ono mniej więcej w ciągu półgodziny. Małym ilościom alkoholu, który zwyczajowo podaje się chorym z moczówką cukrową, nie można przypisywać żadnego innego znaczenia poza zwiększaniem przez nie liczby podawanych ciepłotek i pobudzaniem czynności trawiennych.

Henryk J. L a n d a u.

A. JORES. Zmniejszone wydzielanie moczu w nocy. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 175, z. 2).

Zmniejszone wydzielanie moczu w nocy nie jest skutkiem ustania przyjmowania płynów, gdyż stwierdza się je również wtedy, gdy podaje się płyny równomiernie w ciągu 24 godzin. W przypadkach czuwania w nocy nie stwierdza się żadnych zmian w rytmie wydalania wody. Jako przyczynę zmniejszonego wydzielania moczu w nocy przyjmuje autor oddziaływanie ośrodkowo uwarunkowanego rytmu, podobnie jak to się stwierdza w stosunku do ciepłoty ciała.

Henryk J. L a n d a u.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

Ch. A. DOAN. Neutropenia, jej znaczenie i leczenie. (The Journ. of the Am. Med. Assoc. T. 99, Nr. 3, 1932).

Leukopenia, neutropenia, agranulocytoza nie mają etjologicznego znaczenia, stanowią jedynie objawy wtórne, zależne od

sprawy infekcyjnej lub toksycznej, uszkadzającej ciała białe szpiku kostnego. Różni autorzy dowiedli jednak, że neutropenia może przebiegać okresowo i wyprzedza objawy infekcji oraz, że biopsja i autopsja dowiodły, że nie każdej neutropenii obwodowej towarzyszy zanik elementów myeloidnych w szpiku; dla tego rodzaju przypadków wprowadzono termin „maturation arrest“, t. zn. zahamowanie dojrzewania białych ciałek (F i t z - H u g h, K r u m b h a a z). Jednym z bodźców fizjologicznych, stale na szpik działających, jest kw. nukleinowy i jego pochodne. Autorzy stosowali wymienione związki na królikach i przekonali się, że duże dawki kwasu nukleinowego wywołują granulocytozę bez obecności postaci młodocianych we krwi obwodowej; badania sekcyjne wykazały przerost myeloidny szpiku bez uszkodzenia innych jego elementów. Druga część pracy dotyczy badań klinicznych, opartych na dużym materiale. Omawiając neutropenję chroniczną, autor zwraca uwagę na istnienie grupy ludzi, wykazujących 2500 — 5000 białych ciałek w mm.³; tej leukopenii, która ulega perjodycznym wahaniom, nie towarzyszą żadne objawy kliniczne. Do grupy drugiej autorzy zaliczają chorych z przewlekłą leukopenją, względną limfocytozą, absolutną neutropenją; zmianom we krwi towarzyszy zwykle ogólne osłabienie, łatwość męczenia się. Do trzeciej grupy należy neutropenia powtarzająca się okresowo. Osobną grupę stanowi neutropenia ostra, którą autor nazywa złośliwą i która odpowiada zespołowi agranulocytozy S c h u l t z e g o; groźna tu postać zdaniem autora nie stanowi jednostki klinicznej, lecz zależy od czynników infekcyjnych lub toksycznych. Metody leczenia neutropenii polegają na stosowaniu transfuzji krwi, naświetlaniu R o e n t g e n e m i wstrzykiwaniu kw. nukleinowego. W stosowaniu R o e n t g e n a należy być bardzo ostrożnym, gdyż nieodpowiednie stosowanie może doprowadzić do zniszczenia, a nie pobudzenia szpiku; zwłaszcza w nawrotach neutropenii ostrej, gdzie przeważnie występuje zanik elementów myeloidnych szpiku, naświetlanie R o e n t g e n e m nie daje efektu. Wobec tego, że dane doświadczalne przemawiają zatem, że kw. nukleinowy i jego pochodne są głównym bodźcem. powodującym dojrzewanie granulocytów szpiku, autor sądzi, że najracjonalniejszą terapią jest podawanie tego związku w stężonym roztworze dożylnie. R e z n i k o f f poraz pierwszy opisał 4 przypadki ostrej neutropenii, leczonej kw. nukleinowym; w 3 przypadkach uzyskał wyzdrowienie chorych. Autor opisuje 4 przypadki ostrej neutropenii, wyleczonej zapomocą wstrzykiwania dużych dawek kwasu nukleinowego dożylnie.

Jakób P e n s o n.

A. H. MÜLLER. Leczenie wtórnej niedokrewności żelazem i wątrobą. (Klin. Woch. Nr. 35—1932).

Istnieje cały szereg wtórnych niedokrewności, których etjologia jest nieznaną i które pod względem patogenetycznym są zbliżone do anemji złośliwej; chociaż obraz krwi wybitnie różni się od anemji złośliwej jednak niektóre objawy są wspólne; do najważniejszych wspólnych objawów należą: achylja, objawy rdzeniowe oraz poprawa po preparatach wątrobowych. Autor sądzi, że w tego rodzaju wtórnych anemjach należy stosować leczenie kombinowane, składające się z dużych dawek żelaza (3 g. dziennie) oraz z wątroby lub jej preparatów.

Jakób P e n s o n.

C. FERVERS. Leczenie niedokrewności własną krwią chorych, naświetlaną promieniami pozafotkowymi. (Dtsch. Arch. klin. Med. 175, z. 2).

Autor badał w doświadczeniach na zwierzętach oraz u zdrowych i chorych ludzi skuteczność najczęściej stosowanych metod leczenia własną krwią, jeżeli chodzi o ich wpływ na odradzanie się krwi. Autor stwierdził, że podana niedawno przez niego i przez S e y d e r h e l m a metoda zastrzy-

DLA ZWIĘKSZENIA WYDOLNOŚCI CHOROBOWO
ZMIENIONYCH TKANEK

YATREN CASEIN

(NIESWOISTY BODŹCOWY ŚRODEK LECZNICZY)

Przy podostrych **schorzeniach zakaźnych**. Środek swoisty przy **schorzeniach w miednicy u kobiet** oraz przy podoстрыm i przewlekłym **reumatyzmie mięśniowym**. Niezawodny środek zapobiegawczy przeciwko **poronieniom o przebiegu gorączkowym, gorączce połogowej i zakażeniu krwi**.

SPOSÓB STOSOWANIA: 0,1 – 5 cm³ zależnie od charakteru przypadku.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

Yatren-Casein I (mocna) pud. po 6 amp. à 1 cm ³	zł. 8.70
„ „ I „ „ „ 6 „ „ à 5 cm ³	zł. 17.35
„ „ II (słaba) „ „ „ 6 „ „ à 1 cm ³	zł. 7.60
„ „ II „ „ „ 6 „ „ à 5 cm ³	zł. 16.10



»Bayer-Meister-Lucius«
LEVERKUSEN n/R.

Wyłączna Repr. na Rzeczposp. Polską:
Dom Agenturowy „REMEDIA”
Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5



DLA ZWIĘKSZENIA WYDOLNOŚCI CHOROBOWO
ZMIENIONYCH TKANEK

YATREN CASEIN

(NIESWOISTY BODŹCOWY ŚRODEK LECZNICZY)

Przy podostrych **schorzeniach zakaźnych**. Środek swoisty przy **schorzeniach w miednicy u kobiet** oraz przy podoстрыm i przewlekłym **reumatyzmie mięśniowym**. Niezawodny środek zapobiegawczy przeciwko **poronieniom o przebiegu gorączkowym, gorączce pofałdowej i zakażeniu krwi**.

SPOSÓB STOSOWANIA: 0,1 – 5 cm³ zależnie od charakteru przypadku.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

Yatren-Casein I (mocna) pud. po 6 amp. à 1 cm ³	zł. 8,70
„ „ I „ „ „ 6 „ „ à 5 cm ³	zł. 17,35
„ „ II (słaba) „ „ 6 „ „ à 1 cm ³	zł. 7,60
„ „ II „ „ „ 6 „ „ à 5 cm ³	zł. 15,10



»Bayer-Meister-Lucius«
LEVERKUSEN n/R.

Wylączna Repr. na Rzeczposp. Polską:
Dom Agenturowy „REMEDIA”
Warszawa, ul. Hipoleczna Nr. 5



kiwań własnej krwi, naświetlanej promieniami pozafajolkowymi, stanowi skuteczne leczenie rozmaitych rodzajów niedokrewności. Szczególnie skuteczną okazała się ta metoda w niedokrewnościach pokrwotocznych i w białaczce limfatycznej. Dobre wyniki otrzymano również w niedokrewności złośliwej, w chorobie *B a s e d o w a*, w której następowało zmniejszenie się częstości tętna, oraz w dychawicy oskrzelowej, w której szybko ustępowały napady.

Henryk J. L a n d a u.

K. SINGER. **Achylja i anemja.** (Klin. Woch. Nr. 35-1932)

Różni autorzy ostatnio zwracają uwagę na łączność achylji z niedokrewnością; istnieją achylje bez anemji, oraz achylje z anemją hipo- i hiperchromową. K a z n e l s o n, R e i m a n n i W e i n e r opisali pod nazwą „achylische Chloranämie“ jednostkę chorobową, trwającą długie lata z achylją, anemją hipochromową, obrzękami i zmianami nerwowymi, jak w anemji złośliwej. Anemje hipo- i hiperchromowe, zdaniem wielu autorów, mają odmienną etiologię; za tem ma przemawiać fakt, że wątroba i żołądek, zawierające w sobie czynnik leczniczy w przypadkach anemji złośliwej hiperchromowej, są bezskuteczne w niedokrewności hipochromowej, gdzie dobry skutek wywiera żelazo i inne metale. Autor zwraca uwagę na objawy, wskazujące jednak na pokrewieństwo obu postaci anemji; komplikacje ze strony układu nerwowego mogą być zupełnie identyczne w obu gatunkach niedokrewności, pozatem M o r a w i t z opisał anemję t. zw. agastryczną (występującą parę lat po wycięciu żołądka) o charakterze hipochromowym, gdzie preparaty wątroby okazały się bardzo skuteczne. Wprowadzenie próby histaminowej dowiodło, że często przypadki, traktowane jako achylje w istocie są tylko pseudobezsoczne, gdyż po wstrzyknięciu histaminy śluzówka wydziela dostateczne ilości kw. solnego. Bezsoczność oporną na histaminę stwierdzamy w raku żołądka i anemji złośliwej. Jednak długo trwające anemje hipochromowe z achylją również mogą być odporne na histaminę. Niema więc ścisłej zależności między produkcją kwasu solnego i anemją hipo- lub hiperchromową. Ważne znaczenie mają badania C a s t l e a, który dowiódł, że śluzówka żołądka wydziela jakas nieznana substancję, posiadającą zdolność wyzwiania z białka mięsa czynnika, przeciwdziałającego powstawaniu anemji złośliwej; mięso, trawione przez sok żołądkowy osób zdrowych, działa w przypadkach anemji złośliwej równie skutecznie jak wątroba. Sztuczny natomiast kwas solny z pepsyną, lub sok żołądkowy chorych na anemję złośliwą, nawet zawierający dostateczną ilość kwasu solnego, nie wywiera tego wpływu na mięso. Autor zajmuje się zagadnieniem, czy objaw C a s t l e a wystąpi w przypadkach anemji hipochromowej z achylją, oporną na histaminę. Autor próbował leczyć przypadek anemji złośliwej zapomocą mięsa, trawionego przez sok

żołądkowy chory z anemją hipochromową achyliczną (achylja oporna na histaminę). Od chorej z anemją hipochromową pobierano codziennie 100 cm.³ soku żołądkowego (po wstrzyknięciu histaminy); sok ten dodawano do 250 gr. mięsa, wstawiano do ciepłarki i tem karmiono chorą z anemją złośliwą. Przez 9 dni obraz krwi się nie zmieniał; na 10 dzień wystąpił przełom retikulocytów (45%), poprawa w obrazie krwi i ogólne polepszenie stanu chorej. W ten sposób autor dowiódł, że i w chloranemji z achylją histaminooporną czynnik C a s t l e a występuje w dostatecznym stężeniu. W anemjach hipochromowych nawet z zupełną bezsocznością wątroba nie działa; jeśli jednak sprawa trwa długo, czynnik C a s t l e a ginie i wtedy w anemji hipochromowej może się wytworzyć obraz anemji złośliwej. Za tem przemawiają obserwacje G r a m a i S h u l t e n a; autorzy ci podają przypadki hipochromowej anemji achylicznej, które po latach przeistoczyły się w anemję złośliwą. Jakób P e n s o n.

C. DREYFUS. **Anemje zw. „agastrycznymi”.** Przyczynek do studjum roli przewodu pokarmowego w chorobie Biermera. (Paris Médical, 23.VII. 1932 r.)

