

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

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

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 8-34-48.

Rok XI

WARSZAWA, 5 KWIETNIA 1934 R.

Nr. 13

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Ze Szpitala Anny Marji dla dzieci w Łodzi.

(Dyr.: Dr. T. Mogilnicki).

Ropne zapalenie ucha środkowego u dzieci w pierwszym roku życia.

Podali

H. FRENKLOWA, B. CZAPLICKI i K. ŚCIESIŃSKI (Łódź).

(Dok.)

Cz. III. (anatomopatologiczna).

Podał

Dr. Kazimierz ŚCIESIŃSKI (Łódź).

Badania anatomopatologiczne naszego materiału można podzielić na dwa okresy, a mianowicie, pierwszy okres, obejmujący czas od 1. VI. 1930 r. do 31. XII. 1931 r., w którym badałem ucho środkowe (u. śr.) przeważnie tylko w przypadkach nie całkiem jasnych pod względem anatomicznym, czy klinicznym, i drugi okres od 1. I. 1932 r., w którym otwierałem u. śr. obustronnie w każdym przypadku. Stąd też materiał, pochodzący z pierwszego okresu, nie może służyć do statystyki, dotyczącej zapalenia ucha środkowego (z. u. śr.) niemowląt, zmarłych w pierwszym roku życia. Niemniej przytoczę niżej te przypadki, ponieważ w nich znalazłem ciężkie powikłania wewnątrzczaszkowe i zewnątrzczaszkowe. Materiał prosektury Szpitala Anny Marji w Łodzi jest, jakkolwiek dość obfity, jednakże nieco jednostronny, nie obejmuje bowiem prawie wcale noworodków i najmłodszych niemowląt oraz tylko w małym stosunku choroby zakaźne, dające przecież duży odsetek z. u. śr.

Badania anatomiczne polegały wyłącznie na otwarciu u. śr., obejrzeniu gołym okiem otwartych jam i w części materiału na pobraniu treści u. śr. do badania cytologicznego i bakterjologicznego, którego podjął się P. Dr. Żurkowski w tutejszej pracowni bakterjologicznej. (Pobieranie materiału do badania bakterjologicznego odbywało się możliwie jałowo za pomocą wysysania treści rurką włosową po zdarciu opony twardej z piramidy kości skroniowej i otwarciu u. śr. wyżarzonem narzędziem). Histologicznie zbadałem tylko w jednym przypadku (S. 188—1931, m. 9/52) skrawki

kolejne całej kości skroniowej, barwiąc co piąty skrawek, podzieliwszy kość skroniową w płaszczyźnie prostopadłej do długiej osi kości skalistej wedle przyjętego schematu, posługując się techniką Wittmaacka. Stan był następujący: Wyrostek sutkowy gąbczasty, szpik kostny przekrwiony, drobne jamki wypełnione tkanką łączną płodową, kości niezmienione. Jama sutkowa wysłana tkanką łączną płodową w dość grubym pokładzie. Pośrodku tej tkanki naciek ropny, zajmujący coraz szerzej jamę sutkową i przechodzący także na tkankę wyściełającą. Jama bębnekowa wypełniona całkowicie ropą, kości niezmienione. W błonie bębnekowej, nacieklej leukocytami wielojądrzastymi, drobne przedziurawienie. W przewodzie słuchowym zewnętrznym nieco treści ropnej i złuszczone nabłonki. Ucho wewnętrzne niezmienione.

W materiale tym mam za półrocze 1930 na 56 sekcji niemowląt do roku 13 przypadków ropnego z. u. śr., w roku 1931 na 111 sekcji 6 przypadków z. u. śr., w r. 1932 na 111 sekcji 63 przypadki z. u. śr. i w r. 1933 (do 20. X) na 96 sekcji 58 przypadków z. u. śr. Za rok 1930 i 1931 nie podaję odsetka, gdyż w tym czasie nie badałem uszu systematycznie, odsetek za r. 1932 wynosi 56,75%, za r. 1933 zaś 60,41% czyli razem za oba lata na 207 sekcji 121 przypadków z. u. śr. = 58,45%. Byłby to zatem odsetek niższy, aniżeli podają wielkie statystyki, w których ma wahać się między 50 a 90% zależnie od wieku niemowląt i materiału sekcyjnego. Niski odsetek odniósłbym do samego rodzaju materiału prosektury Szpitala Anny Marji i do braku sekcji w jednym z letnich miesięcy, w których śmiertelność niemowląt jest większa także w naszym materiale, a równocześnie wzrasta się liczba przypadków z. u. śr.

Uwzględniając wiek niemowląt, można stwierdzić, że w materiale sekcyjnym za rok 1932 i 1933 przypadki ropnego z. u. śr. rozkładają się w obu latach mniejwięcej jednakowo. Z 63 sekcji w r. 1932 na wiek do 3 miesięcy przypada 28 przypadków, na wiek 4—6 miesięcy 16 przypadków,

na wiek 9—12 miesięcy 15 przypadków, na wiek 7—8 miesięcy 4 przypadki. Z 58 sekcji w r. 1933 znalazłem wśród niemowląt do 3 miesięcy 28 przypadków, w wieku od 4—6 miesięcy 14 przypadków, w wieku 9—12 miesięcy 14 przypadków, w wieku 7—8 miesięcy 2 przypadki, razem za oba lata na 121 sekcji na wiek do 3 miesięcy 56 przypadków, na wiek 4—6 miesięcy 30 przypadków, na wiek 9—12 miesięcy 29 przypadków, na 7—8 miesięcy 6 przypadków. Liczba ta odpowiadałaby twierdzeniu Göpperta, że w wieku od 2—4 miesięcy z. u. śr. zdarza się najczęściej.

W ogólnej liczbie przypadków 121 znaleziono z. u. śr. w 96 przypadkach czyli 79,33%, prawostronne tylko w 7 przypadkach czyli 5,78%, lewostronne zaś w 18 przypadkach czyli 14,87%. W materiale sekcyjnym uderza duża przewaga obustronnego schorzenia ucha.

Nie przesadzając, czy drobnoustroje, wykryte w ropie, dobytej z u. śr. podczas sekcji, były czynnikiem chorobotwórczym, przytaczam poniżej wyniki badań bakteriologicznych. Ogółem zbadano bakteriologicznie 34 przypadki, poddając badaniu każde ucho z osobna. Z tych 34 przypadków znaleziono w 12 przypadkach paciorkowce (*streptococi*) przeważnie hemolizujące (9), tylko w trzech przypadkach śluzowe. Należy nadmienić, że paciorkowcom towarzyszyły w 5 przypadkach inne drobnoustroje, jak gronkowce złociste, białe, prątek ropy błękitnej, prątek grypy Pfeiffera. Zdarzało się też, że w jednym uchu znaleziono paciorkowca, w drugim zaś pneumokoka; w jednym przypadku treść drugiego ucha okazała się jałowa. Na drugim miejscu co do częstości znajdował się gronkowiec (8) głównie złocisty z domieszka paciorkowca, pneumokoka, prątka zapalenia płuc Friedländera. W 6 przypadkach stwierdzono pneumokoka czasem również w towarzystwie gronkowca paciorkowca, prątka grypy, prątka zapalenia płuc. W 5 dalszych przypadkach wykryto prątka zapalenia płuc Friedländera, czasem wspólnie z gronkowcem. Tylko dwukrotnie znaleziono prątki błonicy, a tylko w jednym przypadku ropa okazała się obustronnie jałowa. W naszym małym materiale, badanym bakteriologicznie, nie potwierdziło się zdanie Preysinga, że w ropnym z. u. śr. ośrodków przeważa pneumokok. Mieszane zakażenia możnaby odnieść do zakażenia wtórnego po przedziurawieniu błony bębenkowej samoistnym czy operacyjnym.

Kiedy zaczęliśmy niniejsze badania, uderzała nas stosunkowa częstość ciężkich powikłań, a mianowicie, zakrzepy zatoki żyłnej poprzecznej, zapalenie opon mózgowych oraz ropowica, występująca na szyi, jako przypuszczalne zejście sprawy ropnej u. śr.; Takich przypadków znalazłem w materiale sekcyjnym 18, w tem 5 przypadków w r. 1930 i 3 przypadki w r. 1931. W r. 1932 przypadło 7 przypadków powikłań na 63 przypadki z. u. śr. czyli 11,11%, w r. 1933 zaś 3 przypadki powikłań na 58 przypadków z. u. śr. czyli 5,17%. Dla bliższego określenia tych przypadków podam niżej wynik badania posmiertnego; dla przypadków w r. 1930 i 1931 nie obliczyłem odsetka, niemniej przytoczę je tutaj również.

Przypadków zakrzepowego zapalenia zatoki żyłnej poprzecznej było 4.

1) S. 12—1930, M. M. z. 1 r. Klin. *Tuberculosis miliaris. Pyuria. Sekcja: Otitis media purulenta ambilateralis. Thrombosis sinus transversi. Encephalitis purulenta circumscripta lobi occipitalis dextri. Nodi caseosi tuberculosi lobi inferioris pulmonis sinistri. Tuberculosis caseosa lymphoglandularum bronchialium sinistrarum et mediastinalium. Tuberculosis acinosa pulmonis dextri. Tuberculosis miliaris pulmonis sinistri et hepatis. Noduli caseosi tuberculosi lienis et renum. Ulcera tuberculosa laryngis et coli ascendentis. Tuberculosis caseosa lymphoglandularum mesenterialium et ad v. portae.*

2) S. 64—1931, B. Ch. z. 7/52 Kl. *Otitis media purul. bilat. Pleuritis dextra. Icterus. Sepsis Thrombosis sinus. Sekcja: Otitis media purul. ambil. Thrombophlebitis purul. sinus transversi dextri. Pachymeningitis fibrinosopurul. Oedema telae retrobulbaris. Infarctus suppurans lobi inferioris pulmonis d. Pleuritis fibrinosopurul. d. Tumor lienis acutus. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis, renum. Icterus. Pyaemia.*

3) S. 108—1932, K. Sz. m. 10/12. Kl. *Tuberculosis miliaris. Sekcja: Nodus caseosus tuberculosus emolliens lobi inferioris pulm. sin. Tuberculosis acinosa pulmonum. Tuberculosis caseosa lymphogld. bronch. et mediastin. Tuberculosis miliaris lienis, hepatis, renum.—Otitis media purul. ambil. Thrombosis sinus transversi sin. et venarum cerebri in regione lobi temporalis sin.*

4) S. 110—1932, S. M. m. 4/12. Kl. *Sepsis. Intoxicatio ex infectione. Otitis media sinistra. Phlegmone in regione occipitali. Sekcja: Otitis media purul. amb. Thrombosis sinus transversi utriusque. Leptomeningitis incipiens. Enteritis catarrhalis Inanitia. Phlegmone in regione occipitali.*

Zapalenie opony twardej i opon miękkich (ropne i surowicze) zdarzyło się w 10 przypadkach.