U chorych z anemją złośliwą stwierdza się często w anamnezie zaburzenia żołądkowo-jelitowe (rak żołądka, pasorzyty jelitowe). Knud F a b e r zwrócił w swych pracach uwagę na znaczenie achylji, bądź jako objawu, bądź jako jednego z czynników anemji złośliwej; achylja może na długo wyprzedzać wystąpienie objawów hematologicznych. Rola jelita jest mniej zbadana, ale znana jest anemja, występująca przy *botriocephalus*. Badając florę jelitową, stwierdzono w jelicie chorych na anemję często obecność pałeczek *coli* o własnościach hemolitycznych, a niektórzy badacze twierdzą nawet, że błona śluzowa wykazuje w tych przypadkach zmniejszoną czynność bakterjobjódczą i przepuszcza toksyny hemolityczne. Dwie obserwacje, ogłoszone przez S e y d e r h e l m a, są pod tym względem bardzo przekonujące: u dwóch chorych, będących *in extremis*, polecił wykonać przetokę kątnicową; natychmiast po operacji stan chorych znacznie się polepszył; po sześciu miesiącach można było przetokę zamknąć; zamknięcie przetoki okazało się zgubne, zawartość bowiem jelita cienkiego nie mogła już być szybko usuwana i obydwaj pacjenci wkrótce zmarli. Jeszcze ciekawsze są przypadki wystąpienia anemji złośliwej po mniej lub więcej rozległej rezekcji żołądka. Po tych zabiegach, wykonanych z powodu raka lub wrzodu żołądka, rozwija się anemja złośliwa hiperchromatyczna podobna do choroby B i e r m e r a, mogąca dać zespół *myelitis subacuta*. Ten zespół może wystąpić i po zwykłej gastroenteroanastomozie. Anemje „gastryczne” podobnie do choroby B i e r m e r a poddają się doskonale leczeniu wyciągami wątroby lub błony śluzowej żołądka. H. S z p i d b a u m.

Oceny książek

Prof. Dr. Leon WACHHOLZ. **Medycyna sądowa na podstawie nowego ustawodawstwa polskiego.** (Wydanie czwarte, zupełnie przerobione. Nakładem Gebethnera i Wolffa, Warszawa, 1933).

Nowe wydanie podręcznika Medycyny sądowej Prof. L. W a c h h o l z a jest nieco skrócone, a to dzięki temu, że Autor mógł oprzeć swe bogate doświadczenie i erudycję na nowym ustawodawstwie polskim, podczas gdy dotychczas musiał uwzględniać aż trzy ustawodawstwa państw zaborczych. W ostatnim wydaniu Autor podaje wszystkie najnowsze zdobycze wiedzy, które znalazły zastosowanie w dziedzinie medycyny sądowej, wspomina więc obszernie o badaniu grup krwi i ich znaczeniu w przypadkach kryminalnych i sprawach cywilnych i zaznajamia czytelnika z niektórymi nowymi metodami badania w innych dziedzinach. Rozdziały, poruszające

kwestję obrażeń ciała w świetle kodeksu karnego i obrażeń w świetle ustaw cywilnych i socjalnych, omawiają dokładnie tak ważne kwestje, jak kwalifikację uszkodzeń cielesnych, które nawet doświadczonym lekarzom nastęrczają nieraz znaczne trudności. Podręcznik Prof. W a c h h o l z a, na którym wychowywały się całe pokolenia lekarskie, w nowej szacie będzie niewątpliwie nadal służył za cenne dzieło tym wszystkim, którzy mają styczność z tą gałęzią nauk lekarskich. Przychyliłbym się w zupełności do życzenia Prof. W. G r z y w o - D a b r o w s k i e g o, wypowiedzianego w recenzji omawianego podręcznika, a mianowicie, by Wielce Czcigodny Autor zechciał uzupełnić na przyszłość swe cenne dzieło dziełem psychopatologii, który zresztą jest już opracowany w oddzielnym wydaniu i znany dobrze w naszym piśmiennictwie.

S. S. S i e n g a l e w i c z (Wilno).

Wskazówki praktyczne

W leczeniu *krwawiącego wrzodu żołądka* dobrze działa, zdaniem *B o g e n d ö r f e r a* zimno, zastosowane na skórę brzucha. Ujemną stroną tego leczenia stanowi to, że zimno pobudza wydzielanie soku żołądkowego. Należy przeto jednocześnie ze stosowaniem zimna podawać atropinę w postaci czopków. (M. m. W. 1933, N. 36).

—o—

M a u e r i M i e t z s c h polecają nowy środek przeciwzimmiczny *Atebrin*. Jest to kombinacja całego szeregu środków, oddawna uznanych za skuteczne w zimnicy. (Kl. Woch. 1933, N. 33).

—o—

M. J u o n utrzymuje, że pomyślne działanie *wapnia* na powikłania po zastrzykiwaniach *arsenobenzolu* jest bezsporne, i to zarówno na powikłania, występujące natychmiast jak i w ciągu pierwszych 24 godzin po zastrzyknięciu. Na pokrzywkę posalwarsanową działa lepiej adrenalina. (Schw. m. W. 1933, N. 31).

—o—

F r i e d e m a n n oblicza, że *zapadalność na błonice* pod wpływem *szczepień ochronnych* anatoksyną *R a m o n a* spadła do 5, a nawet do 10 części dawniejszej. Należy robić trzy szczepienia podskórne w odstępach trzytygodniowych. (Ther. Gegenw. 1933, Z. 7).

—o—

Tyrokksyna „*Roche*” w rozcieńczeniu 0,2% *obniża* wybitnie *ciśnienie krwi u hipertoniaków*. (Ther. Gegenw. 1933, Z. 7).

—o—

Nowy środek *wzmacniający* *Vitatonin* poleca *Fleischmann*. Lek ten składa się z arseniku, strychniny, racydryny, oreksyny, koli i suchych drożdży. Stosuje się w stanach osłabienia i wyczerpania nerwowego w celu poprawienia łaknienia, podniesienia wagi ciała, wzmożenia wydzieliny żołądkowej i powiększenia liczby krwinek czerwonych. Dla dorosłych 3 razy dziennie po łyżce stołowej, dla starszych dzieci tyleż razy po łyżeczce od herbaty. (Ther. Gegenw. 1933, Z. 7).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dnia 21 marca 1933 roku.

Początek o godz. 20-tej.

Obecnych członków Tow. 25, wprowadzonych gości 12.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 14 III. r. b. przyjęto.

2. Kol. Prezes odczytał wykaz prac nadesłanych do Biblioteki Tow.

3. Kol. *P o d s o ñ s k i Wł.* omówił „*Spostrzeżenia w ciągu 10 lat nad działaniem wód siarczanych w Lubieniu Wielkim*” (streszczenie własne).

Prelegent omawia wskazania leczenia kąpielami siarczanymi, podnosząc mniej znane; a więc wskazaniami są choroby stawów, kręgosłupa z wyłączeniem gruźlicy, zapalenia i neuralgje nerwu kulszowego, następstwa po złamaniach i zwichnięciach kości względnie stawów.

Znakomite wyniki w leczeniu wysięków pozapalnych części rodnych kobiety, blizn głębokich jako następstwa długotrwałego ropienia, *phlegmasia alba dolens*. Kąpiele lubieńskie działają znakomicie na skórę w *ichthiosis*, *pruritus*, wypryskach suchych, *psoriasis*, wogóle mają dobre działanie kosmetyczne. W cukrzycy, otyłości, dnie osiąga się bardzo dobre wyniki jak również w powikłaniach tych chorób jak np. w nerwobólach. Przewlekłe choroby górnych dróg oddechowych leczą się wzięwaniami zimnych par siarczanych systemem *Bullinga*.

Wada serca organiczna skompensowana, miażdżycza nie jest przeciwwskazaniem do leczenia w Lubieniu, o ile miesiąc sercowy jest sprawny. 3/4 pacjentów Lubienia to ludzie około 60 lat liczący i znoszą te kąpiele doskonale. Naturalnie każdy chory powinien być stale pod obserwacją lekarską. U hipertoniaków w 80% następuje obniżenie ciśnienia. Obserwacja reakcji kąpielowej jest konieczna.

Ref. omawia środki lecznicze, które w Lubieniu rozporządza.

4. Kol. *K a c z y Ń s k i A.*, członek T-wa, omówił „*Wskazania i wartości lecznicze kuracji zdrojowej w Solcu*” (streszczenie własne).

Po ogólnej charakterystyce wód siarczanych, występujących w Polsce, prelegent przedstawił szereg tablic porównawczych z zakresu analiz chemicznych naszych i obcych wód siarczanych. Dane porównawcze pozwalają stwierdzić, że zdroj solecki zajmuje w szeregu siarczanek polskich i europejskich miejsce b. poczesne. W stosunku do ogółu siarczanek w Polsce wyróżnia się on najsilniejszą mineralizacją, koncentracją, wynoszącą 20,5 gr. części stałych w 1-m litrze, bardzo wysoka zawartością H_2S (0,102 w litrze), ustępująca nieznacznie tylko ilości siarkowodoru w lubieńskim źródle *Ludwika*, Pód względem zawartości H_2S , źródło soleckie przewyższa najbardziej znane wody siarczane w Europie. W stosunku do źródeł siarczanych krajowych typu pokrewnego (zr. siarczano - słone: Busko, Truskawiec) charakteryzuje się So-

lec dominującą ilością $NaCl$ i H_2S , znaczną ilością $CaSO_4$ i $MgSO_4$. Natomiast ilość związków J i Br w porównaniu z wodami w Busku jest ułamkowo mniejsza.

Omówiwszy znaczenie lecznicze poszczególnych składników mineralnych wody soleckiej, stosowanej zarówno do kąpiele, jak i do picia, prelegent poruszył szereg nowszych zagadnień z zakresu istoty leczniczej kąpeli mineralnej, jej działania bodźcowego i sposobów stosowania tych bodźców z uwzględnieniem właściwości siarczanki i mułu soleckiego. Dłuższe wywody poświęcono sprawie picia wody soleckiej, jako czynnika pierwszorzędnej wagi w całokształcie kuracji soleckiej.

Zakres wskazań leczniczych do kuracji w Solcu jest b. duży. Należą tu schorzenia reumatyczne wszelkiego pochodzenia, choroby przemiany materji o tle konstytucjonalnem, jak zolzy, dna, otyłość chorobowa, niektóre choroby układu nerwowego (nerwobóle), początki wiału rdzenia, duży zakres chorób skórnych, wreszcie przewlekłe choroby kobiece.

Jako przeciwwskazania należy wymienić: gruźlicę płucną, ostre choroby gorączkowe, niewyrównane wady serca, silnie posuniętą miażdżycę, stany anemiczne wysokiego stopnia, nowotwory, charłactwo i t. d.

Wyniki lecznicze osiągnięte w Solcu należą do wyjątkowo pomyślnych, co należy tłumaczyć bogactwem składników mineralnych wody soleckiej i jej potężną koncentracją. Najcięższe, najbardziej zadawnione postaci reumatyzmu, artretyzmu i t. p. znajdują tu z reguły poprawę. To też Solc od dawna cieszy się zasłużonym uznaniem. Do licznych zwolenników Solca należał między innymi ojciec i twórca polskiej balneologii, prof. *D i e t l.*, czemu wielokrotnie dał wyraz w swych pracach naukowych, poświęconych polskiemu zdrojnictwu.

W r o z p r a w a c h nad punktami 3 i 4 porządku obrad przemawiali: Kol. *O r ł o w s k i W.*, *D e m b i c k i Ignacy*, i *P r o s z o w s k i W.*

Posiedzenie zakończono o godz. 22.

Prezes: *Ludwik P a s z k i e w i c z.*
Sekretarz Doroczny: *Karol C h o d k o w s k i.*

Posiedzenie z dnia 28 marca 1933 roku.

Początek o godz. 20-tej.

Obecnych członków 35. Wprowadzonych gości 45.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 21 III. r. b. przyjęto.

2. Kol. Prezes odczytał wykaz prac nadesłanych do Biblioteki T-wa.

3. Kol. *T r o j a n o w s k i A.* przedstawił „*Przy-padek raka poprzeczny z prosówkowem wysianiem do płuc i opłucny drogą naczyń limficznych*” (streszczenie własne).

Kobieta lat 62 zachorowała przed dwoma miesiącami jakoby na zapalenie oskrzeli; wystąpiła stała duszność, kaszel, odpluwanie wydzieliny śluzowej, klucie w bokach, bicie serca, bóle w kościach; przez cały czas nie gorączkowała. Od 2

lat miewa klucie w okolicy serca, bicie serca, łatwo się męczy. Od 7 lat miewa napadowe bóle brzucha promieniujące do krzyża.

Przedmiotowo stwierdzono, co następuje:

Stan ogólny ciężki, skóra blada, na palcach kończyn górnych skóra sina, wyraźna duszność, 36 oddechów na minutę, dolne granice płuc obniżone, przytłumienie w prawym szczytce, pozatem wszędzie odgłos pudełkowy, osłuchowo na całej przestrzeni płuc oddech pęcherzykowy z rozsianymi furecznikami i świstami oraz rzężeniami wilgotnymi w częściach dolnych, w przednich częściach płuc oddech pęcherzykowy zaostrozony; granice serca powiększone: górna na 4 żebrze, prawa — przekracza środek mostka, lewa — na 2½ palca w lewo od linii środkowo-obojęzycznej, uderzenie koniuszkowe bardzo słabo wyczuwalne w 6 przestrzeni międzyżebrowej na lewo od linii środkowo - obojęzycznej, rytm serca cwałowy, tony dość dźwięczne, pierwszy ton rozdwojony, tętno 120 na min., ciśnienie krwi 165/100; wątroba wystaje z pod łuku żebrowego na 3 palce, o zwiększonej spistości, niebolesna; ciepłota waha się w granicach 36 — 38,9°.

Badanie moczu: ciężar gatunkowy 1015, ślad białka, w osadzie pojedyncze leukocyty i pojedyncze krwinki w polu widzenia oraz dwa walczki ziarnisto - szkliste w całym preparacie.

Badanie krwi: hemoglobina — 85 (S a h l i), ciałek czerwonych 4,280,000, białych 7,800, eozynofiliów 3%, segmentowanych 66%, limfocytów 24%, monocytów 7%, ilość moczniaka w surowicy krwi 0,3%.

Taki stan chorej przy stopniowo pogarszającym się samopoczuciu i zwiększaniu duszności trwał w ciągu 2 tygodni, przyczem ciepłota ostatnich kilku dni nie przekraczała 38°. Po dwutygodniowym pobyciu w szpitalu chora zmarła. Klinicznie rozpoznawano.

Bronchopneumonia bilateralis. Bronchitis spastica diffusa. Emphysema pulmonum. Sclerosis et dilatatio arcus aortae. Myocarditis. Cholelithiasis. Na sekcji wykonanej w Zakładzie anatomii patologicznej U. W. (prot. sekc. L. P. 206 1933) stwierdziłem:

1. Niewielkie ognisko pierwotne raka okrężnicy w okolicy zagięcia śledzionowego;
2. Rozrastanie się raka we wszystkich naczyniach chłonnych obu płuc;
3. Przerzuty raka do wątroby, nadnerczy, gruczołów chłonno - krezkowych, zaotrzewnowych i śródpiersiowych i do opłucny ściennej po stronie prawej.
4. Nieżyt wszystkich oskrzeli.
5. Rozszerzenie małego stopnia prawej połowy serca;
6. Odleżynę w okolicy pośladków.

Badanie mikroskopowe wycinków z guza pierwotnego i z przerzutów wykazało utkanie raka gruczolowego, wydzielającego śluz, częściowo zaś raka litego (*carcinoma adenoides muciparum partim carcinoma solidum*).

4. Kol. R u t k o w s k i J. (członek T-wa) — przedstawił przypadek „*Haemophilae renalis*” (streszczenie własne).

Przypadek demonstrowany przeze mnie zasługuje na uwagę ze względu na trudności rozpoznawcze, wybór wskazań leczniczych, zagadkowość pochodzenia sprawy chorobowej i rzadkości występowania jej.

Chora 32-letnia manikiurzystka zgłosiła się do Klin. Chir. 2-jej U. W. ze skargami na oddawanie krwawego moczu i bóle w okolicy lędźwiowej prawej. Wszystko to trwa od 5-ciu miesięcy. Napadów bólowych nie było, mocz oddaje 3 — 4 razy dziennie. Pozatem pacjentka uskarża się na silne osłabienie i częste bicie serca. 12-e lat temu przechodziła dur powrotny. Wywiady rodzinne bez znaczenia.

Chora b. blada, budowy wątłej. W narządach wewnętrznych poza prawostronnym objawem G o l d f l a m a przy ogólnym badaniu nic szczególnego nie wykryto.

B a d a n i e m o c z u: mocz czerwony jak barszcz, odczyn kwaśny, białko +, cukier —, osad — całe pole usiane krwinkami.

C y s t o s k o p j a: pojemność pęcherza ok. 200 cm., śluzówka pęcherza b. blada, ujścia moczowodów bez zmian, z prawego wytryska fala krwawa. Próba czynnościowa z indygo-karminą wykazała jednakowo dobrą sprawność obu nerek (barwnik zaczął się wydzieląć po pięciu minutach).

B a d a n i e k r w i: Cz. c. krwi 3,200,000; b. c. 8,000; Hb. 55%; ind. — 0,7, neutrof. 55,5%, limfoc. 40%, monocyty 2,5%, eozynof. 2,0%, czas krzepnięcia prawidłowy. R o e n t g e n: brak uchwytanych cieniów kamieni w obrębie dróg moczowych.

P y e l o g r a f f a d o ż y l n a (terebryl): zarysy

miedniczki lewej prawidłowe, po stronie prawej kielichy małe o wąskim świetle.

Objawem wysuwającym się na plan pierwszy w naszym przypadku był wybitny krwiomocz makroskopowy. Objaw ten spotykamy w gruźlicy nerek, kamicy, nowotworach, wreszcie w nielicznej grupie przypadków zaliczonych do t. zw. krwiomoczów rdzennych o niejasnym pochodzeniu. Kamicy — w naszym przypadku mogliśmy wykluczyć na zasadzie wyników ujemnych badania rentg. i braku napadów bólowych, gruźlicę ze względu na dobrą sprawność nerki i brak objawów pęcherzowych. Pozostała możliwość istnienia sprawy nowotworowej, wzgl. krwiomoczu rdzennego, które uprawniały do zabiegu chirurgicznego. Operację wykonałem dnia 14 stycznia r. b.; odsłonięta nerka prawa zzewnątrz i makroskopowo nie wykazywała zmian żadnych, z wyjątkiem, że była dosyć mała. Można było ją rozciąć w celu obejrzenia wnętrza i miedniczki (brodawczak?). Biorąc jednak pod uwagę, że nawet, gdyby badanie to dało wynik ujemny, pozostawienie nerki krwawiącej, nie miałyby widoków na samoistne wyleczenie — nerka została usunięta bez uprzedniego przecięcia jej. Przebieg pooperacyjny był gładki, ilość dobowo moczu przeszła 1 litr, mocz bez krwi, ilość cz. c. krwi wzrosła do 4.470.000 (płytki 223.000).

B a d a n i e m i k r o s k o p o w e (dr. A. S i e d l e c k a) usuniętej nerki wykazało zmiany szkliste w niektórych kłębkach i nacieki drobnokomórkowe, rozpoznanie brzmiało: *pyelonephritis et ureteritis chronica in stadio cicatrizationis*.

Podobny przypadek krwiomoczu rdzennego również u kobiety operowałem przed kilku laty także z wynikiem pozytywnym.

Na zakończenie chciałbym podkreślić, że w przypadkach krwiomoczu nie należy zwlekać z cystoskopią i wykonać ją w momencie krwawienia, gdyż tylko wówczas będziemy w stanie wykryć źródło krwiomoczu.

W r o z p r a w a c h przemawiali: Kol. W a g n e r K., G l u z i ń s k i A., K r y ń s k i L., K o n o p n i c k i J. i R u t k o w s k i J.

5. Kol. M i k u ł o w s k i Wł., członek T-wa, omówił „*Rolę kily w etiologii cukrzycy dziecięcej*” (streszczenie własne).

Kiła wrodzona u dzieci może powodować cukrzycę. Podczas gdy na materiale cukrzycy szpitala Karola i Marii w Warszawie stwierdzało się przed 3 latami w 43% przypadków anamnestycznie, klinicznie, lub serologicznie istnienie kily wrodzonej u dzieci z cukrzycą, to w następnym 3-leciu częstość kily wrodzonej u dzieci z cukrzycą wzrosła do 71,4 proc. Badanie krzywej poziomu cukru we krwi na materiale 80 dzieci z kilą wrodzoną wykazywało tendencję do patologicznej hiperglykemii. Krytyczne rozpatrywanie piśmiennictwa o cukrzycy dziecięcej — prowadzi do wniosku, że rola etiologii lub tylko koegzystencji kilowej nie była przez autorów dowodnie wyłączona. Chęć wyrobienia sobie opinii w tym względzie wymagać powinna od pediatrów zastosowania bardziej szczegółowych kryteriów anamnestycznych, biologicznych i klinicznych — wobec dzieci z cukrzycą. Niezależnie od potrzeby tej ściśłości w szukaniu lub wyłączeniu sytuacji kilowej obserwacja kliniki cukrzycy — nasuwa odkrycie szeregu analogii właściwych obu tym jednostkom chorobowym: w cukrzycy dziecięcej istnienie malformacji i anomalii wrodzonych jest objawem częstym i charakterystycznym — i sama cukrzyca jest w istocie swej formą anomalii w odniesieniu do mniej wartościowych wysepek L a n g e r h a n s a. U dzieci kilowych spotyka się również z częstością malformacji i anomalii wrodzonych. Klinika uczy, że najważniejszym czynnikiem etiologicznym wszystkich anomalii jest kiła. Podobna analogia dotyczy neuropatii i stanów konwulsyjnych znamiennych dla dzieci kilowych i dla dzieci z cukrzycą. Neurotropowe powinowactwo pasorzyta kilowego — prowadzi w skutku do dawno znanych zespołów cukrzycy na tle schorzeń kilowych układu nerwowego. Anatomja i fizjologia cukrzycy — zna fakty schorzeń kilowych trzustki, lub wątroby. Istnieją także argumenty leczenia etiologicznego swoistego w cukrzycy kilowej — są one jednak trudno przekonujące, ze względu na marski przeważnie nieuleczalny typ zmian anatomicznych i ze względu na ważniejszą rolę przypadającą insulinie w zagadnieniu leczenia objawowego cukrzycy, zwłaszcza dziecięcej.

6. Kol. G r o t t J. W., członek T-wa, wygłosił odczyt p. t. „*Cukrzyca a ciąża*” (streszczenie własne).

Wśród dawnych autorów przeważało mniemanie, że niewiasty chore na cukrzycę w ciążę nie zachodzą wskutek zmian powodowanych przez tę chorobę w narządach rodnych

kobiecych. Dalsze spostrzeżenia wskazały, że nie zawsze tak być może, że zwłaszcza w przypadkach cięższych kobieta chora na cukrzycę nie tylko może zająć w ciąży, lecz może pomysłnie donosić i urodzić zdrowe dziecko. Tak szczęśliwy epilog powikłań cukrzycy przez ciążę, w erze przedinsulinowej należał jednak do bardzo nielicznych wyjątków, gdyż przeważnie kończyło się wszystko śmiertelnością matek w 50%, a dzieci w 80%. Od chwili rozpowszechnienia się stosowania insuliny, wyniki spostrzeżeń autorów zaczynają przemawiać na korzyść matek i dzieci. Otóż z rozważenia 50 przypadków ciąży w cukrzycy zebranych przez prelegenta w dostępnym mu piśmiennictwie oraz spostrzeżeń własnych wynika, że 48 wiadost przeszło szczęśliwie poród (ew. zabieg operacyjny), zginęło tylko 7 (zaledwie 13%).

Widać tu, że w porównaniu z tem, co spotykano jeszcze bardzo niedawno, zaszła ogromna różnica i to wybitnie na korzyść. Niewątpliwie, że tego rodzaju pomysłne wyniki zawdzięczamy umiejętnej opiece lekarskiej, oraz postępowi w leczeniu cukrzycy dzięki odkryciu insuliny oraz dzięki ulepszeniu leczenia djetetycznego.

Jeżeli idzie o los dzieci, to i tu w ostatnich czasach zaszły zmiany na lepsze. Po odliczeniu od wyżej wspomnianych 55 spostrzeżeń ciąży w cukrzycy przypadków zakończonych sztucznym poronieniem wynika, że w 49 przypadkach 42 razy (84%) matki pozostały przy życiu, zmarło 7 (16%). Co się zaś tyczy dzieci, to na ogólną liczbę 49 porodów urodziło się żywych 31 (64%), martwych zaś 18 t. j. 36%. Widzimy więc, że i tu ostatnie lata przyniosły wybitną zmianę na korzyść. Jeżeli zważymy jeszcze, że nie we wszystkich przypadkach włączonych do niniejszego zestawienia mieli autorzy możliwość przeprowadzenia należytego leczenia, to okoliczność ta musi napawać nas tylko otuchą, że w przyszłości prawidłowe leczenie matek chorych na cukrzycę zapewni nam jeszcze lepsze wyniki, zarówno dla nich samych, jak i dla ich dzieci oraz, że przerywanie ciąży w tych razach, nie będzie już taką koniecznością jak to miało miejsce dotąd.

7. Kol. G r o t t J. W., członek T-wa, i kol. S k o t n i c k i Z. przedstawił „Dwa przypadki pomyślnej ciąży u chorych na cukrzycę”.

W r o z p r a w a c h nad punktami 6 i 7 porządku obrad przemawiali: Kol. G l u z i ń s k i A., i G r o t t J. W.

Posiedzenie zakończono o godz. 22 min. 30.

Prezes: L. P a s z k i e w i c z.