5) S. 37—1930, O. J. m. 9/12. Kl. *Rachitis gravis. Bronchopneumonia. Enterocolitis. Sekcja: Tonsillitis lacunaris purul. Otitis media purul. amb. Leptomeningitis purul. Pneumonia catarrhalis dispersa confluens lobi infer. pulm. utriusque et lobi sup. pulm. d. Rachitis. Inanitia.*

6) S. 50—1930, K. R. m. 5/12. Kl. *Bronchopneumonia bilat. Otitis media purul. d. Meningitis purul. pneumococcica. Sekcja: Otitis media purul. ambil. ss. leptomeningitide purul. diffusa. Pneumonia catarrh. dispersa lobi inf. pulm. utr. Cystitis catarrh. Steatosis hepatis.*

7) S. 66—1930, B. A. m. 7/12. Kl. *Abscessus pulmonis d.? Pleuritis purul. dextra? Sekcja. Otitis media purul. ambil. ss. leptomeningitide purul. Empyema pleurae dextrae saccatum. Pneumonia catarrh. pulm. d. confluens et lobi inf. pulm. sin. dispersa.*

8) S. 100—1930, B. B. m. 9/12. Kl. *Pneumonia croup. Leptomeningitis. Sekcja: Otitis media purul. sin. Leptomeningitis purul. Pneumonia catarrh dispersa.*

9) S. 185—1931, R. K. z. 5/12. Kl. *Bronchopneumonia sin. Sekcja: Otitis media purul. ambil. Leptomeningitis purul. Abscessus metastaticus lobi sin. glandulae thyroideae. Tumor lienis subcutis. Degeneratio parenchymatosa myocardii, renum. Steatosis hepatis. Rachitis.*

10) S. 115—1932, F. N. m. 9/52. Kl. *Otitis media purul. d. Bronchopneumonia dextra. Icterus Sepsis.* Sekcja: *Otitis media purul. amb. ss. leptomeningitide purul. Pachymeningitis purul. d. Pneumonia catarrh. confl. pulm. d. et lobi inf. pulm. sin. Tumor lienis acutus. Degeneratio parenchymatosa myocardii et renum. Icterus. Inanities.*

11) S. 178—1932, K. W. m. 6/12. Kl. *Decompositio.* Sekcja: *Otitis media purul. amb. Leptomeningitis incipiens. Enteritis catarrh. Steatosis hepatis. Rachitis. Inanities.*

12) S. 203—1932, Ś. J. m. 6/12. Kl. *Intoxicatio. Meningismus.* Sekcja: *Otitis media purul. amb. Leptomeningitis serosa. Steatosis hepatis. Tumor lienis acutus.*

13) S. 124—1933, Z. J. m. 1 r. Kl. *Bronchopneumonia ambil.* Sekcja: *Pleuritis fibrinosa dextra. Pneumonia catarrh. dispersa lobi inf. pulm. utr. Otitis media purul. amb. Leptomeningitis purul.*

14) S. 166—1933, J. L. m. 9/12. Kl. *Pneumonia lobaris sin., catarrh. dextra.* Sekcja: *Pneumonia catarrh. lobi inf. pulm. d. Pleuropneumonia crouposa pulm. sin. Otitis media purul. amb. Pachymeningitis fibrinosopurul. d. Tumor lienis acutus. Steatosis hepatis. Degeneratio parenchymatosa renum. Anæmia universalis.*

Pozostają dalsze przypadki w liczbie 4, w których znalazłem obok ropnego z. u. śr. zakrzep żyły szyjnej, ropowicę szyi, zakrzep żył mózgowych oraz nadżarcie kości u. śr.

15) S. 187—1931, G. W. m. 4/12. Kl. *Otitis media sin. Pyæmia otogenes. Bronchopneumonia.* Sekcja: *Otitis media purul. amb. Thrombophlebitis purul. vencie jugularis sin. Lymphadenitis purul. lymphogld. colli sin. Thymitis et mediastinitis purul. anterior. Abscessus telæ retroperitonealis. Pneumonia catarrh. hæmorrhagica lobi inf. pulm. utr. Tumor lienis acutus. Degeneratio parenchymatosa myocardii renum. Steatosis hepatis. Pyæmia. Rachitis.*

16) S. 91—1932, K. Z. z. 9/12. Kl. *Bronchiolitis. Otitis media purul. Pertussis. Rachitis.* Sekcja: *Caverna tuberculosa lobi sup. pulmonis d. (primaria). Nodus caseosus tuberculosus lobi medii pulm. d. Tuberculosis caseosa lymphogld. bronch. et mediastin. Tuberculosis acinosa pulmonum. Pneumonia catarrh. dispersa confluens. Ulcera tuberculosa intestini ilei et processus vermiformis. Tuberculosis caseosa lymphogld. mesent. Tuberculosis miliaris lienis. Otitis media purul. dextra. Otitis media purul. sin. Rachitis.*

17) S. 194—1932, K. m. 1 r. Kl. *Pneumonia abscedens. Pyæmia.* Sekcja: *Abscessus lobi inf. pulm. d. Empyema pleurae d. Pneumonia catarrh. confluens lobi sup. et medii pulm. d. Otitis media purul. dextra. Thrombosis venarum cerebri superiorum. Tumor lienis acutus. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis, renum.*

18) S. 94—1933, Nr. 458 z. 11/52. Kl. *Lues congenita. Bronchopneumonia.* Sekcja: *Otitis media purul. amb. Thrombophlebitis purul. vencie jugul. internæ d. Phlegmone retropharyngealis et retrooesophagealis. Mediastinitis purul. Pneumonia catarrh. dispersa partim confl. lobi inf. pulm. utr. Inanities.*

Prawie we wszystkich przytoczonych powikłaniach można przyjąć jako punkt wyjścia sprawę ropną u. śr. Brak jednakże niezbitego dowo-

du i odpowiedzi na pytania, czy z. u. śr. powstało samoistnie i jest tem samym schorzeniem pierwotnym, czy też wtórnym, czy wreszcie zjawiskiem współzależnym z innymi sprawami chorobowymi ustroju. W każdym razie można przyjąć, że uogólnienie się zakażenia z ucha środkowego jest możliwe także bez zakrzepu zatoki żyłnej, jak to słusznie podkreślają ostatnio Wotzilko i Hofer, podnosząc, że w wieku dziecięcym t. zw. *sepsis otogenes* może powstać bez zajęcia zatoki. Wyrazem bakterjemji w obrazie sekcyjnym jest ostry obrzęk śledziony i zwyrodnienie miąższowe narządów mięszowych, w razie obecności drobnoustrojów ropotwórczych mogą powstać mnogie roz-siane ropne przerzutowe w różnych narządach. Trudniej uchwytnie bywają przypadki, w których ognisko pierwotne działa na ustroj nie w postaci rozsiania samych drobnoustrojów, lecz jedynie przez toksyny. Odpowiedź tkanek na bodziec toksyczny będzie morfologicznie tem wybitniejsza, im silniejszy był ten bodziec, względnie, im silniej działał, o ile nie spowoduje zejścia śmiertelnego jeszcze przed wystąpieniem zmian morfologicznych tkanek. Zmiany te mogą również zależeć w dużym stopniu od odczynu samego ustroju i jego sił odpornościowych w chwili zadziałania bodźca toksycznego.

W naszym materiale znaleźliśmy jeden przypadek, który możnaby z pewnem zastrzeżeniem podciągnąć pod działanie toksyn. U dziewczynki 3½-miesięcznej (S. 7 1932) stwierdziłem liczne rozsiane ogniska martwicze w wątrobie, bez jakiegokolwiek udziału samych drobnoustrojów. W poszukiwaniu przyczyny tych ognisk znalazłem w całym ustroju tylko obustronne ropne z. u. śr. W ropy stwierdzono paciorkowce i pątki ropy błękitnej. Klinicznie rozpoznawano zapalenie nerek. W tym przypadku nie można wykluczyć, że klinicznie stwierdzone zapalenie nerek — histologicznie nerki okazały się prawidłowe — i ropne z. u. śr. były sprawami współzależnymi, powstałymi na tle jakiegoś zakażenia ogólnego, którego ślad pozostał chyba w nieznacznie powiększonej, ale silnie przekrwionej śledzionie. Można jednak przypuścić, że czynne i jedyne uchwytnie podczas sekcji ognisko ropne w u. śr. podtrzymało pewien stan zatrucia (którego wyrazem klinicznym był białkomocz i składniki upostaciowane w moczu), aż spowodowało zejście śmiertelne, uszkadzając ciężko miąższ wątroby. Z tem zastrzeżeniem przypadek powyższy mógłby być dowodem anatomicznym, że ropne zapalenie u. śr. może wywołać nie tylko zakażenie krwi (bakterjemję), lecz także zatrucie toksynami (toksemję).

Należy podkreślić, że i w moim materiale sekcyjnym zapalenie ucha środkowego dotyczyło przeważnie niemowląt wątłych, o lichem odżywianiu

W n i o s k i.

1) R. z. u. u niemowląt może mieć przebieg jawny, utajony i bezobjawowy. Ta ostatnia postać została w naszym materiale stwierdzona w 43,5% przypadków. Znaczenie kliniczne i związek spraw bezobjawowych ze stanami intoksykacji u niemowląt nie są dotychczas wyjaśnione. W naszych spostrzeżeniach brak nam przekonujących dowodów zależności intoksykacji od utajonej lub bezobjawowej sprawy usznej. Dowodem takim byłby przedewszystkiem pomyslny wynik antrotomji w ciężkich stanach intoksykacyjnych. Brak uchwytnych wskazań oraz niepomyślne wyniki tego zabiegu u młodych niemowląt były przyczyną małej

liczby wykonanych antrotomij w utajonych postaciach z. u. i wyrostka sutk. w naszym materiale.

2) Metody pomocnicze są w rozpoznaniu utajonych spraw usznych bez znaczenia. Z objawów klinicznych do najważniejszych i najstarszych zaliczamy objawy oponowe i spastyczność ogólną; mniej stałe są zmiany zapalne w płynie m. rdz.

3) Ogólne zakażenia pochodzenia usznego mogą przebiegać bez zajęcia zatok.

4) Wszelkie postaci ogólnego zakażenia usznego mogą dawać objawy kliniczne zapalenia opon (sekcyjnie może nie być zmian w oponach); w wielu przypadkach o rozpoznaniu i o zabiegu operacyjnym decyduje nie stan uszu, lecz objawy ogólne.

5) Ze spostrzeganych przez nas powikłań r. z. u. w 2-ch tylko przypadkach powikłanie wystąpiło w przebiegu sprawy usznej przewlekłej; pozostałe przypadki dotyczyły spraw ostrych.

6) Z obserwacji operowanych przypadków wynika, że lekka narkoza ogólna nie wywiera zbyt ujemnego wpływu na przebieg pooperacyjny, nie ma więc powodu do jej zarzucania. W znieczuleniu miejscowym operować należy przypadki ze stwierdzonymi zmianami w płucach oraz dzieci bardzo wyniszczone.

PIŚMIENNICTWO.