Sekretarz Doroczny: K. C h o d k o w s k i.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Pedjatrycznego z dnia 10 maja 1933 r. (Wien. Klin. Wschr. Nr. 38/1933) mówili C. R e i t t e r i E. L o e w e n s t e i n o ciąży, ostrym gościcu stawowym i prątkach we krwi pępownicy. Przypadki, zbadane przez prelegentów, stanowią zarazem przyczynek do powstawania gruźlicy wrodzonej. Podają oni opis trzech przypadków, dotyczących kobiet, które podczas ciąży przebyły ostry gościc stawowy. We krwi tych trzech kobiet udało się wyhodować zarówno podczas ciąży, jak i po porodzie prątki gruźlicze. Również ze krwi pępownicy dzieci wyhodowano prątki gruźlicze, które w doświadczeniach na zwierzętach okazały się zjadliwymi. Dzieci były normalnie rozwinięte, od czyny tuberkulinowe wypadły u nich ujemnie, jednakże wykazywały one powiększenie gruczołów chłonnych (*mikropolyadenopathia*). Zjawiska te wskazują na związek przyczynowy między ostrym gościcem stawowym a gruźlicą. Poglądy nasze

na gruźlicę wrodzoną należy poddać rewizji. Rokowania nie należy już stawiać niepomyślnie. Badania nad patogenazą gruźlicy i gościcu stawowego, jak również zagadnienia alergii i odporności zaczęto w ten sposób rozpatrywać z nowego punktu widzenia. Jedyne współpraca lekarzy wszystkich specjalności będzie mogła się przyczynić do rozstrzygnięcia tych chwytliwych zagadnień.

Na posiedzeniu Stowarzyszenia Lekarzy Niemieckich w Brnie z dnia 11 maja 1933 r. (Wien. Kl. Wocn. Nr. 39, 1933) pokazywał W. B i t t n e r 8-letnią dziewczynkę, która w przebiegu duru brzuszego zachorowała na *ostre ropne zapalenie woreczka żółciowego z przedziurawieniem i ropnem zapaleniem otrzewny*. Chora była operowana i wyleczyła się. Prelegent operował dotąd pięć przypadków ostrego ropnego zapalenia otrzewny. W czterech przypadkach przyszło do przedziurawienia woreczka żółciowego z następowym ropnem zapaleniem otrzewny. Trzy przypadki były następstwem duru brzuszego, w jednym przypadku etiologia była nieznana. Jeden przypadek zakończył się śmiercią, gdyż był operowany w opłakanym stanie. Jeden przypadek, dotyczący sześciolatniego chłopca, ujawnił przy operacji zapalenie woreczka żółciowego na tle kamicy. Przypadek przybył do szpitala z rozpoznaniem zapalenia wyrostka robaczkowego. Woreczek żółciowy wycięto, przewód pęcherzykowy był zupełnie niedrożny wskutek zmian zapalnych.

Na posiedzeniu Stowarzyszenia Lekarzy Niemieckich w Brnie z dnia 11 maja 1933 r. (Wien. Kl. Wocn. Nr. 39, 1933) pokazywał W. B i t t n e r przypadek bardzo dużego *potworniaka lewego jajnika* u 9-letniej dziewczynki, który był operowany i zakończony wyleczeniem. Wywiady wykazywały, że dziecko miało od czasu do czasu bóle brzucha. Rozatein nie miało ono żadnych innych dolegliwości. Badanie wykazało duży sięgający aż do pępka guz w środkowej części podbrzusza. Badanie przez odbytnicę ujawniło wypuklenie przedniej ściany odbytnicy. Badanie cystoskopowe zaś wykazało zwężenie pęcherza moczowego, którego pojemność nie przekraczała 100 cm³ pynu. Operacja z cięciem w linii środkowej obnażyła guz wielkości prawie głowy dziecka o charakterze torbieli, którego powierzchnia była pokryta grubymi żyłami, i który za pośrednictwem szerokiej szypuły przechodził w wiązadło szerokie lewe, zaś był skrócony o 90° w kierunku strzałki zegarka. Szypułę podwiązano, guz zaś wycięto, przyczem okazało się, że podstawę jego tworzy lewy jajnik. Guz ważył 680 gr, okazał się torbielą o grubych ściankach, wypełnioną brunatnym płynem i nieprawidłowymi przypominającymi brodawczaki masami rozmaitej barwy, kształtu i spoiwości. Dalej znaleziono w niem tkankę łączną, kości, chrząstkę, włosy, zęby i zniekształcony szkielet jednej stopy z trzema palcami. Miało się tu więc do czynienia z potworniakiem. Na oddziale chirurgicznym prelegenta operowano dotąd 5 torbieli jajnikowych u dzieci i cztery z nich miały skróconą szypułę i przybyły z rozpoznaniem zapalenia wyrostka robaczkowego. Wszystkie przypadki zakończyły się wyleczeniem.

Na posiedzeniu Stowarzyszenia Lekarzy Niemieckich w Pradze z dnia 19 maja 1933 r. (Wien. Kl. Wschr. Nr. 39, 1933) pokazywali F. S a l u s i O. W e n z l przypadek *wewnętrznego krwotocznego zapalenia opony twardej (pachymeningitis haemorrhagica interna)* u 23-letniego mężczyzny w związku z przebyciem przed trzema miesiącami urazem głowy z powtarzającymi się napadami drgawkowymi w całej prawej połowie ciała. Operacja polegała na otwarciu czaszki i podwiązaniu tętnicy oponowej środkowej, usunięciu skrzepów krwi. Po operacji napady drgawkowe całkowicie ustąpiły.

Z j a z d y

Zjazd Lekarski w Ciechocinku.

Od 7-go do 9-go września, w czasie, kiedy sezon miejscowy ma się zwykle ku końcowi, Ciechocinek ożywił się nanowo przybyłymi na kursy z całej Polski lekarzami. W tym roku prawie jednocześnie odbywał się Zjazd Przyrodników i Lekarzy, który, jak wiadomo, przyciągnął wielką ich liczbę. Stąd udział lekarzy w kursie ciechocińskim może być mniej liczny, ale mimo to był on dostatecznie obelany.

We czwartek dn. 7 b. m. o godz. 9.15 odbyło się otwarcie kursów w sali czytelnicy. Otwarcia dokonał przewodniczący Komitetu Organizacyjnego prof. Dr. med. J. S z m u r ł o, witając jako gości Władze, przedstawicieli polskiej nauki lekarskiej i szarą brać lekarską. Przemówienia powitalne wygło-

sili również z ramienia Władz p. Dr. K o w a l c z e w s k i, p. Dyr. Zakładu Zdrojowego St. W i s n i e w s k i i ppulł. K o s i e w i c z w imieniu Sanitarjatu Wojskowego.

Szereg odczytów rozpoczął p. Minister Dr. med. W. C h o d z k o.

Dziedziną wielce dziś aktualną jest zagadnienie medycyny i higieny społecznej.

Zadaniem każdego państwa winna być dbałość o zdrowie i siłę swego narodu. Działalność lekarska obraca się około czynności, które się z sobą łączą na terenie medycyny klinicznej i medycyny społecznej.

Dr. C h o d z k o mówił o *lecnictwie, i polskich długoterminowych ubezpieczeniach społecznych na terenie uzdrowisk naszych*.

Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych z dn. 24 listopada 1927 r. powołało do życia Związek Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych — jedną z pierwszych jego czynności było skoordynowanie i zorganizowanie działalności leczniczej Zakładów z tytułu art. 61 Rozporządzenia, t. j. lecznictwa, mającego na celu zapobieganie grożącej niezdolności do pracy z powodu choroby, wzgl. restytuowanie czy poprawę zdrowia ubezpieczonego w wypadku inwalidztwa.

Związek Zakładów powstał w końcu 1929 roku — w chwili obecnej Związek, wzgl. Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych rozporządza 5 Domami Zdrowia w uzdrowiskach następujących: Zakopane, Jaremcze, Szczawnica, Hallerowo, Krynica, Truskawiec, Cieplocinek, Busko, oraz dysponują pewną liczbą łóżek w Iwonicy (Sanatorium „Excelsior”, w Bystrej, w Ludwikowie pod Poznaniem, w Nałęczowie, w Jastrzębim Zdroju, w Rudecu, w Otwocku, w Obornikach, w Morszynie, Lubieniu i Inowrocławiu — ogólna liczba miejsc do dyspozycji w sezonie letnim 1932 r. wynosiła 664.

W r. 1932 Zakłady Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych wydały na leczenie z tytułu art. 61 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej ogółem zł. 1.557.354.—

Prof. Dr. J. L a u b e r (Warszawa) w odczycie pod tytułem „Rola gruźlicy w chorobach oczu” przedstawił wyczerpujący przegląd genezy gruźliczych cierpień oka. W zwięzłym i jasnym przedstawieniu wyłożył Prof. L. rozmaite postaci tych cierpień.

Na podstawie nowoczesnych badań zostało stwierdzone, że wszystkie części gałki ocznej z wyjątkiem soczewki i ciała szklanego mogą ulec zakażeniu gruźliczem, które jest o wiele częstsze, niż naogół się przypuszcza. Wrzody powiek, zapalenie spojówki i rogówki, wilk zwyczajny powiek, zółtawe zapalenie spojówki i rogówki, głębokie ogniskowe i miąższowe zapalenie rogówki, zapalenie twardówki ogniskowe i rozlane zapalenie tęczówki, ciała rzęskowego i naczyńki w postaciach ostrych i przewlekłych, które mogą zająć także siatkówkę i przejść na nerw wzrokowy pod postacią zapalenia pozagalkowego, prosówkowe zapalenie i zwarte gruzły jagodówki, odwarstwienie siatkówki polegają w wielkim odsetku na wtórnym zakażeniu gruźliczem. Dla rozpoznania powinno się korzystać z dokładnego badania wewnętrznego i radiologicznego klatki piersiowej, z odczynu tuberkulinowego, z hodowli prątków gruźliczych ze krwi. Spora liczba tak zwanych reumatycznych zapalen jagodówki, przewlekłych i ostrych, powstaje skutkiem gruźliczego przerzutu do oka. Leczenie tuberkuliną posiada wielką wartość, lecz musi być stosowane bardzo ostrożnie i powinno trwać długo, czasami przeszło rok, i być dostosowane do stanu ustroju.

Następny z kolei odczyt wygłosił Dr. Antoni T u c h e n d l e r (Warszawa) o „Istocie i leczeniu zaparcia nawykowego”. Zaparcie to niezwykle częste i szkodliwe zjawisko chorobowe. To jedna z najczęstszych chorób, z którą się lekarz styka w swej praktyce codziennej. Przypomniawszy słuchaczom w krótkim resumé anatomję i fizjologję przewodu pokarmowego, a głównie jelita grubego, prelegent opisuje najrozmaitsze anomalje kiszki, które odgrywają w tem cierpieniu rolę decydującą. Z pomocą prom. R o e n t g e n a wykrywamy je i śledzimy przesuwanie się treści w kiszki. Zwracamy uwagę przytem na położenie, formę, wielkość jelita, jego zarysy, sposób kurczenia się i na rozmaite nieprawidłowości (zrosty). Istnieje cały szereg anatomicznych anomalij, jak: wydłużenie, rozszerzenie jelita, jego zwężenie. Wszystkie one mogą być podłożem przewlekłego zaparcia:

Badanie radiologiczne daje najdokładniejszą odpowiedź na powyższe pytania i wykazuje, w których odcinkach przejście zawartości kiszki jest opóźnione. Droga tych badań udało się ustalić pewne charakterystyczne typy zaparcia, jak np. typ wstępujący, zstępujący i odbytniczy w zależności od tego, gdzie występuje opóźnienie treści. B. częsty jest typ zaparcia, w którym opóźnienie i zatrzymanie treści występuje tylko w dolnym odcinku kiszki. W sprawie tej zaleganie powstaje z braku czucia. Naogół dzięki badaniom radiologicznym ustalony został podział choroby zaparcia na formy atoniczne i kurczowe. Pierwsza polega na niedostatecznej energii muskulatury kiszki, w drugiej kurczowe zwężenie przeszkadza przejściu przez nie zawartości.

W ostatnich czasach uznano wybitny wpływ hormonów (cholino) na czynność jelita grubego. W powstawaniu zaburzeń kiszki rolę niemałą odgrywają i czynniki psychiczne. Nie daje się również zaprzeczyć i usposobienie dziedziczne. Zaparcie u kobiet poza klinicznym ma i ważne znaczenie społeczno-higieniczne, bo powoduje zaburzenia i w sferze duchowej.

Leczenie zaparcia zależy od przyczyn, je wywołujących,

i przede wszystkim winno być djetetyczne. Dobre rezultaty daje leczenie zdrojowiskowe.

Prof. Dr. med. Maksymilian R o s e (Wilno) „Rwa kulszowa (Ischias) i jej leczenie”.

W patologii nerwów obwodowych jedną ze spraw najczęstszych jest nerwoból.

Kwa kulszowa „ischias” to jeden ze spraw najczęstszych pod względem klinicznym nerwobólów.

Pojęcie „ischias” obejmuje cierpienia najróżnorodniejsze go pochodzenia, których wspólną cechą jest typowo umiejscowiony charakterystyczny ból, zwany rwą lub bólem neuralgicznym. Chodzi więc nie o jednostkę chorobową w ścisłym tego słowa znaczeniu, lecz o zespół objawów, występujący z rozmaitych przyczyn, jak cukrzyca, dna, kiła, zatrucie alkoholem, ołowiem lub innymi metalami, gościec i t. p. Stan zapalny usadawiać się może w pniu nerwu kulszowego, w splocie krzyżowym lub korzonkach rdzeniowych. Każdy przypadek rwy kulszowej wymaga bardzo dokładnego i wszechstronnego zbadania celem wyłączenia innych procesów chorobowych dających podobny obraz, jak zapalenie mięśni, zniekształcające zapalenie stawów kręgowych, zapalenie stawu biodrowego i biodrowo - krzyżowego, stopa płaska i t. p. Specjalną uwagę poświęcić prelegent leczeniu tego cierpienia, stwierdzając, że nie posiadamy wprowadzić uniwersalnego środka na rwę kulszową, ale że doświadczony lekarz znajdzie zawsze wśród stojących obecnie do dyspozycji sposobów leczenia środki w danym przypadku skuteczne.

Docent Dr. D o b r z a ń s k i (Lwów) omówił *przyczyny powstawania, objawy, rozpoznanie i leczenie zapalenia zatok bocznych nosa*. Cierpienia te przebiegają często skrycie, dając objawy tylko przewlekłego kataru. Niekiedy zaś występują objawy, jak: bóle głowy, zatkanie nosa i obfita wydzielina śluzowo - ropna, która ścieka do gardła i pobudza do wymiotów. Rozpoznanie nie napotyka trudności, o ile chory podda się badaniu u specjalisty, który uwzględni badania dodatkowe, a przede wszystkim wynik badania rentgenologicznego. Leczenie może w każdym przypadku dać dobre wyniki. O ile nie wystarcza leczenie zachowawcze, to sprawę leczy się operacyjnie. Dobre wyniki daje leczenie cierpień zatok bocznych nosa w uzdrowisku, gdzie pobyt sam oraz stosowanie wzięcia wód mineralnych wpływa korzystnie. Śluzówka bowiem nosa i zatok bocznych regeneruje się w czasie pobytu w uzdrowisku, ponieważ nie jest wystawiona na działanie szkodliwego powietrza wielkomięskiego, zawierającego kurz, dym węglowy i gazy spalinowe. Inhalacje wód mineralnych, solankowych (Cieplocinek, Rabka, Inowrocław, Delatyn, Iwonicz), wód alkalicznych - słonych (Szczawnica) i siarkowych (Lubień Wielki) wywierają bardzo korzystny wpływ na ustępowaniu stanów zapalnych kataralnych i ropnych zatok bocznych nosa.

Doc. Dr. R. R a s z e j a (Poznań); „Djagnostyka reumatycznych schorzeń stawów i ich leczenie zdrojowiskowo-ortopedyczne”.

Autor omawia w krótkim zarysie nowoczesne metody djagnostyki schorzeń stawów, a schorzeń reumatycznych w szczególności. Autor podkreśla przede wszystkim znaczenie wywiadów dokładnych i szczegółowego badania klinicznego. Badanie kliniczne powinno obejmować poza badaniem schorzonego stawu całokształt ustroju, gdyż w wielu przypadkach schorzenie stawu jest tylko wyrazem ogólnego cierpienia. Z pominiętych metod rozpoznawczych omawia autor rentgenografję, która w djagnostyce chorób stawów stworzyła wielki postęp, dalej pomocnicze badania krwi i płynu stawowego ze szczególnem uwzględnieniem metod chemicznych i bakteriologicznych. Jako ostateczny sposób ustalenia rozpoznania uważa autor otwarcie stawu i pobranie zawartości, względnie tkanek stawu, celem przeprowadzenia badań anatomo-patologicznych i bakteriologicznych.

W drugiej części swego referatu przedstawia autor w grubych zarysach jeszcze dział leczenia zdrojowiskowo - ortopedycznego. W leczeniu ostrych i podostrych stanów gośćcowych ogranicza się rola chirurga - ortopedy do przeciwdziałania powstaniu wadliwych ustawień i przykurczeń kończyn. W związku z tem podaje autor wytyczne, jakimi się powinien lekarz kierować przy celowym pod względem statyki ustawianiu kończyn.

Autor ilustruje przy pomocy tablic budowę urządzeń terapeutycznych możliwych nawet w najprymitywniejszych warunkach domowych przy łóżku chorego. Z dalszych metod przyrodolecznictwa omawia autor balneoterapję, stosowaną w uzdrowiskach, uwzględniając przede wszystkim wskazania do zabiegów kąpielowych dla poszczególnych jednostek chorobowych reumatycznych.

Doc. Dr. Stefan S t e r l i n g - O k u n i e w s k i. *Niedokwaśność i nadkwaśność oraz ich leczenie zdrojowiskowe.*

Referent, podkreślając znaczenie dla ustroju żołądka i prawidłowej czynności wydzielniczej gruczołów żołądkowych, omawia trzy fazy tej czynności, zwłaszcza okres wydzielania soku psychicznego, zatrzymuje się na nowszych poglądach co do mechanizmu wydzielania gruczołowego i wzajemnej zależności wydzielania żołądkowego i trzustkowego. Następnie referent porusza różne typy niedokwaśności i nadkwaśności, podnosi znaczenie różnych metod zgłębnikowych. Przenosząc te spostrzeżenia laboratoryjne na klinikę, wymienia szereg stanów chorobowych, połączonych z niedokwaśnością, oraz niedomagania, związane z nadkwaśnością (z wyjątkiem wrzodu żołądka, który wymagałby oddzielnego wykładu). Poczem przechodzi referent do głównego zadania: leczenia zdrojowiskowego obu typów schorzeń, dowodzi na podstawie obszernej literatury, że wody ciechocińskie, jako hipotomiczne solanka, bardzo zbliżona (N. 10) swym składem do wody Kissingen-Rakocy, Wiesbaden i in. obcych, znakomicie je może zastępować we wszelkich schorzeniach na tle podkwaśności do bezsoczności żołądkowej i trzustkowej łącznie, oraz w stanach opuszczenia trzew, połączonych z niedokwaśnością, w zaparciach nawykowych, w lekkich stopniach otyłości i t. p. Podobne wnioski wyprowadza referent co do dwu innych zdrojowisk, znanych mu dobrze z wieloletniego doświadczenia osobistego, mianowicie, co do Druskienik i Iwonicza. W leczeniu nadkwaśności pierwszorzędną rolę odgrywa źródło Zuberu w Krynicy, pozatem nadaje się Rymanów, Szczawnica i in. Referent stara się wykazać, że nasz kraj jest znakomicie uposażony w źródła, niczem nie gorsze lub słabsze od zagranicznych. Coraz lepszy stan zdrojowisk niesłychanie podniósł wartość naszych źródeł, które w zupełności mogą zastąpić obce Karlsbady, Vichy i wiele

innych. Do tego jednak trzeba dobrej chęci lekarzy, aby namawiali chorych do korzystania ze zdrojowisk krajowych, wyjaśniając, że odniosą z nich doskonałą korzyść dla zdrowia. Potrzeba też większego wysiłku dyrekcji zdrojowych, aby reklamowały wody zdrojowe i skłoniły apteki do trzymania i popularyzowania produktów zdrojowisk polskich.

Prof. Dr. Ludwik P a s z k i e w i c z wygłosił odczyt: „O chorobach dróg żółciowych” którego streszczenia, niestety, nie posiadam.

Rozpatrując w wynikach naukowych ten doroczny Zjazd Lekarski w Ciechocinku, przekonywamy się, że stanowi on b. pożyteczne urządzenie. Ciechocinek dzięki swym urządzeniom higienicznym: budowie wodociągów i odzależniacza, przeprowadzeniu kanalizacji, bogactwu zieleni i parków, zasobnym urządzeniom balneologicznym, a co najważniejsze przez zdobycie solanki radjoczynnej, a w roku ubiegłym kąpieliska termalno-solankowego — stanowi zdrojowisko instrukcyjne. Dlatego kursy te współdziałają w rozwoju polskiej balneologii i innych zagadnień medycyny.

Prace, wygłaszane na kursie, są podstawą dla przyszłej biblioteki naukowej, której celem jest również rozwój balneologii. Nie mamy zorganizowanej balneologii, ale ludzie wzięli ten obowiązek na siebie. Widzimy to w stosunku do zdrojownictwa ludności i świata lekarskiego.

Zdziejownictwo zagraniczne obliczone jest na cudzoziemców, zdrojownictwo polskie musi być obliczone na nas. Zdziejownictwo polskie dźwiga się i idzie naprzód dzięki zainteresowaniu się nim naszych lekarzy.

W przemówieniu swem podniósł Dyr. W i ś n i e w s k i tę pracę polskiego lekarza na polu społecznym.

Dr. Antoni T u c h e n d l e r (Warszawa).

Krytyka lekarska

Z powodu listu otwartego prof. Sauerbrucha.

Jeden z ostatnich numerów „Klinische Wochenschrift” zawiera list otwarty, w którym prof. S a u e r b r u c h wzywa lekarzy całego świata do udzielenia poparcia obecnemu rządowi Niemiec w jego dążeniu do utrwalenia pokoju świata. Szczytne powołanie lekarzy sprawia, że są oni szczególnie uzdolnieni, zdaniem autora, do zrozumienia głębi przewrotu, jaki się ostatnio w Niemczech dokonał, i jego pokojowych tendencji. Zdaniem autora, Niemcy, skrzywdzone przez traktat wersalski, podjęły w rewolucji narodowo - socjalistycznej swe odrodzenie duchowe. Przewrót dąży do wydobycia z każdej jednostki najlepszych pierwiastków ducha, do wyrobienia solidarności i ofiarności na rzecz ogółu. Prostą tego konsekwencją być musi dążenie do pokojowej współpracy z innymi narodami, do utrwalenia pokoju światowego. Dziełu temu nie powinna stać na przeszkodzie nieufność sąsiadów. Musi nastąpić zupełne zrównanie Niemiec z innymi państwami. Tylko na tej podstawie oparta akcja rozbrojenia powszechnego, stanowiąca zadanie nietylko chwili obecnej, ale całego naszego pokolenia, może liczyć na powodzenie.

Tyle prof. S a u e r b r u c h. A teraz kilka słów o okolicznościach, w jakich list ten się ukazał. W Genewie toczą się obrady konferencji rozbrojenkowej, na której Niemcy domagają się równouprawnienia, to jest — zgody mocarstw na wyrównanie upośledzenia w dziedzinie zbrojeń, sprowadzonego przez klauzulę traktatu wersalskiego. Jako jedno z ogniw szeroko zakrojonej akcji odbywa się w Niemczech mobilizacja opinii wybitnych przedstawicieli rozmaitych zawodów. Zakłada się związek ogólnopństwowy „obrony bezpieczeństwa niemieckiego”, (nagłówek tego związku noszą odbitki listu prof. S a u e r b r u c h a, rozsyłane prywatnie). Pod maską walki o równouprawnienie przemycą się domaganie się swobody w dziedzinie militarnej, ażeby rząd Hitlera mógł bez przeszkody zwiększać

swą armję, budować pancerniki i samoloty, produkować gazy bojowe — słowem, korzystać ze wszystkich zdobyczy ludzkości w dziedzinie tępienia się wzajemnego. A kim jest ten rząd nawewnątrz? Czyż istotnie wydobywa z obywateli najlepsze pierwiastki duchowe? Ten rząd rozpętał najstraszliwszą wojnę domową, w której uzbrojone od stóp do głów bandy rabują i mordują dziesiątki tysięcy bezbronnych ofiar, zapełnił przeciwnikami politycznymi więzienia i obozy koncentracyjne, w których rzeczą codzienną są gwałty, mrozące krew w żyłach, stworzył parodję prawa i sądów, wyrokujących w imię nie martwych paragrafów, lecz obrony „ojczyzny”, a właściwie władzy dzisiejszych władców. Rząd ten rozpóściera mroki średniowiecznego barbarzyństwa nad „narodem poetów i myślicieli”, urządza uroczyste auto - da - fe ducha i kultury, wypędza na głód i tułactwo dziesiątki tysięcy obywateli drugiej klasy. Nazewnątrz rząd ten brutalizuje granice, przez ręce swych zbirów sięga po życie emigrantów własnych, a nawet obywateli państw ościennych, nie tai się z zamiarami zaborczymi i kolonizatorskimi na ziemiach cudzych. Tak oto wyglądają nie słowa, lecz czyny, znamionujące przygotowywanie przez Niemcy pokoju powszechnego.

Czyż istotnie prof. S a u e r b r u c h tego wszystkiego nie wie? Przyznaje wprawdzie wstydliwie, że na początku rewolucji hitlerowskiej działy się rzeczy, które go zaniepokoiły. Ale dziś już jest spokojny. A przecie system działa aż do najdrobniejszych szczegółów bez zmiany już w ciągu długich miesięcy.