Brennemann. Journ. Am. Med. Assoc. T. 27 (1931). Brokman i Gleichgewichtowa Brokman i Bussel, Warsz. Czas. Lek. T. 10 (1933). Denker-Kahler, Handbuch d. Ohrenheilk. T. II, Druss, Am. Journ. of Dis. of Childr. T. 43 (1932), Finkelshtein, Lehrbuch d. Säugl. krankh. i Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung T. 19 (1928). Gumiński, Monogr. z dziedz. pedj. Györgi, Arch. f. Kinderh. T. 100 (1933). Grünfelder, Zeitschr. f. Kinderh. T. 51 (1929). Hottlinger, Monatsschr. f. Kinderh. T. 30 (1925), Hofer, Jahrb. f. Kinderh. T. 91 (1933). Koenigsberger i Musliner. Klin. Woch. T. 9 (1930). Koenigsberger i Trepel. Klin. Woch. T. 11 (1932). Meyer, L. Kinderärztl. Prax. T. I. Meyer, M. D. Ohrenkrakh. d. Kindes i Folia oto-laryng. T. 21 (1931). Michalowicz. Pedj. Polska, T. 13 (1933). Moreau, Rendu i, Ann. d. malad. de l'oreille 1926. Rokay, Zeitschr. f. Kindsch. T. 44 (1927). Sokolow. Zeitschr. f. Kinderh. T. 54 (1932) i Zurn. porann. dietsk. vozr. T. 12 (1932). Wasowski. P. przegl. otol.-laryng. T. 6 (1929). Wihart, Journ. Am. Med. Assoc. T. 95 (1930). Wittmack w. Henke-Lubarsch. Handb. d. ges. path. Anat. u. Histol. T. 12 (1926). Wotziko. Folia oto-laryng. T. 21 (1931).

Z klinik, szpitali i pracowni

Z oddziału III-B Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

(Ordynator: Dr. Wł. Starkiewicz).

Przypadek przewlekłego zakażenia wieloogniskowego prątkiem paracoli *).

Podał

Dr. J. EISENFARB (Warszawa).

Znaczenie prątka okrężnicy jako czynnika chorobotwórczego w patologii ludzkiej, zostało w właściwy sposób ustalone stosunkowo późno. Najpierw wykryto jego wielkie znaczenie chorobotwórcze w schorzeniach dróg żółciowych i moczowych, przyjmując sposób zakażenia wyłącznie wstępujący. Z czasem, dzięki rozwojowi praktyki posiewów ze krwi oraz coraz częstszego stwierdzania prątków okrężnicy w moczu, zupełnie jasnym i jałowo zebrany, ustaliło się przekonanie, że często mamy jednak do czynienia z zakażeniem zstępującym, krwiopochodnym, z punktem wyjścia w przewodzie pokarmowym. Przyczem, jak wykazały prace doświadczalne i kliniczne ostatnich lat kilkunastu, szczególnie autorów francuskich z Heitz-Boyerem, Des Georges, Antoinem i inn. na czele, zakażenie krwi prątkiem okrężnicy występuje nie tylko w postaci ostrych, ciężkich schorzeń przewodu pokarmowego, pęcherzyka żółciowego, dróg żółciowych i moczowych, lecz również — znacznie nawet częściej — w postaci spraw, przewlekłe i łagodnie przebiegających.

Prątek okrężnicy, żyjący zwykle jako saprofit w jelitach, może w pewnych warunkach przejść przez śluzówkę jelitową do limfy i krwi, powodując przejściowe, ale stale z jelit odnawiane, przewlekłe zakażenie. Ta bakterijemja o drobnoustroju mało zjadliwym, którego przewaźnie nie udaje się wyhodować ze krwi, może, podobnie jak zakażenie ostre prątkiem okrężnicy, wywołać schorzenia całego szeregu narządów, nie tylko

wątroby, dróg żółciowych i moczowych — głównych miejsc wydzielania się drobnoustrojów ze krwi, — lecz również i płuc, skóry, stawów i t. d.

Podczas gdy zakażenie prątkiem okrężnicy ran, szczególnie w okolicy odbytu i narządów płciowych, nie należy do rzadkości, to zakażenie tkanki podskórnej ze krwi oraz stawów spotyka się rzadko.

Podobnie, jak prątki okrężnicy, mogą się zachowywać i inne drobnoustroje jelitowe, jak: *b. enteridis*, *paracoli* i t. d. Prątek okrężnicy pospolity stanowi jednak 80 — 90% przypadków przewlekłej „*Colibacillosis*”.

Gilbert i Lion nazwali prątkami *paracoli* — prątki, które, w odróżnieniu od pospolitych prątków okrężnicy, wykazują brak pewnych cech charakterystycznych, jak np: rozszczipianie cukru mlecznego, tworzenie indolu lub niezmiennianie czerwieni neutralnej.

Przypadek nasz zasługuje na uwagę ze względu na wielorakość zespołów jelitowo - tkankowych, niezwykłość pewnych powikłań oraz z powodu względnej rzadkości typu bakteryjnego, jako źródła infekcji.

Chora, lat 59, zgłosiła się na oddział dnia 20.10.1933 r., podając, iż od 10 miesięcy leczy się na cukrzycę. W ciągu 3-ch miesięcy przebywała w innym szpitalu, i tu wystąpił obrzęk i ból w prawym kolanie, tak, że zginała je z trudem i przestała chodzić. Przez kilkanaście dni miała wysoką gorączkę, dochodzącą do 38 — 40°. Jednocześnie zjawił się na przedniej powierzchni uda, 20 cm ponad kolaniem, ropień, który po opróżnieniu, wygoił się w kilka tygodni. Obrzęk kolana również się zmniejszył, ale bóle i ograniczona ruchomość nie ustąpiły.

W tym stanie wypisała się ze szpitala.

W trzy tygodnie potem zaczęło się tworzyć na przedniej powierzchni klatki piersiowej, nad siódmym żebrem prawym nieco bolesne wygórowanie, które stopniowo doszło do wielkości jaja kurzego, o wyglądzie podobnym do ropnia na udzie.

*) Przypadek, przedstawiony na posiedzeniu klinicznym Szpitala Dzieciątka Jezus dnia 7.XII.1933 r.

Po sześciotygodniowym pobycie w domu zapisała się na nasz oddział ze skargami na ból w kolanie i niemożność chodzenia, na guzowatość na klatce piersiowej oraz zaburzenia cukrzycowe, które nie ustąpiły pomimo stosowania insuliny w szpitalu (2 razy dziennie po 20 jednostek) i w domu (raz dziennie po 15 jednostek). Skarg ze strony narządów oddechowych i krążenia niema. Bólów samoistnych brzucha niema. Apetyt dobry, stolce zaparte. Mocz oddaje prawidłowo, bez żadnych dolegliwości. Czasem miewała bóle krzyża. Ostatni perjod w wieku lat 40. Rodziła 12 razy. Uplawów nie ma.

Stan obecny: Chora wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywiania dobrego, śluzówki i skóra bladawe, gruczoły chłonne niemacalne, tarczycza niepowiększona. Język wilgotny, nieobłożony. Uzębienia brak. Gardziel lekko zaczerwieniona, migdałki dość duże. Stan bezgorączkowy. Tętno — 88', miarowe. Oddechów — 20'.

Klatka piersiowa normalnie wysklepiona, wykazuje na przedniej powierzchni wzdłuż VII-go prawego żebra, na linii sutkowej, guzowatość, wielkości jaja kurzego, nieruchomą, zrosniętą z podłożem i ze skórą, skóra napięta, sino — czerwona; wyczuwa się lekkie chelbotanie, brak białego punktu na powierzchni guza.

Plaça zmian patologicznych nie wykazują. Granice serca: poza lewą granicą na linii sutkowej lewej — prawidłowe. Akcja serca miarowa, tony czyste, głuchawe. Ciśnienie: Mx. 130, Min 85.

Brzuch: miernie wysklepiony, powłoki wiotkie. Wątroba wystaje na 2½ palca z pod łuku żebrowego; brzeg tępy, równy, nieco bolesna w okolicy pęcherzyka żółciowego. Sledziona niemacalna. Lekka bolesność w punkcie M a c — B u r n e y a oraz okolicy kątnicy. Punkty przypękowe niebolesne. Uderzenie w okolice nerkowe niebolesne. Kończyny dolne obrzęków nie wykazują. Staw kolonowy prawy wykazuje lekki obrzęk naokołostawowy, bolesny przy obmacywaniu, znaczny przykurcz prawego podudzia; ruchy czynne i bierne w tym stawie znacznie ograniczone i wywołują bóle.

Układ nerwowy bez zmian patologicznych. Badania moczu wykazało: C. g. 1008, B — 0,12%, C — 0,8%. Acet. Urobilina, urobilingan i indykan w normie.

W osadzie bardzo liczne leukocyty zasiewają pojedynczo i w skupieniach całe pole widzenia. Pojedyncze krwinki co kk. p. w. Waleczków nie znaleziono.

Badanie morfologiczne krwi wykazało: Hb — 65%, Erytroc. — 2.840.000, Leukocytów — 5.800.

Hemogram.	E	B	My	Met	P	S	I	Mo
	3	0	0	0	3	58	30	6

Cholesteryny we krwi 1,5% (met. G r i g a u t). Odczyn W a s s e r m a n n a — ujemny.

Gonoreakcja — ujemna.

Badanie stolca: makroskopowo, ani mikroskopowo cech patologicznych nie wykazuje. Jaj pasorzytów nie stwierdzono.

Ze względu na nietypowe zabarwienie guzowatości nad prawem siódmym żebrzem i brak charakterystycznej dla czyraka główki nasuwało się podejrzenie, czy nie mamy tu do czynienia z naciekiem, ewentualnie ropniem innego pochodzenia. niż gronkowcowego, tak pospolitego w cukrzycy. Cechy zewnętrzne i umiejscowienie guzowatości mogły nasunąć podejrzenie gruźlicy, bądź promienicy. Przeprowadzono przeto nakłucie próbne tej guzowatości. Wydobyto 3 cm³ gęstego płynu ropnego, o kolorze brunatnym, który przy badaniu mikroskopowym wykazał obecność pałeczki gramujemnej. Posiew zaś z wydobytej ropy dał prątek nieruchomy, który

ponadto w pierwszych przeszczepieniach nie rozkładał cukru mlecznego, przedstawiając pozatem wszystkie inne cechy prątka okrężnicy pospolitego. Zaliczono go przeto do kategorii *paracoli*.

Z moczu chorej, zebranego jałowo, wyhodowano również ten sam prątek.

Przeprowadzone dwukrotnie zglebnikowanie dwunastnicy nie udało się z powodu niechętnego stosunku chorej do tego zabiegu. Obecność jednak tegoż zarazka w pęcherzyku żółciowym, sądząc z obrazu klinicznego, nie ulega żadnej wątpliwości.

Surowica krwi chorej aglutynuje wyhodowane prątki w rozcieńczeniu 1/600, natomiast surowica tyfusu i paratyfuszów A, B, i C aglutynacji z temi prątkami nie daje.

Posiew ze krwi chorej na żółci i buljonie dał wynik ujemny.

Zdjęcie rentgenowskie prawego kolana wykazało: odwapnienie wszystkich kości stawu kolanowego. Rzepka wykazuje nierównomierne przewapnienie i nieostrość konturów, zwłaszcza dolnych.