Czyż prof. S a u e r b r u c h sądzi, że nie wiedzą o tem ci, do których się zwraca? Czy może gdzieś indziej należy szukać źródeł jego akcji? Rząd niemiecki jest izolowany w świecie, jak nikt dotąd, i za wszelką cenę usiłuje pozyskać dla siebie opinie publiczną. Dlatego mobilizuje swoich obywateli, zwłaszcza tych, których sława sięga poza granice Niemiec, aby bronili przed światem jego intencji, jeżeli nie mogą obronić polityki. Naśladuje taktykę dawnego rządu z czasów wojny,

Pamiętamy odezwę, podpisaną przez najslawniejszych uczonych i profesorów niemieckich, odpierającą oszczercze rzekomo oskarżenie armji niemieckiej o gwałty i okrucieństwa w Belgji i we Francji. Gołosłowność tej obrony była jasna od pierwszej chwili. To samo dzieje się teraz. Czyż jest na świecie lekarz, który w imię szczytnych haseł swego powołania i dzięki zrozumieniu, jakie mu daje jego wiedza, daruje rządowi H i t l e r a wszystkie jego zbrodnie dlatego, że prof. S a u e r b r u c h zapewnia o czystości przyszłych celów tej polityki? Czyż intelektualiści światowi zamkną oczy na pozbawienie obywatelstwa niemieckiego E i n s t e i n a,

na odpędzenie od warsztatów pracy setek uczonych, na zburzenie pomników H e i n e g o i L e s s i n g a, na skrytobójcze zamordowanie jego prawnuka? Zaiste, prof. S a u e r b r u c h niepotrzebnie się trudził budzeniem sumienia lekarzy. Sumienie całego świata kulturalnego wszystkich narodów jest nietylko zbudzone, ale do głębi wstrząśnięte. Wyrok potępienia na „pokojową” taktykę i cele dzisiejszego rządu niemieckiego już zapadł. Politycy i dyplomaci mogą tak, czy inaczej ustosunkowywać się do siły, rządzącej w Niemczech, ale lekarze i uczeni są nietylko mózgiem, ale i sumieniem świata.

Z. S z y m a n o w s k i (Warszawa).

Korespondencja

Szanowny Panie Redaktorze.

W dziale sprawozdawczym N-ru 42 Warsz. Czasopisma Lekarskiego b. r. znajduję streszczenie zbiorowe p. t. „Zagadnienie nowotworów złośliwych w świetle badań nad zjawiskami promieniowania” pióra p. D-ra Karola Walkera (Równe). Wobec tego, że autor w swoim referacie nie uwzględnił prac moich dotyczących tego zagadnienia, które ogłaszałem od roku 1929 w językach polskim i francuskim pod ogólnym mianem teorii aktywności raka, pozwalam sobie prosić Szanownego Pana Redaktora o wydrukowanie następujących tytułów moich prac:

„O czynniku świetlnym w powstawaniu, w życiu i leczeniu nowotworów (przyczynek do nowej teorii raka) XIII Zjazd Lekarzy i Przyrodników. Wilno 1929 r. „Nowotwory”, t. IV, N. 3, 1929 r. „De la sursensibilisation et de la

desensibil. à la lumière dans la genèse et le traitement des néoplasmes. Arch. d'Electr. Méd. 1930, N. 555”. „Nowotwory a czynniki świetlne i uczulające”, Polski Przegl. Radjol. 1930. „Une hypothèse de recherche radiobiologique: la théorie actinique du cancer. III-e Congrès International de Radiologie. Paris. 1931. „Rozważania nad rolą zjawisk fluorescencji w powstawaniu raków smołowych i w patogenezie ogólnej raków. Pamiętnik III Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwrakowego w Łodzi. 1932. „Nowotwory”. „De la fluorescence des substances cancérogènes” Néoplasmes. 1933. „Rola zjawiska fluorescencji w patogenezie raka (przyczynek do nowej teorii raka)”, Warsz. Czas. Lek. N. 44, 1932.

Dziękując zgóry za umieszczenie tych kilku słów wyjaśnienia, kreślę się z prawdziwym poważaniem
22.X.1933 r.

B. G r y n k r a u t.

O d c i n e k

Schorzenia strefy zwrotnikowej. Zdrowotność terenów kolonizacyjnych *).

Podał

Dr. Aleksander RYTEL (Warszawa).

W ostatnim czasie daje się zauważyć coraz większe zainteresowanie społeczeństwa polskiego sprawami morskimi, emigracyjnymi, kolonialnymi. Na zainteresowanie to wpływa cały szereg czynników natury gospodarczej i politycznej, a przede wszystkim łączność nasza ze światem całym przez jedyny posiadany port nasz — Gdynię.

Dużą rolę w tem zainteresowaniu odgrywają i te miliony współrodaków naszych, oderwanych od macierzy i rzuconych na szerokie tereny całej kuli ziemskiej. Emigracja nasza dosięga liczby siedmiu milionów. W ciągu 13-tu lat niepodległości wyemigrowało z kraju 1,500,000 ludzi. Nic więc dziwnego, że i świat lekarski interesować winny zarówno czynniki zdrowotne, panujące na poszczególnych terenach kolonizacyjnych, jak również wysiłki państw kolonizujących, zmierzające do podniesienia zdrowotności na terenach im podległych. Wieloletnie bowiem doświadczenie kolonizacyjne wykazało, że siła i wartość moralna kolonij zależy całkowicie od opieki, roztaczanej nad ludnością przez metropolje.

Kolonizacja obecnie odbywa się całkowicie

*) Podług odczytu, wygłoszonego w Klubie Lekarzy Polskich w dn. 4.IV.1932 r.

drogą pokojową przez zjednywanie krajowców. Rolę medycyny i znaczenie lekarzy w akcji kolonizacyjnej dostatecznie podkreślił marszałek L y a u t e y podczas otwarcia zjazdu lekarzy kolonialnych w Paryżu, mówiąc: „j'aime le médecin colonial pour l'avoir vu l'oeuvre. Je le connais et je l'aime. Il est le collaborateur le plus efficace de notre expansion colonisatrice”. I rzeczywiście, medycyna oddaje b. cenne usługi ludności tubylczej przez okazywanie zawsze ofiarnej pomocy lekarskiej w ciężkich schorzeniach strefy tropikalnej, przez modernizowanie trybu życia krajowców zgodnie z zasadami higieny, przez zapobieganie szerzeniu się ciężkich epidemij, niszczących uprzednio całe okolice, przez organizowanie różnych zakładów opieki społecznej i t. p. A pamiętać należy, że choroby właściwe strefie zwrotnikowej i podzwrotnikowej, gdzie głównie leżą tereny kolonizacyjne, są bardziej różnorodne, niż schorzenia krajów umiarkowanych, posiadają przytem charakter nader nagminny, a w niektórych okolicach panują endemicznie. By więc łatwiej i dokładniej można było się orjentować w tym szerokim całokształcie schorzeń, pozwolę sobie podać ich podział etjologiczny, uwzględniający w należyty sposób ich przyczynowość. Podział ten posłuży nam również za nić przewodnią przy omawianiu poszczególnych jednostek chorobowych pod względem terenów szerzenia się. W uszeregowaniu poniższem uwzględniłem tylko te schorzenia, które są bądź najbardziej niebezpieczne ze wzglę-

du na gwałtowność szerzenia się, bądź ze względu na ich długotrwałość lub uciążliwość.

I. Choroby, spowodowane przez bakterje i posiadające przebieg:

A. Ostre:

- 1) dżuma (*bact. pestis*);
- 2) cholera (*vibrio cholerae*);
- 3) czerwonka (*bact. dysenteriae*);
- 4) wąglik (*bac. anthracis*);
- 5) tężec (*bac. tetani*);
- 6) zakażenie krwi powstałe podczas tatuowania skóry;
- 7) dur brzuszny i paradury (*bact. typh. — et paratyphi*);
- 8) gorączka maltańska (*micrococcus melitensis*).

B. Przewlekłe:

- 1) trąd (*bact. leprae*);
- 2) *granuloma venereum* (*calymato bacter. granulomatis*).

II. Choroby wywołane przez pierwotniaki pasorzytnicze:

- 1) ameby (*entamoeba dysenteriae*):
 - a) czerwonka amebowata;
- 2) świdorowce (*trypanosomae*):
 - a) śpiączka afrykańska;
 - b) śpiączka amerykańska albo choroba C. Chagos.
- 3) wiciowce (*leishmania*):
 - a) kala azar (*leishmaniosis interna*);
 - b) Bouton d'Orient (*leishmaniosis cutanea*).
- 4) krętki (*spirochaete*):
 - a) kiła (*spir. pallida*);
 - b) pian (*treponema pertenue Castellani*);
 - c) goundou;
 - d) sodoku (*treponema morsus muris*);
 - e) dur powrotny (*febris recurrens*):
 - ε) europejski (rosyjski) (*spir. Obermeyer*);
 - ζ) afrykański (*spir. Duttoni*) (Tick fever);
 - δ) amerykański (*spir. venezuelensis*).
 - f) żółta febra (*leptospira icteroides*).
- 5) krętki i *bac. fusiformis*:
 - a) Wrzód tropikalny (*ulcus tropicum*).
- 6) *Haemosporidia* (zarodnikowce krwiowe):
 - a) zimnica — trzeciaczka (*plasmodium febris tertiana* s. *vivax*);
 - b) zimnica — czwartaczka (*plasmodium febris quartana* s. *malariae*);
 - c) zimnica — zwrotnikowa (*plasmodium febris tropicae* s. *immaculatum*).

III. Choroby, wywołane przez zarazki nieustalone:

- 1) ospa naturalna;
- 2) dur wysypkowy opisany jako:
 - a) spotted fever — w Ameryce,
 - b) choroba Kedani — w Japonji,
 - c) *exanthema ticus* — w krajach Europy.
- 3) dengue;
- 4) pappataci fever;
- 5) choroba Rift Valley fever (hepatite enzootique);
- 6) *Verruga peruana*;
- 7) choroba Nicolas i Favre (*Lymphogranulomatosis inguinalis subacuta*).

IV. Choroby wywołane przez grzybice:

- 1) z grupy *Steptotrix*:
 - a) grzybica madurska (*Mycectoma*);

2) z grupy liszajów strzygących albo wyłysiających (*Dermatomyces trichophytica*):

- a) *tinea circinata seu tropicalis*: (*tinea albigena*) (Jawa); (*tinea nigrocircinata*) (Indochiny, Tokelan, Wyspy Malajskie);
- b) *tinea imbricata*;
- 3) z grupy grzybic łupieżowatych typu *pityriasis versicolor*: (*Dermatomyces furfuracea*):
 - a) *tinea flava*;
 - b) *tinea nigra*;
- 4) z grupy grzybków pleśniowych (*Aspergillus, Penicillium, Monilia, Montoyella*):
 - a) pinta (Mal de los Pintos — w Meksyku).

V. Schorzenia organizmu, wywołane przez robaki pasorzytnicze (wnętrzniki):

A. Przywry krwiowe (*trematodes*):

- 1) *schistosomum haematobium* (*Bilharzia haematobia*);
- 2) *schistosomum japonicum* (choroba Katayama);
- 3) *schistosomum americanum* (Mansoni);
- 4) *paragonimus Westerni*;
- 5) *fasciola hepatica*;
- 6) *Clonorchis sinensis*;
- 7) *Clonorchis endemicus*;
- 8) *Opisthorchis felineus*,
 - B) Nicienie czyli obleńce (*nematodes* z grupy *aschelminthes*):
- 1) Nitkowce (*filarioidea*):
 - a) *filaria Bancrofti*,
 - b) *filaria loa*,
 - c) *filaria medinensis* (*dracunculus medinensis*),
 - d) *filaria perstans* (*ancanthochei lonema perstans*)
 - e) *filaria volvulus* (*onchocerca volvulus*)
 - f) *filaria Demarquayi* (Mansoni).
- 2) *Ancylostoma duodenale* i *Necator americanus*;
- 3) *Strongyloides stercoralis*;
- 4) *Ascaris lumbricoides*;
- 5) *Trichinella spiralis*;
- 6) *Metastrongylus*;
- 7) *Trichostrongylus vitrinus* (jelita — Egipt);
- 8) *Oesophagostoma brumpti*;
- 9) *Oesophagostoma stephanostomum*;
- 10) *Physaloptera cencasica*;

C. Tasiemce (*Cestodes*):

- 1) *taenia solium*;
- 2) *taenia saginata*;
- 3) *taenia echinococcus*;
- 4) *hymenolepis nana*;
- 5) *hymenolepis diminuta*;
- 6) *diplogonoporus grandis* (Japonja);
- 7) *diplogonoporus brauni* (Rumunja);
- 8) *sparganum Mansoni*;
- 9) *davainea madagascariensis*;
- 10) *dypilidium caninum*;
- 11) *dibothriocephalus latus*.

VI. Schorzenia wywołane przez:

- 1) pajęczaki (*arachnida*):
 - a) skorpiony;
 - b) pająki (*araneida*).
- 2) jednoparce (*chilopoda*):
 - a) skolopendry:
 - α) *scolopendra gigantea* (Indje Wschodnie),
 - β) *scolopendra morsitans* (Amer. Pol.)
- 3) owady (*insecta*), larwy (gąsienice);

4) żmije (*colubridae*).A. *Colubridae*.