Biorąc pod uwagę, iż główną przyczyną powstawania „*Colibacillosis*” są, jak to dowiodły liczne prace H e i t z — B o y e r a, J. Ch. R o u x, D e s g e o r g e a, G. D u r a n d a i B i n e t a i in., niedomoga czynnościowa jelit, albo na tle mechanicznym (*ptosis, flexura, zrosty i t. p.*, dotyczące głównie prawej połowy jelita grubego), albo na tle zaburzeń wydzielniczych soku kiszkiowego, trzustkowego, ewentualnie żółci, lub też na tle zakażeń jelitowych, dotyczących szczególnie jelita grubego (*appendicitis*) i wreszcie na tle obrażeń śluzówki jelitowej (pasorzyty kiszkiowe, przemywania jelitowe, drastyczne środki przeczyszczające i t. p.), należało ustalić, czy i z jaką sprawą patologiczną przewodu pokarmowego tu mamy do czynienia. Wywiady, przebieg kliniczny oraz badania przedmiotowe i pracowniane pozwoliły wyłączyć ostatnie trzy przyczyny; natomiast duża bolesność okolicy kątnicy i 12 przebytych porodów kazały przypuszczać, iż punktem ciężkości sprawy są zaburzenia czynnościowe kątnicy na tle mechanicznym. Badanie rentgenowskie przewodu pokarmowego potwierdziło to przypuszczenie.

Wykazało ono: „*gastroenteroptosis majoris gradus*. Przechodzenie treści z jelit do kątnicy bardzo wolne... Zaleganie w kątnicy... Całość badania przemawia za obecnością przeszkody w przechodzeniu treści w okolicy kątnicy”.

Na podstawie powyższych danych należy określić nasz przypadek jako zakażenie przewlekłe prątkiem *paracoli* z wielorakością zespołów: kiszkiowo - nerkowym, kiszkiowo - wątrobowo - pęcherzykowym, kiszkiowo - skórnym i kiszkiowo - stawowym.

Co do tego ostatniego, nie mamy wprawdzie bezpośredniego dowodu, gdyż chorej w okresie ostrym nie obserwowaliśmy i przeto punkcji stawu wykonać nie mogliśmy. Jednakże obraz kliniczny, rentgenowski i serologiczny, wyłączając możliwość schorzenia stawu wszelkiego innego pochodzenia, jak: gruźlica, kiła, rzeżączka, dna i t. d., upoważniają do wniosku, że i schorzenie stawu kolanowego było tegoż pochodzenia, co inne stwierdzone zespoły.

W przebiegu klinicznym uderza łagodność przejawów zakażenia, mimo poczwórne umiejscowienie, oraz stan bezgorączkowy chorej przez cały niemal czas obserwacji szpitalnej.

Umiejscowienia wątrobowe i nerkowe nie dają u naszej chorej żadnych objawów podmiotowych i zostały wykryte dopiero przy dokładnym badaniu przedmiotowym.

Umiejscowienie skórne i stawowe również przebiegają dość łagodnie: ropień po opróżnieniu goi się, a chory staw

pod wpływem masażu znacznie się poprawił, tak, że chora obecnie może go zginać i próbuje chodzić.

Możliwe, iż na poprawę kolana wpłynęło w pewnym stopniu leczenie auto - szczepionką, którą stosowaliśmy domięśniowo co II-gi dzień przez trzy tygodnie, w ilościach od 1/4 do 2-ch miliardów. Natomiast na inne umiejscowienia zakażenia stosowanie auto - szczepionki nie wywarło, według naszej obserwacji, żadnego wpływu (ropa z moczu nie znikła, ropień się nie goił).

Brak działania pomyślnego szczepionki zaznaczają, zresztą, w odpowiednich przypadkach, wspomniani powyżej autorzy. Nie wyłączam nawet, że stosowanie autoszczepionki przyczyniło się, raczej, do pewnego pogorszenia stanu chorej, gdyż pod koniec okresu leczenia wystąpiły u niej, w odstępach kilkodniowych, dwa wzniesienia gorączkowe, dochodzące do 38,5° z wymiotami i bólami w okolicy nerek, które ustąpiły po zastosowaniu zastrzykiwań dożylnych urotropiny.

Większe znaczenie lecznicze, według wspomnianych autorów, ma mieć stosowanie szczepionki doustne.

Ze względu na przypuszczalną stałą reinfekcję krwi z jelit, poza leczeniem umiejscowień tkankowych, zdaniem naszym, dążyć należy do usunięcia źródła reinfekcji, a więc do naprawy zaburzeń czynnościowych jelit. W przypadkach niechirurgicznych zastosować tedy właściwe zalecenia dietetyczne, sprawdzić i ewentualnie usunąć obecne pasorzyty jelit.

towe, pilnie baczyć na regulowanie wypróżnień i dezynfekcję jelit.

Heitz-Boyer opisuje liczne przypadki, w których, po wielu latach ciężkich cierpień, pomimo wszelkiego rodzaju leczenia miejscowego i ogólnie odkażającego nie osiągnano poprawy, a dopiero po zastosowaniu właściwego leczenia kiszkiowego następowało uleczenie również umiejscowień wtórnych.

W przypadkach ze zmianami anatomicznymi (zrosty, zagięcia i t. d.), oczywiście, pozostaje odpowiedni zabieg operacyjny (*coccopexia*, *appendectomy* i t. p.), którym nieraz uzyskuje się rychle wyleczenie.

Zastrzec należy, że leczenie internistyczne zaburzeń żołądkowo - kiszkiowych prowadzić należy dla otrzymania pożądaných wyników wytrwale w ciągu długich miesięcy.

PIŚMIENNICTWO.

1) E. Antoine. Le Journ. méd. fran. Nr. 3. 1930. 2) Aine. Ibidem. 3) P. Desgeorges. Ibidem. 4) P. Desgeorges. Le Monde Méd. N. 689. 1926. 5) Idem et Ibidem N. 819. 1932. 6) G. Gurand et. M. Binet Le Jour. med. fr. N. 3. 1930, 7) Heitz — Boyer. Le Journal. méd. fr. N. 5. 1922. 8) W. Kolle i H. Hetsch. Bakterjol. Urb. i Schwarz. 1922. 9) J. Ch. Roux. Le Journ. méd. fr. Nr. 5. 1922. 10) F. Widál i A. Lemière. Colibacillose w Nouv. Traité de Méd. 1922. Masson.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY pod kierunkiem M. GANTZA. Streszczenia zbiorowe i poglądowe

Odporność i alergja w gruźlicy *).

Podał

A. DAWIDSON (Warszawa).

Pierwotne pojęcie alergji Pirquet'a zostało przez późniejszych badaczy zmienione, i każdy z nich w inny sposób ujmował zarówno pojęcie alergji, jak i odporności, w zależności od tego, czy doszukiwał się w tych zjawiskach biologicznych celowości, czy nie. Konieczność sprecyzowania pojęć alergji i odporności w gruźlicy i dążenia do ich ustalenia omawiają Michalowicz i Popowski (alergja a stany odporności w gruźlicy płuc. Gruźlica 1931 Nr. 5). Wzajemny stosunek tych dwóch przejawów biologicznych zakażenia gruźliczego, alergji i odporności i ich znaczenie w przebiegu gruźlicy, pomimo bardzo licznego materiału doświadczalnego i ogromu nagromadzonych spostrzeżeń klinicznych, nie są dotychczas jednomyślnie ujmowane nawet przy uzgodnionej definicji tych pojęć.

Cały szereg poważnych badaczy, opierając się na materiale doświadczalnym, jest zdania, że alergja jest wyrazem dwóch czynników, napozór między sobą sprzecznych, mianowicie: infekcji z jednej, odporności, conajmniej względnej, z drugiej strony. Niema alergji bez infekcji, niema alergji bez odporności. Niemniej poważny odłam badaczy, nie kwestjonując wartości odporności nabytej, stoi na stanowisku, że alergja jest tylko wyrazem przebytej infekcji, nie jest natomiast manifestacją odporności. Wreszcie są tacy, którzy odporności nabytej wogóle nie przypisują żadnej

roli, a na pierwszy plan wysuwają oporność naturalną.

Pozwolę sobie wymienić tylko najcharakterystyczniejsze i najbardziej przekonujące doświadczenia na zwierzętach i spostrzeżenia kliniczne, na których jedni i drudzy się opierali. Przedewszystkiem należy wykazać, czy infekcja gruźlicza powoduje alergję i czy wytwarza odporność.

Decydującą rolę w tem zagadnieniu odegrał podstawowy eksperyment Roberta Kocha, który pierwszy opisał odmienne zachowanie się zwierzęcia przy pierwszej i wtórnej infekcji gruźliczej. Jeśli zaszczepić zdrowej śwince morskiej czystą hodowlę laseczników gruźlicy, to ranka z początku zasklepia się i goi, i dopiero po 10—14 dniach powstaje twardy guzek, który się rozpada i tworzy owrzodzenie, nie mające tendencji do gojenia się. Sąsiednie gruczoły obrzmiewają, ostrych objawów ogólnych brak, prątki utrzymują się tygodniami i rozmnażają się. Zupełnie inaczej przebiega to szczepienie u świnki już gruźliczej. szczepionej najlepiej 4-6 tygodni przedtem: już następnego lub 3 dnia wśród gwałtownych objawów ogólnych skóra w miejscu szczepienia i w najbliższem otoczeniu staje się twarda i ciemna, w następnych dniach ulega martwicy, odpada i tworzy owrzodzenie, szybko i trwale gojące się bez zajęcia sąsiednich gruczołów chłonnych; prątki szybko znikają. Na uwagę zasługują doświadczenia Lewandowskiego na świnkach morskich ze względu na uzupełniające badania histologiczne. Przy pierwszym zakażeniu stwierdzał L. niezbyt wyraźnie odgraniczający się naciek o niecharakterystycznej budowie, składający się z leu-

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

kocytów obojętnochłonnych, stałych komórek łączno-tkankowych i nabłonkowatych, nigdy zaś nie znajdował komórek olbrzymich; przy powtórnym zakażeniu—ostro odgraniczone nacieki o budowie tkanki gruźliczej z typowymi komórkami olbrzymiemi. A zatem przy reinfekcji reakcja jest natychmiastowa i burzliwa, ale pożyteczna dla ustroju, gdyż pod jej wpływem giną prątki, i nie wytwarza się nowe ognisko, jak to miało miejsce przy pierwotnym szczepieniu. To odmienne lokalne oddziaływanie świnki przy reinfekcji jest wyrazem alergji; odmienna i korzystna dla świnki reakcja jest skutkiem nabytej odporności.

Biegunowo różne są doświadczenia *Baila*, którymi wykazał ujemny wpływ tej alergji; świnka gruźlicza na zastrzyknięcie dootrzewnowe dużej ilości laseczników gruźlicy (10—100 mgr.) odpowiada natychmiastową śmiercią, anafilaksją; natomiast niegruźlicza na tę samą dawkę na początku nie zdradza żadnych objawów chorobowych i choruje dopiero po tygodniu.

Römer i *Hamburger* dokładnie studjowali zachowanie się świnki morskiej przy pierwszej i wtórnej infekcji i niezależnie od siebie przyszli do tych samych wniosków: infekcja gruźlicza wywołuje przestrojenie ustroju—alergję—i odporność na powtórne zakażenie nieraz pełną, jeśli przy powtarzanej infekcji brane są małe dawki, lub nadwrażliwość, jeśli brane są bardzo duże.