- a) Kobra—*naja tripudians*—okularnik indyjski;
naja haje — „ egipski;
naja bungarus — „ olbrzymi;

- b) *crotalus adamanteus*—grzechotnik;
crotalus durissus — „ ;
crotalus horridus — „ ;

B. *Viperidae*.

- a) *vipera ammodytes* — żmija piaskowa;
b) *pelvas berus (vipera)*—żmija zygzakowata;
c) *vipera aspis*;
d) *bitis arietans*—lirogłów;
e) *lachesis albo bothrops lonocolatus*;

- f) *v. cerastes cornutus s. cerastes aegyptiacus*—rogata żmija;

- g) *efa (echis arenicola)*.

5) drapieżne zwierzęta, wściekłe psy i t. d.

VII. Choroby powstałe wskutek niewłaściwego sposobu odżywiania:

- 1) beri — beri;
2) pellagra;
3) sprue.

Po omówieniu szeregowem tych wszystkich schorzeń obecnie przejdę do opisu terenów, objętych przez poszczególne jednostki chorobowe.

(C. d. n.)

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Kolonja morska i półkolonja W. Z. Pir. 1933 r.

Podał

Dr. med. Bolesław P. MUSZKATBLAT
 lekarz fabryczny (Warszawa).

Wojskowy Zakład Pirotechniczny w Rembertowie — poza ogólną pracą społeczną (chór, orkiestra, sekcja strzelecka i myśliwska, piłka nożna, kolarska, pięściarstwo, lekka atletyka, siatkówka, obrona przeciwgazowa, straż sanitarna i pożarna, strzelec, czytelnictwo, samopomoc, przedstawicielstwo robotnicze i t. d.) — główny nacisk kładzie na opiekę nad dzieckiem i matką.

Program ten jest zrealizowany przez powołanie do życia instytucyj:

- 1) stacja letnia opieki nad matką i dzieckiem,
- 2) przedszkole,
- 3) dożywianie bezrobotnych i dzieci bezrobotnych,
- 4) półkolonje dla dzieci pracowników i bezrobotnych,
- 5) kolonja letnia morska dla dzieci pracowników W. Z. Pir. i bezrobotnych.

Punkty 1, 2, 3 — będą przedmiotem osobnego sprawozdania, natomiast referat niniejszy obejmuje jedynie materiały, dotyczące kolonji morskiej i półkolonji, zorganizowanych z inicjatywy Kierownika W. Z. Pir. p. ppłk. Jerzego Zapolskiego.

Intencje kolonji morskiej — najlepiej zilustrowane są w Instrukcji Organizacyjnej.

Instrukcja.

C e l: Kolonja morska ma za zadanie umożliwienie dzieciom pracowników Wojskowego Zakładu Pirotechnicznego spędzenie wakacji nad morzem pod należytą opieką duchową i higieniczną. Prócz tego kolonja ta ma za zadanie zapewnić tym dzieciom możność skorzystania z kąpeli morskich i plażowania, oraz przygotowanie dzieci do współżycia obywatelskiego i karności.

M i e j s c e: Kolonja morska otwarta będzie w jednej z miejscowości na polskim wybrzeżu morskim. Pomieszczenie dla kolonji morskiej składa się z dwóch sal, holu, pokoju dla personelu kierowniczego, pokoju dla służby i kuchni.

K a n d y d a c i: Na kolonję morską będą przyjmowane dzieci pracowników W. Z. Pir. oraz dzieci bezrobotnych w wieku od lat 7 do 14.

O przyjęciu danego dziecka na kolonję morską każdorazowo decyduje Kierownik Wojskowego Zakładu Pirotechnicznego.

Dzieci, wyznaczone na kolonję, przed przyjęciem podlegają zbadaniu przez lekarza fabrycznego, który skwalifikuje je pod względem somatycznym.

P e r s o n e l k o l o n j i: Na czele kolonji stoi kierowniczka, która pełni jednocześnie funkcje skarbnika i higienistki. Do pomocy kierownicze przydziela się conajmniej jedną wychowawczynię, kucharkę - gospodynię, cztery służące i praczkę.

Wysokość uposażenia personelu ustala kierownik W. Z. Pir. z tem, że personel ten ponadto otrzymywać będzie bezpłatnie mieszkanie (obowiązujące) i pożywienie na kolonji.

P o r z ą d e k d n i a: Porządek dnia na kolonji ustala kierowniczka, z tem, że musi uwzględnić pożywienie dzieci cztery razy dziennie, conajmniej osiem godzin snu i półtorej do dwóch godzin leżakowania wzgl. wypoczynku dzieci w czasie dnia.

Dzieci otrzymują, jak wskazano wyżej, czterokrotnie pożywienie, a mianowicie, np.:

1) śniadanie składające się z herbaty lub mleka i dwóch bułeczek z masłem wzgl. marmeladą,

2) obiad składający się z zupy i drugiego dania, przy czem mięso nie może być częściej dawane dzieciom niż cztery razy w tygodniu.

3) podwieczorek, składający się z herbaty, mleka wzgl. kawy lub kakao i dwóch bułeczek drożdżowych wzgl. zwykłych z masłem lub marmeladą,

4) kolacja składająca się z zupy pożywnej lub kluseczek i szklanki mleka lub herbaty dla życzących.

Personel kierowniczy kolonji i obsługa otrzymuje takie same pożywienie z kotła, jak i dzieci i nie wolno ani kierownicze, ani służbie gotować sobie innego jedzenia w danym dniu poza ustalonym jadłospisem.

O r g a n y n a d z o r c z e: Bezpośrednim organem nadzorczym kolonji morskiej dla dzieci pracowników W. Z. Pir. jest kierownik Wojskowego Zakładu Pirotechnicznego, który ze swego ramienia wyznaczać może delegatów z pośród podległego sobie personelu dla kontroli działalności kolonji.

Instrukcja sanitarna.

opracowana przez lekarza fabrycznego.

1) Dzieciom będącym „na obserwacji“ należy mierzyć temperaturę codziennie i notować w osobnej tece. W żadnym razie nie należy dzieciom takim zezwalać na kąpiel morską, ani rzeczną w okresie temperatury.

2) Inne, zdrowe dzieci, w razie gorączki — izolować. Przedewszystkiem myśleć o anginie i badać gardziel; w tych razach — płukanie gardzieli 4 — 5 x dziennie kali

hypermanganicum, tabletki Motopyrin 3 x dziennie, leżenie w łóżku.

3) W razie rozwolnień — mierzyć temperaturę i badać wypróżnienia w poszukiwaniu śladów krwi. W tych razach: ryцина, djeta: ryż, manna, herbata, sucharek (pożywienie bez masła i mleka) w ciągu 2 — 3-ch dni.

4) Opalanie się na plaży zalecane jest wszystkim dzieciom, nawet ze stanem podgorączkowym. Zwracać uwagę na grożące ew. oparzenie i nagłe osłabienia.

5) Kąpiel morska może odbywać się pod postacią głównie brodzenia w niezbyt głębokich miejscach, które najlepiej uprzednio kierownik (=czka) wytyczy.

6) Poniżej 16° C w wodzie kąpiel jest wzbroniona.

7) Zaleca się przed wchodzeniem do wody krótką zabawę dzieci na brzegu w kostjumie, a to celem równomiernego ochładzania ciała.

8) Po przybyciu nad brzeg morski i ochłodzeniu należy robić zbiórki dzieci i ustalić obecność wszystkich według wykazu.

9) Oddalenie się dzieci od grupy, jako też personelu nadzorczego nie jest dopuszczalne pod żadnym pozorem, w nagłych wypadkach należy wyznaczyć zastępstwo odpowiedzialne.

10) Karność jest podstawą porządku. Odpowiedzialność jest gwarancją karności. Dzieci zazwyczaj biorą przykład od osób starszych.

Kolonję w r. b. urządzono w Mostach (powiat Morski).

Ogółem na kolonji było dzieci 57 — w tem dziewcząt 26, chłopców 31, w wieku 7 — 15 lat.

O życiu dzieci na kolonji tyle można powiedzieć, że było ułożone zgodnie z przepisami higieny i pedagogiki.

O godz. 7-ej rano dzieci wstawały i na świeżym powietrzu przeprowadzały gimnastykę, trwającą 15—20 minut. Następnie odbywało się mycie, ślanie łóżek, ubieranie się, modlitwa i potem śniadanie. Od godz. 9—14 plaża. Drugie śniadanie na plaży. Obiad o godz. 15-ej, a od 15.30 do 17.30 przymusowy odpoczynek. Dalej: zmiana książek, pisanie listów i czytanie. O godz. 18-ej kolacja, zabawy i gry przed domem. O godz. 20-ej mycie nóg, modlitwa i udawanie się na spoczynek.

Kąpiel stosowana była tylko w dnie cieplejsze, zresztą nawet zabawy zastosowane były do warunków atmosferycznych: w porze cieplejszej — spokojniejsze, a przy temperaturze niższej — bardziej ruchliwe. Uczyniono sprostowanie, że dzieci chętniej się bawiły, jeśli ktoś starszy brał czynny udział w ich zabawach. Uważały wychowawczynię za swoją starszą współtowarzyszkę, której musiałaby słuchać. Karność nie przeszkadzała jednak w wytworzeniu atmosfery domu rodzinnego. Dzieci szybko przywiązały się do swego osiedla i wszystkiego, co je otaczało. Przedewszystkiem pokochały morze, ten cichy zakątek, tak pociągający każdego, kto ma w sercu choć isierkę patryjotyzmu. Wychowawczyni starała się rozbudzić w dzieciach miłość do ziemi ojczyzny, do morza i roślin. I tak, jak w dniach pierwszych, dzieci ujawniły tendencje niszczycielskie w stosunku do przyrody, tak po wytłumaczeniu dziejącej się roślinkom krzywdy, zmieniły postępowanie i stały się strażnikami kwiecia i ptasząt. Objawy nieposłuszeństwa, szczególnie u chłopców, dzięki należytemu potraktowaniu sprawy, szybko minęły. Wprawdzie przy wdrażaniu do porządku, karności i posłuszeństwa ujawniły się charaktery, inteligencja, wychowanie dzieci na różnych poziomach, ale, indywidualnie traktowane, znalazły należyty ocenę i zrozumienie ze strony personelu wychowawczego. Raz

łagodne, raz stanowcze postępowanie utrwaliło zasady porządku, i w czasie stosunkowo b. krótkim wszystkie dzieci zostały opanowane. Przyznać należy, że na kolonji był szereg dzieci uspołecznionych, a ich przykład żywo pouczał inne, wywoływał odruch naśladownictwa, co niewątpliwie przyczyniło się do rozwiązania trudnego zagadnienia współżycia. Pod względem fizycznym zdobyły dzieci b. wiele, poza tem umysł uch wypoczął.

Przez ćwiczenia cielesne, biegi, skoki i marsze krótkotrwałe rozwijały się dzieci fizycznie, pobudzały krew do normalnego krążenia, oddychając czystym morskim powietrzem. Gry i zabawy rozwijały w dzieciach szybką orjentację, szlachetne współzawodnictwo i zręczność. W grach przestrzegano poszanowanie istniejących reguł. Należy na tem miejscu zaznaczyć, że wychowawczyźnie pracowały z całym poświęceniem, pragnąc wpoić w serca dzieci wszystko, co piękne, dobre i szlachetne.

Kolonja morska miała etatową pielęgniarkę, której programem zadaniem było utrzymanie w czystości budynku i lokalu kolonji, dopilnowanie i utrzymanie w czystości dzieci, bielizny, ubrania i pościeli, wykonywanie opatrunków i zabiegów higienicznych (dezynfekcja, płukanie gardła), sanitarny nadzór nad kuchnią i t. p. Ciekawe są wyniki. Kolonja trwała od 26 VI do 12 VIII 1933 r. t. j. 7 tygodni. Ogółem dzieci było — chłopców 31, dziewcząt 26 = 57, osób personelu 9, przeciętny koszt dziennego utrzymania wynosił zł. 2.

Ze względu na szczupłe ramy niniejszego sprawozdania nie można wchodzić w dalsze szczegóły życia dzieci. Należy jednak zaznaczyć, że, jak wynika z przytoczonych ustępów instrukcji, program dnia był ustalony zgóry, tak w zakresie pracy, odpoczynku, jak i odżywiania.

Głównym — atrakcyjnym punktem imprezy było morze, polskie morze, ukochane przez dzieci, znane z opowieści i bajek. Bardzo szczęśliwy pomysł Kierownika Zakładu — urządzenia kolonji nad morzem dał obiektywnie dający się stwierdzić wynik dodatni w samopoczuciu dzieci, w wynikach społeczno - wychowawczych, w przyrostach wagi i t. p.

Tablica wagi.

U b y ł o		P r z y b y ł o
Liczba dzieci	Waga	Liczba dzieci
1	200	2
	500	2
	700	1
	1000	4
	1500	5
1	2000	1
	2500	5
	3000	10
	3500	1
	4000	3
	Razem:	2

Reszta dzieci nie zgłosiła się do badania końcowego.

Wbrew utartym poglądom zdecydowałem się wysłać na kolonję kilkoro dzieci ze stanem podgorączkowym (*adenopathia*), oczywiście, z poleceniem b. ścisłej obserwacji, ew. izolacji i t. d. Dzieci te b. szybko przestały gorączkować, poprawiły się i mogły w krótkim czasie przyłączyć się do innych „na równych prawach”.