Te doświadczenia demonstrują stan immunobiologiczny u świnek morskich, dotkniętych gruźlicą postępującą. Większą rolę dla patologji człowieka odgrywają doświadczenia na zwierzętach, u których pierwsza infekcja wywołuje nie gruźlicę postępującą, lecz przez długi czas utajoną, jak to ma miejsce u człowieka. Cały szereg badaczy amerykańskich użył do swoich doświadczeń szczepu ludzkiego osłabionego i wypowiedział się w sensie *Römera*, że wytworzona przez pierwsze zakażenie odporność może zostać przełamana tylko przez masywne zakażenie dodatkowe. *Lange* i *Lydtin* wykazali, że, im zjadliwszy zarazek brany był przy pierwotnym zakażeniu, i im dłużej trwał proces chorobowy, tem większa wytwarzała się odporność. Odporność tylko zaznaczona wyrażała się w zahamowaniu skłonności do przerzutów, do szerzenia się sprawy, przyczem u wrót nowej infekcji wykazać można było zespół zmian, przypominający zespół pierwotny; jeśli odporność była większa, nie było zmian ogniskowych. Doświadczenia na świnkach morskich i królikach ze szczepem *B. C. G.* nie były pod względem immunizacyjnym przekonywające. Natomiast doświadczenia *Wilberta* na małpach wykazały, że zakażenie zarazkiem osłabionym, o ile zostaje zwalczane, daje na czas ograniczony wybitną odporność. *Behring* stwierdził, że lasecznik *typus humanus* nie ma własności chorobotwórczych dla bydła, ale stoi w bliskim pokrewieństwie z lasecznikiem chorobotwórczym dla bydła, z lasecznikiem *typus bovinus*. Dlatego też uważać można lasecznik ludzki za osłabiony w stosunku do bydła, i, jeśli to założenie jest słuszne, szczepienie ochronne, bowowakcynacja winna się udać. Zainteresowanie tą sprawą było w swoim czasie w wielu krajach bardzo duże, i wszyscy badacze stwierdzili, że bowowakcynacja lasecznikiem ludzkim

udaje się, ale osiągnięta odporność jest w praktycznym życiu niewystarczająca i w najlepszym razie po roku wygasa; lasecznikiem zaś bydłym osiąga się wprawdzie odporność większą i dłużej trwającą, ale zawsze rozwijała się gruźlica. Słowem, obie drogi do celu nie prowadziły. *Behring* wspólnie z *Römerem* rzucili myśl, aby osiągniętą przez pierwsze szczepienie osłabionymi lasecznikami odporność wykorzystać do następnego szczepienia zarazkiem pełnosilnym (bydłym), ale w praktyce ta myśl nie została zrealizowana.

Wreszcie wymienić należy doświadczenia z zarazkami, sztucznie osłabionymi lub zabitemi. Dodatnie wyniki niektórych badaczy w tych doświadczeniach należy brać z dużym zastrzeżeniem, gdyż możliwe jest, że przy zabiegach pozostały jednak laseczniki, które nie straciły swych własności chorobotwórczych, a tem samem zdolności do wytworzenia odporności.

We wszystkich tych doświadczeniach na świnkach morskich można próbą *Römera* (doskórnie 0,02 gr. tuberkuliny) wykazać uczulenie tuberkulinowe. Jest ono zatem słabe, występuje zazwyczaj w końcu 2-go tygodnia po infekcji i pozostaje, zmienne w swej intensywności, przez cały czas trwania choroby aż do początku upadku sił odpornościowych; w stadium charłaczem jest ujemne.

Doniosłe znaczenie dla naszego zagadnienia ma fakt, że u świnki morskiej do wywołania odczynu tuberkulinowego niepotrzebne jest konieczne zakażenie lasecznikami żywymi, w pewnych warunkach wystarczą laseczniki zabite lub osłabione, a nawet sama tuberkulina. *Bessau* uczulił zwierzę na tuberkulinę przez wszczęcie dużej ilości laseczników zabitych, *Sata*—samą tuberkuliną, *Much*, *Leschke*, *Wolff-Eisner* i inni—substancjami rozszczepienia lasecznika. Te ostatnie doświadczenia wykazały, że każda wymiana między substancjami ciała prątka i ustrojem zwierzęcym prowadzi do widocznej reakcji skóry na tuberkulinę, że występowanie reakcji tuberkulinowej nie jest związane z życiem lasecznika, ale nie dowodzą, że można organizm uodpornić tuberkuliną lub substancjami ciała lasecznika; można tylko wykazać oddziaływanie na tuberkulinę, ale nie można zwierzęcia takiego zabić tuberkuliną. Do tego potrzebne jest ognisko gruźlicze, którego tuberkulina lub produkty rozszczepienia lasecznika wytworzyć nie mogą. Stopień wrażliwości na tuberkulinę i odporności nie występuje w tych doświadczeniach proporcjonalnie; w świecie zwierzęcym nieraz wrażliwość na gruźlicę i nadwrażliwość tuberkulinowa po infekcji przebiegają odwrotnie proporcjonalnie. Np. u owcy, zakażonej gruźlicą, wytwarza się znacznie większa wrażliwość na tuberkulinę, aniżeli u świnki morskiej. *Römer* podaje, że owca może reagować już na 0,0001 mgr. tuberkuliny.

Robione były też próby uodpornienia i leczenia wyciągami organów zwierząt gruźliczych lub uodpornionych. *Much* i *Leschke* brali do tych doświadczeń mózg, gruczoły chłonne, wątrobę, śledzionę, ale o wyraźnym efekcie nie mówią, *Bail* i *Onaka* zastrzyknęli zdrowym zwierzętom zawiesinę komórkową organów gruźliczych świnki i wykazali nadwrażliwość tuberkulinową, przytem udało się zwierzę zabić tuberkuliną. Po-

dobne doświadczenia przerobili Brokman i Prokopowicz-Wierzbowska, mając na celu stwierdzenie, czy substancje uczulające, będące jedynie w ognisku gruźliczym, zdolne są przejść do krążenia. Posiłowali się wyciągami wodnymi organów gruźliczych ludzkich, przeważnie *ganglion lymphaticum*, otrzymanego na autopsji, i przepuszczali te wyciągi przez sączki Chamberlanda. Tak przygotowanymi wyciągami udało im się uczulić świnkę morską: w końcu 24–48 godzin otrzymywali dodatni odczyn tuberkulinowy, niekiedy z martwicą lokalną. W tych doświadczeniach, być może, rozchodziło się o reakcje typu anafilaksji na białka nieswoiste.

W doświadczeniach na zwierzętach wykazano również wpływ nieswoistych czynników. U królików jednakowo zainfekowanych w zależności od wrodzonej oporności (rezystencji) powstają postaci gruźlicy śmiertelne, uogólnione, bądź też umiejscowione ze skłonnością do wyleczenia. U krów, pozostających pod wpływem szkodliwych czynników w związku z wykorzystaniem ich w życiu gospodarczym, gruźlica przebiega burzliwie, natomiast u tych, które nie są wystawione na te czynniki, potrzebne są duże ilości laseczników, aby krowy zachorowały.

Reasumując, możemy powiedzieć, że z doświadczeń na zwierzętach wynika, iż zakażenie prątkami żywymi wywołuje swoiste przestrojenie ustroju, swoistą alergję, która, zgodnie z pojęciem Pirquet'a, objawia się nieraz przeculicą, nadwrażliwością, nieraz zmniejszoną wrażliwością, czyli pewnym stopniem odporności. Odporność ta nigdy nie jest bezwzględna, jest tem większa, im zjadliwszy był zarazek, czyli im cięższy i dłuższy był proces chorobowy; polega ona na tem, że zwierzę doświadczalne reaguje na powtórny większą dawkę zarazka, która dla zwierząt niezakażonych jest śmiertelna, schorzeniami poronnymi lub przewlekłymi. Wg Uhlenhuth'a odporność ta trwa tak długo, jak długo w ustroju znajdują się prątki żywe, pg. Langegö—póki ognisko gruźlicze jest czynne. Odporność nabyta jest zawsze pojęciem względnem, a nie absolutnem, aczkolwiek w warunkach naturalnych może się wydawać absolutną. Po przebytej np. odrze lub ospie istnieje pełna odporność na świeżą infekcję, ale gdyby dopuszczalny był taki eksperyment teoretyczny, aby zastrzyknąć dużą dawkę zarazka odrzy lub ospy, wystąpiłyby zapewne burzliwe objawy.

Dla powstania i przebiegu gruźlicy niemniej doniosłe znaczenie odgrywa oporność naturalna, wrodzona. Neufeld, Wichmann i inni odrzucają pojęcie odporności nabytej, swoistej i uzależniają zarówno przebieg pierwszego zakażenia, jak i dodatkowego od pierwotnych zdolności obronnych organizmu, od oporności wrodzonej.

Tych danych immunobiologicznych ze świata zwierzęcego nie można jednak przenieść na człowieka, gdyż gruźlica u człowieka przebiega inaczej, niż u zwierząt, zwłaszcza, jeśli idzie o świnkę morską, która zachowuje się biegunowo różnie od człowieka: przy sztucznym zakażeniu jest ona najbardziej wrażliwa, w warunkach naturalnych wyjątkowo mało. I dlatego analogji w stosunku do człowieka z doświadczeń na zwierzętach i tak częstych na świnkach nie wolno przeprowadzać. Miarodajne dla określenia roli oporności i odporności dla człowieka mogą być przede wszystkim spostrzeżenia na materiale ludzkim.

Bardzo cenne są obserwacje epidemjologiczne co do różnicy w oporności i wrażliwości różnych ras ludzkich. W krajach europejskich, gdzie gruźlica jest chorobą endemiczną, ludzie infekują się już we wczesnem dzieciństwie, nie zdradzając najczęściej żadnych objawów chorobowych. Trudno sobie wyrobić pojęcie, jak w tych krajach przebiega pierwsza infekcja u dorosłych. Wg Scheela i Heimbeck'a ludzie infekują się w Norwegji daleko częściej, niż u nas, w późniejszym wieku. Heimbeck podaje, że pielęgniarki, przybyłe na oddział gruźliczy z ujemnym odczynem tuberkulinowym, po 3 latach wszystkie stały się Pirquet+, przyczem tylko $\frac{1}{3}$ wykazała wyraźne objawy chorobowe, lwia zaś część pozostała klinicznie zdrowa. Potwierdzają to statystyki sekcyjne Naeglelego, Burckhardta i Hamburgera: na zwłokach dzieci, zmarłych nie z powodu gruźlicy, wykazać można wzrastającą z wiekiem liczbę przypadków ze zmianami gruźliczemi; po 18 roku życia płuca nigdy nie są dziewicze. Hamburger w poszukiwaniu subtelniejszych metod zwrócił się do reakcyj tuberkulinowych i stwierdził, zgodnie z innymi badaczami, że ujemna próba tuberkulinowa po 10-tym roku życia należy do rzadkości.

Inny jest przebieg gruźlicy u ludów dzikich. Człowiek, pochodzący z kraju wolnego od gruźlicy, gdy dostanie się do środowiska, gdzie gruźlica jest częsta, pada prędko jej ofiarą; jeśli taki osobnik wróci do swego kraju, staje się niesłychanem źródłem zakażenia gruźliczego, które na początku powoduje chorobę o cechach ostrej choroby zakaźnej, łagodniejszej z biegiem lat. Stąd wyciągnięto wniosek, że, im gruźlica jest bardziej rozpowszechniona wśród ludności, tem większa jest odporność i mniejsza śmiertelność i odwrotnie.