W tym samym czasie na terenie Wojskowego Za-

kładu Pirotechnicznego czynna była półkolonja dla dzieci pracowników W. Z. Pir. i bezrobotnych, która trwała od dnia 1 VII do 12 VIII 1933 r.

Zapisanych ogółem dzieci było 60: chłopców 32, dziewczynek 28 w wieku od 3 do 14 lat.

W przededniu otwarcia nastąpiło lekarskie badanie dzieci, przyczem głównie zwrócono uwagę na choroby zakaźne, skórne, oczne i ogólną czystość dziatwy.

W czasie trwania półkolonji żadnych zachorowań nie stwierdzono, praca pielęgnarska skierowana była głównie na utrzymanie należytego stopnia czystości dzieci, budynku i utensyljów pomocniczych. W końcowym okresie półkolonji dzieci znów były badane przez lekarza fabrycznego, przyczem stwierdzono znacznie zdrowszy stan dzieci, które poza tem były wesole i ze smutkiem rozstawały się z personelem opiekuńczym. Obok sporego przyrostu na wadze dzieci, stwierdzono również dodatnie objawy życia się.

Przeciętny koszt utrzymania dziennego na półkolonji wynosił 0,68 zł.

Tablica wagi dzieci półkolonji W. Z. Pir. 1933 r.

U b y ł o

P r z y b y ł o

Dziewczynkom	Chłopcóm	gram	Dziewczynkom	Chłopcóm
		0	4	1
1	2	100	4	3
	3	200	9	2
	2	300	2	2
	1	400	3	5
		500		3
		600		2
		800	1	
		900	2	1
		1000		1
		1100	1	
		1500		1
		1800		1
		2200		1
1	8		26	23

Sprawozdanie niniejsze, dotyczące pracy społecznej na odcinku Wojskowego Zakładu Pirotechnicznego, nasuwa szereg wniosków i refleksyj charakteru zasadniczego.

Głodujących lub półgłodujących dzieci jest coraz więcej. Warunki mieszkaniowe, higieniczne, wśród jakich rośnie przeciętne dziecko, są bardzo dalekie od znośnych. Istniejący stan rzeczy obniżyć musi zdrowotność przyszłych obywateli kraju, szerzyć chęć i zmniejszyć ewentualne zdolności do pracy szerokich warstw społecznych. Wiemy, że źródła dawnej b. hojnej filantropji wysychają. Zachodzi potrzeba wytworzenia nowych sposobów niesienia pomocy dzieciom, warstw społecznych. Wiemy, że źródła dawnej b. hoj-

Musi — podobnie jak na naszym odcinku — powstać zorganizowany, masowy odruch społeczny, zapewniający dzieciom ich minimalne potrzeby życiowe w każdym zakresie.

Państwowe władze, jak wiadomo, powołały do życia „Radę do spraw kolonij letnich”. W roczniku „Pracy i opieki społecznej” (marzec 1933 r.) spotykamy sprawozdanie, z którego wynika, że na wszystkich kolonjach (wypoczynkowych, leczniczych i półkolonjach) w roku 1931 było ogółem 133, 541 dzieci. Liczba to spora, ale jakże wygląda wobec 5 milionów dzieci w wieku szkolnym? Jeżeli — wszakże porównać cyfry statystyczne z lat ubiegłych, da się stwierdzić w r o s t liczby dzieci na kolonjach leczniczych, a spadek na kolonjach wypoczynkowych — świadczy to o pogorszeniu stanu zdrowia dzieci, i jest najwymowniejszym dowodem pilności sprawy, ponieważ, jak widzimy, liczba dzieci, kwalifikujących się do leczenia sanatoryjnego stale wzrasta... W tym stanie spraw, uwypukla się społeczne znaczenie tworzonych nowych ogniw w łańcuchu ośrodków zdrowia lub zastępczo kolonij lub półkolonij.

Naśladownictwo jest pilne, jakoteż koordynacja wysiłków, zmierzających do wspólnego celu.

Wiadomości bieżące

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	10/IX — 16/IX	17/IX — 23/IX	24/IX — 30/IX	1/X — 7/X
Dżuma	0	0	0	0
Ospa	0	0	0	0
Cholera	0	0	0	0
Dur brzuszny	478 (21)*	448 (21)	354 (17)	382 (27)
Dur rzekomy	1 (0)	4 (0)	2 (1)	0
Dur osutkowy	12 (0)	8 (1)	17 (0)	17 (2)
Dur powrotny	0	0	1 (0)	0
Czerwonka	38 (2)	15 (0)	27 (1)	17 (1)
Płonica	666 (13)	728 (19)	726 (21)	708 (16)
Błonica	316 (6)	289 (13)	367 (12)	449 (10)
Zapal. op. mózg.	10 (3)	4 (1)	11 (1)	6 (3)
Odra	458 (2)	569 (1)	855 (2)	1049 (2)
Róża	77 (6)	90 (7)	82 (2)	109 (2)
Krztusiec	465 (3)	387 (4)	218 (6)	196 (7)
Malarja	4 (1)	3 (0)	3 (0)	2 (0)
Posoczn. połog.	31 (8)	21 (7)	18 (6)	22 (2)
Trąd	0	0	0	0
Jaglica	333 (0)	468 (0)	323 (0)	338 (0)
Waglik	1 (0)	2 (1)	2 (1)	1 (0)
Nosaczna	0	0	0	0
Włośnica	0	3 (0)	0	1 (0)
Wścieklizna	0 (2)	0	0 (2)	0 (4)
Zatr. jad. kielb.	11 (1)	7 (3)	11 (0)	0
Chor. Heine-Medina	2 (0)	3 (0)	3 (0)	0
Twardziel	0	0	2 (0)	0
Inne choroby zakaźne	34 (12)	26 (3)	25 (1)	61 (1)

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— Dnia 25.X. r.b. odbyło się w Klinice Psychjatrycznej U. W. uroczyste posiedzenie Oddziału Warszawskiego Polskiego Tow. Psychjatrycznego ku uczczeniu XXXV-lecia pracy naukowej Prof. Jana Mazurkiewicza. Porządek dzienny obejmował: 1) Przemówienie przewodniczącego Oddziału. 2) Przemówienie Doc. W. Łuniewskiego i wręczenie Księgi Pamiątkowej prof. Janowi Mazurkiewiczowi. 3) Przemówienie Adjunkta kliniki psychjatrycznej Un. W. Dr. R. Dreszera. 4) Odczyt Prof. S. Borowieckiego (Poznań): W sprawie założeń psychologii dla medyków.

— W dniu 20-ym października r. b. o godz. 10-ej zrana odbyło się poświęcenie i uroczyste otwarcie Państwowego Sanatorium dla Narkomanów w Świacku (st. kol. Grodno).

— Zakłady przemysłowe chemiczno-farmaceutyczne „Proton” — proszą nas o zamieszczenie następującej wzmianki: Preparaty: Uricedin, Cholchelysin, Colchurecin i Ossin są wyrobami naukowymi krajowymi, ponieważ na mocy nabytej w r. 1926 licencji wytwarza je całkowicie fabryka chemiczna „Proton” w Warszawie bez jakiegokolwiek udziału firmy zagranicznej.

ZMARLI.

Henryk Kłuszyński, b. lekarz naczelny, ostatnio jeden z kierowników lekarskich Związku Kas Chorych — w Warszawie.

SPROSTOWANIE.

W N-rze 42 „Warsz. Czasopisma Lekarskiego“ wkładły się niedokładności do tablic pracy Drów Flaksy i Grynkra u ta p. t. „Doświadczenia nad wzrostem guzów i powstawaniem przerzutów u szczurów uprzednio ogólnie naświetlonych promieniami Roentgena“. Tablice te podajemy po raz drugi.

Przykłady doświadczeń (wyciąg z protokółów)

Przykład 1-szy. Dośw. Nr. 4.

Dn. 5.1.33 r. naświetlono 6 osesków 23 dniowych ½ dawki śmiertelnej. Szczepiono m. J. dn. 17.1.33 r. Zabito dn. 25.1. 1933 r.

Kontrolne	Waga 5.1	Waga 10.1	Waga 15.1	Waga 25.1	Waga guza za 25.1	Przerzut makrosk.	U W A G I
Nr 1	18,5	24,5	33	42	8	—	zabity 6.11 (szczepienie nie przyjęło się)
„ 2	18,5	24,5	32	43	8	—	
„ 3	18,5	24	32	40	8,5	—	
„ 4	19,5	24,5	31,5	35	5	—	
„ 5	17,5	23	30,5			—	

Naświetlane

Nr 1	19	20,5	27			—	zabity 6.11 (duży guz)
„ 2	18,5	20	28	26	3	+++	
„ 3	18	18	26		min.	—	
„ 4	18,5	20,5	28,5	33	1,5	—	
„ 5	20	20,5	27,5	32	4	+++	
„ 6	16,5	16	23,5	24	3	+++	

Przykład 2-gi. Dośw. Nr. 6.

Dn. 5.1. naświetlono 3 oseski 18-o dniowe ½ dawki śmiertelnej. Szczepiono JS dn. 7.1. Zabito 22.1.

Kontrolne	Waga 5.1	Waga 10.1	Waga 15.1	Waga 22.1	Waga guza	Przerzut makrosk.	U W A G I
Nr 1	20	28	38	47	5%	—	
„ 2	20	29	40	54	8%	—	

Naświetlane

Nr 1	21	27,5	34,5	30	1¾	—	epil. po 5 dniach po naświetlaniu
„ 2	19	25	34	43	3½	—	
„ 3	20	25,5	34	43	3	—	

TREŚĆ: H. HIGIER. W sprawie patologii układu nerwowego i psychopatologii wśród Żydów słów kilka. — K. BUJNIEWICZ. Przypadek rozległego schorzenia układu kostnego. — L. ABRAMOWICZ i T. EPSTEINOWA. Leczenie ropowicy i ropni okolicy gardła z pomocą bakteriofaga gronkowcowego z przesączem buljonowym paciorkowcowym. — H. WASERMANOWA. Rozpoznawanie różniczkowe ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego ze szczególnym uwzględnieniem wieku dziecięcego. (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — Z. SZYMANOWSKI. Z powodu listu otwartego prof. Sauerbrucha. — A. RYTEL. Schorzenia strefy zwrotnikowej. Zdrowotność terenów kolonizacyjnych. — B. MUSZKATBLAT. Kolonia morska i półkolonia W. Z. Pir. 1933 r. — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: H. HIGIER. Quelques mots sur la pathologie du système nerveux et la psychopathologie chez les Juifs. — K. BUJNIEWICZ. Un cas de maladie répandue du système osseux. — L. ABRAMOWICZ et T. EPSTEIN. Traitement des phlegmons et des abcès peritonillaires au moyen du bactériophage staphylococcique avec l'antivirus streptococcique. — H. WASERMAN. Le diagnostic différentiel de l'appendicite aiguë avec considération spéciale de l'âge infantile. (Rev. gén.). — S. SZYMANOWSKI. A propos de la lettre ouverte du prof. Sauerbruch. — A. RYTEL. Les maladies de la zone tropicale. L'état sanitaire des terrains de colonisation. — B. MUSZKATBLAT. La colonie maritime et la demi-colonie des établissements pyrotechniques de Varsovie en 1933.

Przykład 3-ci. Dośw. Nr. 15.

Dn. 8.V naświetlono 5 osesków 17-o dniowych ½ dawki śmiertelnej. Szczepiono JS dn. 10.V. Zabito dn. 26.V.

Kontrolne	Waga 8.V	Waga 26.V	Waga guza za 26.V	Przerzut makrosk.	U W A G I
Nr 1	19,5	45	8,5	—	zabity 24.V. Waga— 43; Guz 5 gr.
„ 2	20,5			—	
„ 3	21	48	8,5	—	
„ 4	21,5	54	8	—	

Naświetlane

Nr 1	20			++	zdechł. dn. 20.V. Waga guza 1.0
„ 2	22,5			—	
„ 3	21,5	28	3	+	
„ 4	21,5	31	7	+	
„ 5	20				

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

19.X. Posiedzenie Lekarzy Szkolnych.

1. Sprawy bieżące. 2. Dr. J. Bogdanowicz i Dr. K. Sokal. Typy konstytucjonalne młodzieży szkolnej i ich wartość biologiczna.

24.X. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Skłodowski J. i Trojanowski A. Przypadek gruźliczego surowiczowo-włóknikowego zapalenia osierdzia. 2. Mikulowski Wł. Przyczynę do zagażenia konfliktów poszczepiennych u dzieci. 3. Lastman M. O hormonach serca. 4. Likiel A. Stosowanie dużych dawek koraminy i stiminolu w ostrych zatruciach morfiną, veronalem i innymi środkami nasennymi.

26.X. Polskie Towarzystwo Oto-Laryngologiczne.

1. Odczytanie protokołu poprzedniego posiedzenia. 2. Demonstracja chorych. 3. J. Czarnacki. — Wrażenia ze Zjazdu w Poznaniu. 4. Wolne wnioski.

SAL DIETETICUM
SINE CI' BR' J' N'
nulla contrindicatio!
ARTISAL
GEO.