Ten fakt, że przebieg choroby u ludów dzikich jest złośliwszy, aniżeli u człowieka, a nawet niemowlęcia europejskiego, poraz pierwszy zainfekowanego, zmusza do przyjęcia, że przy pierwszym zetknięciu się z zarazkiem gruźlicy decydującą rolę odgrywają czynniki konstytucjonalne i dyspozycyjne, czyli oporność wrodzona.

(C. d. n.)

Oceny książek

Prof. F. GIEDROYĆ. **Wiekowe spory o błonę dziewiczą. Studium historyczno-lekarskie.** Wydawnictwo Kasy im. Mianowskiego. Warszawa 1934.

Najwięksi i najwybitniejsi lekarze dawniejsi, mówiąc i pisząc o hymenie i prowadząc zażarte spory tysiącletnie o nim, spierali się o rzeczy najbardziej zasadnicze: czy on wogóle istnieje, czy jest stałą częścią ustroju niewieściego, czy jest dowodem dziewictwa lub utraty panieństwa, czy posiada znaczenie fizjologiczne, czy istnieją stałe i pewne cechy utraty dziewictwa.—Hippokrates i Celsus, Galen i Aretaeus w starożytności nie uważają błony dziewiczej za narząd fizjologiczny i stały, nie wspominają o niej wcale lub mimochodem. Według Oribasiusa błędzą ci, którzy w pochwie podejrzewają istnienie jakiejś delikatnej błonki. Avicenna, uczony arabski, na którym, jak na Arystotelesie i Galenie, opierało się całe średniowiecze, nie zna i nie uznaje tej błony. Te ślady sporu o błonę, sporu, rozpoczynającego się w epoce medycyny starożytnej i okresu arabskiego, znajdujemy roznamienione i rozżarzone w średniowieczu, a zwłaszcza później w 16 i 17 w. Spigelius twierdzi, że, ilekroć badał zwłoki dziewię, znajdował coś w rodzaju błony pochwy, błędnie natomiast identyfikuje ją z *carunculae myrtiformes*. Zamieszanie wprowadza też głośny anatom Riola. Graaf, znawca niewieściech narządów rozrodczych, istnienia błony nie uznaje, gdy Winslow i Morgagni nie mają wątpliwości co do jej istnienia. Jeszcze w 18 w. błakają się niezatarte dawne reminiscencje, odzywają się nieśmiałe głosy powątpiewania, a nawet przeczenia. Jeszcze Gavarad w r. 1800 uważa za stosowne w splachnologji swej podkreślać obecność hymenu i powoływać się na własne doświadczenie prosektoryjne i szpitalne.—Toteż słusznie Giedroyć mówi o państwie hymenu, tego *claustrum virginale* czyli zamku panieństwa, o lekarzach hymenistach i antyhymenistach. — O biologicznej roli hymenu mówiono mniej, a wierzyli nasi bogobojni praojcowie święcie — rządząc się zasadą teleologiczną celowości w naturze — w opiekuńczą troskę natury o nas, o nasze wygody, ozdoby i przyjemności. Istotnie, błona i jej strzępki mirtowe mają służyć podniecającemu zacieśnieniu wejścia do pochwy oraz higienicznemu zabezpieczeniu pochwy od kurzu i zaziębnienia. Różne mistyczne posłannictwa przypisywano błonie i przypisuje lud po dziś dzień. — Praktycznie ważnem jest, że włożono na nią rolę świadka, stwierdzającego dziewictwo, hymen przestał być symbolem, stał się pierwszorzędnym dowodem. U tych narodów, gdzie dziewictwo nie było i nie jest traktowane objętnie, naruszenie jego bez woli dziewczyny poczytywane bywa za obrazę cześci niewieściej, za ciężką zniewagę moralną, która kładzie niezatarte piętno na całe życie, okrywa niezasłużenie hańbą kobietę, wpływa zgubnie na cały jej los. Stąd sprawy o zgwałcenie, fałszywe oskarżenie, sprawy rozwodowe o niedokonane poczęcie i t. p. Jakimi tedy wskazówkami kierowali się lekarze przy rozpoznawaniu dziewictwa w okresie blisko dwa tysiące lat trwających walk i sporów o błonę dziewiczą, o tę błonę, która, zdaniem nowoczesnych przedstawicieli medycyny sądowej (Casper, Liman, Hoffmann, Wachholz), niezawsze decyduje o istnieniu dziewictwa lub rozdziewiczeniu, gdyż znane były dawniej i znane są dziś przykłady zachowania się w całości błony u nierządnic alba u mężatek aż do pierwszego porodu.—Kierowano się więc w dawnych ekspertyzach słusznie i niesłusznie obecnością obowiązkową tej błony, charakterem, wielkością, barwą i konsystencją strzępków mirtowych, krwawieniem przy pierwszym stosunku, bólem niewiasty *in coitu*, zwartością ścian

i wejścia do pochwy, wyglądem piersi, brodawek piersiowych, obecnością mleka w nich, zmianą głosu po utracie cnoty, zapachem skóry, zgrubieniem szyi, jędrnością skrzydeł nosa, zamgleniem oczu, zmniejszeniem się przezroczystości moczu, je-go prądem, siłą ruchu i odgłosem u rozdziewiczonych niewiast. — Rabi Gamliel z Talmudu poleca naiwną próbę, własne *experimentum crucis*, w które mocno wierzy: nad otworem beczki wina posadził mężatkę, a następnie pannę, u pierwszej przez nos i usta wychodził zapach wina, u drugiej zaś nie. W ten sposób przekonał się też (?) u oskarżonej, że była zupełnie bez winy. Takie wonne podkazywanie pochwy chwałą też niektórzy lekarze greccy. Albertus Magnus w 1500 lat później nie o wiele pewniejszą próbę podaje dziewictwa. „Jeżeli chcesz doznać, ażali panna jest zepsowana, zetrzyj na proch lilij żółtoczerwonej i daj jej zjeść na proszek, a jeśli jest zepsowana, zaraz mocz puszcza. Znowu przywieź ją do tego, aby mocz puściła na ciełe małwy, jeżeli staje się sucha, tedy jest zepsowana, albo weź owoc salaty i połóż pod nosem jej, tedy jeśli jest zepsowana, zaraz puści mocz. Jeżeli chcesz wiedzieć, ażali oblubienica twoja jest czysta, weź kamień, który się zowie magnes i jest żelazowego koloru. Połóż pod głowę białogłowy, a jeżeli w swoim stanie czysta jest, tedy małżonka oblapi, jeżeli zaś nie, „zaraz upadnie z łóżka“.—Niewielkie byłoby nieszczęście, gdyby ludzie setki lub tysiące lat wierzyli lub nie wierzyli w błonę i krew dziewiczą, w jej walor rozpoznawczy, w dagnostyczną próbę beczki wina, w żółtą lilję, zieloną salate, w brunatny magnes jako dowody dziewictwa lub niecnoty. Smutniej się robi na duszy, gdy się czyta, że sądy na ekspertów wzywały mocno podejrzanych co do wiedzy cyrulików i lekarzy, na rzeczoznawczyźnie akuszerki, babki więkskie z ludu i lepsze matrony z towarzystwa, które „obmacywaniem, dotykiem i wzrokiem części rodnych obu płci“ rozstrzygały co do gwałtu samego lub zgwałcenia, połączonego z defloracją, wydawali werdykt, kto pod pręgierz, kto na chłostę, kto na rozwód, kto na wieczne wygnanie, kto pod topór katowski. Orzeczenie ostateczne (*superarbitrium*) opierało się, niestety, na poprzednich decyzjach bez ponownego badania. — Tak wygląda w głównych zarysach bodaj czy nie najbardziej wyczerpująca w literaturze monografia historyczno-lekarska o błonie dziewiczej prof. Giedroyca, chlubnie znanego między innymi z dawnej swej pracy „O ekspertyzach w dawnych sądach polskich“ i z najnowszego dwutomowego „Polskiego Słownika Lekarskiego“, epokowego dzieła z historii medycyny polskiej, dojrzałego owocu wieloletnich mozolnych poszukiwań i badań. H. Higier.

DIETETYKA, pod redakcją Prof. Dra J. K. PARNASA (Lwów), Prof. Dra F. MALINOWSKIEGO (Warszawa), Doc. Dra St. KLEINA (Warszawa), Dra L. JUSTMANA (Warszawa) i Mag. Przyrody i Dietetyki Marji MORZKOWSKIEJ (Warszawa), nakładem WARSZAWSKIEJ AJENCJI WYDAWNICZEJ „DELTA“ 1934 r.

Na obszerny, blisko 700-stronicowy tom „Dietetyki“ składają się 3 części. W części I-ej, ogólnej, omówione są ogólne podstawy nauki o żywieniu z uwzględnieniem najbardziej istotnych i aktualnych zagadnień z tej dziedziny, a mianowicie: chemja i fizjologja składników pokarmowych, gospodarka wodna, mineralna i kwasowo-zasadowa w ustroju, istota i znaczenie witamin, podane są liczne tablice, pozwalające obliczyć zapotrzebowanie cieplne ustroju p-g Bana i Harriisa oraz skład poszczególnych pokarmów, ich wartość cieplną, ilość składników mineralnych i witamin i wpływ zakwaszający lub alkalizujący w milirównoważnikach kwasu i zasady, co niezmiernie ułatwia czytelnikowi stosowanie praktyczne wszelkich teoretycznych przepisów

i zasad djetetyki. Ostatni artykuł tej części poświęcony jest związanej, acz wyczerpującej charakterystyce chemicznej, fizjologicznej i podaniu wskazań leczniczych dla najważniejszych rodzajów djet ogólnych, stosowanych tak często w praktyce codziennej — mlecznej, jarzynowej, owocowej, suchej i bezchlorowej. W części II-iej, szczegółowej, omówione są wyczerpująco zasady postępowania djetetycznego w poszczególnych schorzeniach i zespołach chorobowych z uwzględnieniem właściwie całej patologii ludzkiej i z podaniem szczegółowych przepisów i składu różnych rodzajów djet tak, jak to należy przeprowadzać w praktyce. Oczywiście, że w krótkiej notatce sprawozdawczej niepodobna pobieżnie nawet omówić całkowitego zawartego w części tej materiału. Dzieło zbiorowe, jakim jest „Dietetyka”, której każdy niemal z licznych działów, stanowiących jakby oddzielną całość, pisał inny autor — specjalista w danej dziedzinie, stanowi o tyle korzystną formę, iż z konieczności bardziej szeroko i wszechstronnie ujmuje sprawę, dając odbicie poglądów i idei całego szeregu osób, zajmujących się danym zagadnieniem. Z drugiej jednak strony przy najstarszej nawet redakcji trudno jest nie raz tak scharmonizować poszczególne cegiełki, ażeby uniknąć pewnych, drobnych zresztą, sprzeczności pomiędzy poszczególnymi artykułami oraz nadać dziełu tę zwartość i jednolitość konstrukcji, jaką posiada zwykle praca jednego autora. Nie wpływa to jednak zupełnie i nie przeszkadza, ażeby książka niniejsza czytana była od pierwszej do ostatniej strony z żywą i prawdziwą przyjemnością i niesłabnącym zainteresowaniem przez wszystkich — zarówno lekarzy, jak i laików. Niezmiernie życiowe, praktyczne, a jednocześnie stojące całkowicie na wysokości współczesnej wiedzy i oparte na ostatnich

zdobyczach fizjopatologii, chemii organicznej i fizycznej po-
dejscie do tematu, żywy, płynny i dostępny dla wszystkich —
nawet bez specjalnego przygotowania lekarskiego — język,
dobra korekta, przejrzysty układ oraz staranna szata zew-
nętrzną (doskonały papier, wyraźny i przyjemny dla oka
druk) stanowią wielką zaletę omawianego dzieła. Niezmiernie
interesujące i cenne uzupełnienie tomu stanowi część III-a,
traktująca o sprawach, które dotąd niezawsze były docenia-
ne przez większość lekarzy, nawet blisko stykających się z za-
gadnieniami praktyki djetetycznej, i osób, które z tytułu swe-
go zawodu, czy warunków (pielęgniarki szpitalne, zarządzające
kuchnią w szpitalach i sanatorjach) zmuszone były do bez-
pośredniego wprowadzania w czyn zarządzeń djetetycznych
lekarzy. Mowa tu o naukowym uzasadnieniu samej techniki
przyrządzania pokarmów przy uwzględnieniu wszelkich da-
nych, dotyczących chemii składników pokarmowych, jak i fi-
zjologii trawienia, którym poświęcona jest właśnie omawiana
tu część III-a. Bardzo ważny, choć nieco, być może, zbyt sche-
matycznie potraktowany rozdział o organizacji kuchni szpi-
talnej i układaniu jadłospisów — tej niezmiernie ważnej
i aktualnej sprawy obecnie, kiedy na terenie wszystkich szpi-
tali miejskich w Warszawie odbywa się praca nad reorgani-
zacją zaniedbanej dotąd dziedziny — kuchni djetetycznej,
kończy tę prawdziwie wartościową i piękną książkę, którą
zaczęłam czytać z obowiązku sprawozdawcy, ale już po pierw-
szych kilku kartkach czytałem z najwyższym zainteresowa-
niem, przyjemnością, a co najważniejsze — z wielką korzyścią.
Wydawnictwu „Delta” należy się szczerza wdzięczność za wzbog-
acenie polskiego piśmiennictwa naukowego tem niezmiernie
cennym dziełem.
M. F e j g i n.

Wskazówki praktyczne

K r i t s c h e w s k i, W e i n i P i n e s przekonali się, że *derywat antymonu Stibosan zabija krętki blade* nie tylko w ustroju królika, ale również i myszy i człowieka. Stąd uzasadniona jest możliwość wprowadzenia derywatów antymonu do lecznictwa kily. Intensywność efektu leczniczego Stibosanu w terapii kily człowieka nie ustępuje bismutowi, a może go nawet przewyższa. (Kl. Woch. 1934, N. 7).

—o—

Badania P e l l e r a ustaliły, że *wyluszczenie migdałków* usuwa czynnik hormonalny, hamujący wzrost, rozwój klatki piersiowej i rozrastanie się całego ustroju. (Kl. Woch. 1934, N. 8).

—o—

Isalon, derywat efedryny, według badań H a n d o w s k y e g o, jest dobrym środkiem *przeciwastmatycznym*. W porównaniu z efedryną posiada silniejsze działanie przeciwkurczowe w stosunku do oskrzeli i jest o połowę mniej trujący. Wpływ na ciśnienie krwi w dawkach leczniczych jest niewielki i bez znaczenia. (M. m. W. 1934, N. 9).

—o—

W *schorzeniach zapalnych nerek u dzieci* poleca G l a n z m a n n *lemoniady z cukrem gronowym i djetę owocowo-jarzynową* oraz żółtko jajka obok ścisłego unikania białka i soli. (Schweiz. med. Woch. 1934, N. 3).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dnia 10.X r. 1933-go.

Początek godzina 20-ta.

Obecnych członków T-wa — 50.

Wprowadzonych gości — 58.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 3.X. r. b. przyjęto.

2. Kol. Prezes zawiadomił zebranych o śmierci dra C i a g l i Ń s k i e g o, członka Tow., zebrani uczcili pamięć zmarłego powstaniem z miejsc i jednodominutową ciszą.

3. Kol. P r e z e s odczytał wykaz prac nadesłanych do Biblioteki T-wa.

4. Kol. L a n d a u A., członek T-wa i kol. H e l d J.

wygosili odczyt p. t.: „*Postacie kliniczne kily żółdka*“ (streszczenie własne).

Autorzy odróżniają następujące postaci kily żółdka:

1) Nieżyt kilowy żółdka pochodzenia bądź toksycznego, bądź naskutek bezpośredniego zadziałania krętków na błonę śluzową żółdka.

2) Owrzodzenie kilowe żółdka, powstające bądź na tle rozpadającego się kilaka (*gumma exulcerans*), bądź na tle poprzedzającego nieżyty kilowej śluzówki (*gastritis ulcerosa*), bądź na tle zmian naczyniowych natury kilowej w ścianie żółdka, lub też zmian w układzie nerwowym i wegetacyjnym.

3) *Linitis plastica luetica*, czyli marskość i zwłóknienie całego żółdka. Postać ta jest zejściem formy nacieczeniowej t. zw. „infiltration sclerogommeuse“.

4) Zmiany pokilowe w żołądku, stanowiące zejście jednej z postaci poprzednich; chodzi tu o zniekształcenia, przebiegi naskutek zmian bliznowatych całego, lub części żołądka, zrosty okołożołądkowe i t. p. Postaci te zazwyczaj nie poddają się już kuracji swoistej, stanowiąc raczej wskazanie do zabiegu chirurgicznego.

W rozprawach przemawiali: Kol. Mikulowski Wl., Orłowski W. i Landau A.

5. Kol. Roguski J., członek T-wa, omówił „Badania nad kwasem mlecznym we krwi ludzi w różnych stanach chorobowych” (streszczenie własne).

Prelegent badał zachowanie się kw. ml. we krwi naczo, w warunkach całkowitego spokoju oraz po obciążeniu doustnym 50% glukozy.

Badania jego ustaliły poziom krzywej laktacidemicznej w stanie normalnym ustroju oraz w szeregu stanów chorobowych, a w pierwszym rzędzie w przewlekłej niewydolności krążenia.

Tylko w bardzo ciężkiej niewydolności krążenia, szybko kończącej się śmiercią, przebieg krzywej laktacidemicznej wykazuje pewne odchylenia od normy. Niewydolność krążenia lekkiego i średniego stopnia wykazuje krzywe laktacidemiczne w granicach normy.

Wielkie nowotwory złośliwe powodują bardzo wysoki poziom krzywej glikemicznej przy umiarkowanej krzywej laktacidemicznej.

Cukrzyca przy bardzo wysokiej krzywej glikemicznej wykazuje umiarkowaną krzywą laktacidemiczną. Tylko ciężkie postaci cukrzycy z acetonurją powodują wzmocnienie się zawartości kw. ml. we krwi.

Stosunek krzywej glikemicznej do laktacidemicznej jest odwrotny w cukrzycy i nowotworach złośliwych wielkich rozmiarów.

Niedokrewność nie jest dostateczną przyczyną do wywołania hiperlaktacidemii.

W chorobach nerek, nawet przebiegających z mocznicą, krzywa laktacidemiczna jest prawidłowa lub nawet nieco niższa niż w normie.

W hipertyrozach przebieg krzywej laktacidemicznej jest prawidłowy, przy zwykle wyższym poziomie krzywej glikemicznej.

Choroby wątroby przebiegają naogół z prawidłową krzywą laktacidemiczną. Ciężkie stany chorobowe w okresie agonalnym charakteryzują się dużym poziomem kw. ml. we krwi co zdaje się nie zależeć od zasadniczej sprawy chorobowej.

Ostre zatrucia pochodnymi kwasu barbiturowego oraz tlenkiem węgla wywołują znaczną hiperlaktacidemję.

Badanie zawartości kw. ml. w płynach wysiękowych i przesiekowych może być pomocnym czynnikiem dla odróżnienia przesieku od wysięku.

W rozprawach przemawiali: Kol. Orłowski W., Wierzychowski, Apfelbaum i Roguski.

Prezes: L. Paszkiewicz.
Sekretarz Doroczny: K. Chodkowski.

Posiedzenie z dnia 17 października 1933 r.

Początek o godzinie 20-tej.

Obecnych członków T-wa — 50.

Wprowadzonych gości — 35.

1. Protokół posiedzenia z dnia 10.X.1933 r. przyjęto.

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

3. Kol. Sekretarz Stały wygłasza wspomnienie pośmiertne o s. p. Stanisławie Kopezyńskim, Maksymiljanie Flaumie i Adamie Ciągłińskim.

4. Kol. Rutkowski J. i Laskowski J.

(członkowie T-wa) — przedstawiają „Dwa przypadki guzów wychodzących z tarczyc dodatkowych”.

W rozprawach przemawiali: Kol. Kryński L. i prelegenci.

5. Kol. Fidler A., członek T-wa, wygłasza odczyt p. t. „Studia nad zachowaniem się niektórych katjonów we krwi ze szczególnym uwzględnieniem przewlekłej niewydolności krążenia”. (Streszczenie własne).

Celem wyjaśnienia wzajemnego stosunku wapnia, potasu, magnezu i sodu we krwi przedewszystkiem w przewlekłej niewydolności krążenia, prelegent wykonał 723 określenia, oznaczając: 1) wapń w osoczu, 2) potas w surowicy, krwinkach i krwi całkowitej, 3) magnez w osoczu, krwinkach i krwi całkowitej oraz 4) sód w surowicy.

Na podstawie tych badań prelegent dochodzi do następujących wniosków ogólnych: 1) u chorych z przewlekłą niewydolnością krążenia oraz u chorych na nerki w okresie ich niewydolności, spotyka się dość często zaburzenia w zawartości wapnia, potasu i magnezu we krwi, przy czym obecność tych zaburzeń może być pierwszym uchwytym objawem rozpoczynającej się niewydolności; 2) w przypadkach nadczerwności tarczycy oraz dychawicy oskrzelowej spotyka się dość często zmiany w poziomie wapnia, a zwłaszcza potasu i magnezu we krwi. Obecność tych zmian może być pierwszym pracownianym objawem nadczerwności tarczycy, 3) w przypadkach nowotworów złośliwych spotyka się naogół spadek magnezu i sodu we krwi, 4) w niedokrewnościach poza zaburzeniami w poziomie magnezu, uderzają częste zmiany w zawartości potasu we krwi.

W rozprawach przemawiali: kol. Apfelbaum E., Gorecki i Fidler.

6. Kol. Chmielewski, wygłasza odczyt p. t.: „Leczenie gośca i nerwobólów szczepionkami metoda Ponn-dorfa oraz wstrzykiwaniami siarki kolloidalnej” (drukowane było w „Warsz. Czas. Lek.”. 1934).

W rozprawach przemawiali: Kol. Reichert E., Higier H., Orłowski W. i Chmielewski.

Posiedzenie zamknięto o godz. 22 minut 55.

Prezes L. Paszkiewicz.

Zastępca Sekretarza Doroczny: M. Kruszówna.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Genewie z dnia 14 grudnia 1933 r. (Praxis N. 1, 1934) Stephani Cherbulez pokazywał dwa przypadki dychawicy oskrzelowej, leczone spokojem i djety. Płwocina tych chorych zawierała 1% kwasu moczowego. Po ograniczeniu ilości podawanych białek i soli kuchennej napady dychawicy całkowicie ustąpiły; przewlekły nieżyt oskrzeli natomiast utrzymuje się. Należy przypomnieć, że pewne przypadki dychawicy oskrzelowej można wyleczyć za pomocą diety małowiałkowej i małosolnej lub bezsolnej. Nie należy wobec tego lekceważyć badania płwociny i oznaczania w niej zawartości kwasu moczowego.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Genewie z dnia 14 grudnia 1933 r. (Praxis N. 1, 1934) pokazywał Gautier czteromiesięczne dziecko z zaburzeniami odżywiania. Waga przy urodzeniu wynosiła 2.800 gr. Dziecko karmione było najpierw pierśmi, później rozmaitymi rodzajami mleka i jego mieszkankami. Dziecko cierpiało wskutek niestannych wymiotów. Wstrzyknięto dziecku do zatoki podłużnej 25 cm.³ roztworu fizjologicznego soli kuchennej, a następnie zastosowano wlewania podskórne roztworu soli kuchennej. Bezpośrednio potem ustąpiły wymioty. Wymioty były pochodzenia hipo-chloremicznego, wskutek obu tych zjawisk przyszło następczo do zatrzymania mocznika w ustroju. W przypadku tym nie było zwięzienia odźwiernika; zresztą, częściej spotyka się rzekome zwięzienia, aniżeli prawdziwe.

Sprawy zawodowe

Szkolić czy przeszkalać?

W sprawie reformy studiów lekarskich.

Podał

Z. SZYMANOWSKI (Warszawa).

Bardzo piękną inicjatywę podjęło Ministerstwo Opieki Społecznej, zwracając się do Izby Lekarskiej, aby uporządkowała programy doszkalania

lekarzy, niedostatecznie przygotowanych do czynności w zakresie zdrowia publicznego. Inicjatywa ta raz jeszcze czyni aktualną sprawę bardziej zasadniczą, a mianowicie reformę studiów lekarskich. Dzisiejsi lekarze bowiem są nietylko mało przygotowani, ile, powiedziałbym, niedostatecznie wychowani w poczuciu doniosłości zadań opieki społecznej, czuwania nad zachowaniem zdrowia ludności.

Tymczasem funkcje te coraz bardziej wysuwają się na plan pierwszy działalności lekarza, odsuwając na dalszy plan przywracanie zdrowia choremu. Wszak łatwo zrozumieć, że lepiej jest odrazu dobrze szkolić, niż złe szkolenie poprawiać. Należy bowiem zdać sobie sprawę, że chodzi nie tyle o uzupełnienie wiadomości, ile o odmienne, niż przedtem, użytkowanie wiedzy, nabytej na ławie uniwersyteckiej.

Reforma studjów uniwersyteckich jest sprawą nadzwyczajnie trudną. Szkoła akademicka może iść w jaknajwyższym tempie z postępami nauki, ale w organizacji swej jest zawsze instytucją konserwatywną. Uczony jest w ogromnej większości wypadków egoistą choćby w najszlachetniejszym znaczeniu tego wyrazu. Gotów jest zawsze do obrony swego stanu posiadania. Zawsze skłonny jest uważać swą dyscyplinę za najważniejszą i niezbędną. Tymczasem ograniczona pojemność ludzkiego mózgu z jednej strony i żądania życia bieżącego — z drugiej wymagają zmian i przystosowań. W chwili obecnej może więcej, niż kiedykolwiek, nastrocza się pomyślna do reform sposobność. Może uda się choć w pewnym stopniu zdjąć z dyktatyki akademickiej ciężar gniotącej ją tradycji.

Nie wyobrażam sobie bynajmniej, aby można było w ramach artykułu dyskusyjnego wyczerpać zagadnienie. Spróbuję tylko sformułować postulaty, które w moim przekonaniu dojrzały do realizacji w umysłach ogromnej większości świata lekarskiego. Wychodzę z założenia, że studja lekarskie powinny się zamknąć w obrębie pięcioletniego kursu z dodatkiem jednego roku na wyszkolenie praktyczne.

Przedewszystkiem należy zreformować studja przygotowawcze. Ogólna fizyka i chemja w tym zakresie, jaki jest potrzebny do studjowania medycyny, są dziś anachronizmem w uniwersytecie. Przygotowanie to powinna dawać szkoła średnia. Tę degradację przeżyły różne gałęzie wiedzy. Powiedzmy otwarcie: cały program dzisiejszej szkoły średniej ogólnokształcącej był dawniej przedmiotem studjów akademickich. Czas najwyższy, aby to samo stało się z elementami nauk ścisłych, które bezpośrednio do medycyny nie należą. Zamiast wykładania tych przedmiotów należałoby wprowadzić z nich egzaminy wstępne. Wobec powszechnie przyjętych egzaminów kwalifikacyjnych nie przedstawia to żadnych trudności. Druga redukcja, którą przedsięwziąć należy, dotyczy anatomji prawidłowej. Nauczanie jej w ciągu dwóch lat należy niewątpliwie do zabytków przeszłości z tych czasów, kiedy pojęcie lekarza identyfikowało się z pojęciem anatoma. Czasy *V e s a l a* skończyły się. Anatomja prawidłowa nie ma dziś tajemnic. Jeżeli nauka wogóle jest ekonomiką myślenia, to przede wszystkim stosuje się to do nauk skończonych. Zaoszczędzony przez redukcje powyższe czas należy poświęcić na pogłębienie studjów biologicznych, na naukę, chociażby skróconej, anatomji porównawczej, genetyki i rozlicznych zagadnień nowych. Należy także pogłębić studja z fizjologii i z chemji fizjologicznej, które dziś są stanowczo zbyt pobieżne. Zwłaszcza należy w większym, niż dotąd, stopniu, umożliwić pracę laboratoryjną w tej dziedzinie. W związku z tem należałoby dać pewne uzupełnienia z fizyki i z chemji w działach, związanych z fizjologją i chemją fizjo-

logiczną. Uzupełnienia te mogłyby już stać na poziomie wyższym od nauki elementarnej. Przedewszystkiem jednak należałoby dać młodemu umysłowi, rozpoczynającemu studja akademickie, więcej, a właściwie choć trochę wolnego czasu, niezbędnego dla zebrania myśli wobec nawału walącego się ze wszystkich stron materiału naukowego. Ciągłe pędzenie z wykładu na wykład, z jednych ćwiczeń na drugie sprawia, że student nie może myśleć o wzięciu do ręki jakiegokolwiek książki poza obowiązkową porcją nauki. Kuje więc z dnia na dzień, jeżeli jest wyjątkowo pracowity, albo ryczałtem przed repetycją czy egzaminem, jeżeli jest przeciętnie pilny. Rozwija się ropaczliwy brak samodzielnego myślenia, bo niema na to czasu. Jest rzeczą zdumiewającą, że higiena pracy umysłowej, z którą się coraz więcej liczy szkoła powszechna i średnia, nie ma wstępu na uniwersytet, a zwłaszcza na Wydział Lekarski.

Trzeci rok studjów—to przejście od fizjologii do patologji. Tu też niezbędne są zmiany. Anatomja patologiczna nie jest już tem, czem była. Nie przestała być wprawdzie kontrolerem i sprawdzianem wszystkich poczynań lekarza, ale coraz bardziej dzieli ta rolę z chemją patologiczną i z bakterjologją. Te trzy gałęzie wiedzy powinny być bardziej równomiernie traktowane. Co do farmakologii, to wobec niedawno dokonanych zmian programowych nie odważyłbym się głosu zabierać.

Największe jednak zmiany muszą zajść na czwartym i piątym roku, kiedy to głównym trzonem pracy są zajęcia kliniczne. Medycyna dzisiejsza zrodziła się w szpitalu, z którego rozwijała się klinika. Głównem, a właściwie jedynem zadaniem, do którego się tam młody lekarz sposobni, jest leczenie, niesienie pomocy cierpiącej jednostce. Z biegiem czasu zmieniała się aparatura, metody rozpoznawcze, sposoby leczenia, zwłaszcza zakres interwencji, ale cel pozostawał ten sam. Klinika uczy szybko chwycić zasadnicze objawy choroby, wiązać je w całość i wybierać właściwe sposoby interwencji, czy to terapeutycznej, czy chirurgicznej. Specjalny nacisk kładzie się na to, ażeby lekarz pamiętał, że ma przed sobą nie chorobę, lecz chorego ze wszystkimi jego indywidualnymi właściwościami. Postępy, osiągnięte na tej drodze, są, zaiste, zdumiewające, i kresu ich przewidzieć niepodobna. Jesteśmy z nich wszyscy dumni i nie chcemy nic z tego uronić. A jednak musimy sobie powiedzieć, że to nie wystarcza. Życie wysunęło nowe zadania, do których lekarz-intercjonista nie jest przygotowany. Komplikujące się wciąż stosunki społeczne, coraz bardziej intensywna praca, związane z nią rozliczne szkodliwości, uczyniły ze zdrowia dobro publiczne. Choroba jest nie tylko cierpieniem jednostki, ale i stratą ogółu. Nie dość jest ją leczyć. Trzeba jej zapobiegać. Z drugiej strony od zdrowia matki zależy zdrowie dziecka, od jego wychowania zależy sprawność duchowa i fizyczna całego pokolenia. Całokształt tych zagadnień życie rozbiło na szereg działów. Stworzyło dla nich specjalne instytucje, poświęcone ochronie zdrowia publicznego. Nadto rozszerzyło ono olbrzymio zakres klienteli lekarskiej, udostępniając leczenie najszerzszemu masom ludności. Wszystkie te zadania opierają się w lwiej części na pracy lekarza. Przygotowanie do tych zadań powinno się zaczynać wcześ-

nie. Należy od pierwszej chwili studjów przy chorym wprowadzić przyszłego lekarza do instytucji, w których będzie pracował. Wszelkiego rodzaju poradnie o charakterze zapobiegawczym i leczniczym, ambulatorjum Kasy Chorych, gabinet, w którym się dokonywa ekspertyza zdolności do pracy, wszystko to powinno być terenem nauczania narówni z salą chorych. Student nauczy się tam właściwej oceny roli lekarza, zapozna się praktycznie z charakterem i z rozległością zadań. Zupełnie inaczej, niż chirurg lub terapeuta, zrozumie doniosłość poczynań profilaktycznych. Tu właśnie jest sedno rzeczy, jeżeli chodzi o reformę nauczania. Zamiast wykorzeniać przez studia uzupełniające złe nałogi, do których przedewszystkiem należy spoglądanie przez ramię na wszystko, co nie jest leczeniem, trzeba studenta odrazu w nowym duchu wychowywać. Akcja profilaktyczna nie będzie wówczas przystanią dla zawiedzionych na praktyce lekarskiej, nie będzie czemś, co ma zastąpić pustkę we własnym gabinecie, lecz właściwą, umiłowaną, świadomie obraną dziedziną pracy.

Koniecznym dopełnieniem zmian powyższych musi być reforma nauczania higieny. Pisałem już o tej sprawie. Dzisiejsza nauka higieny to jakiś dziwny zlepek wiadomości z najrozmaitszych dziedzin: woda, powietrze, grunt, trochę przeważnie dyletanckiej technologii, statystyki i biometrii oraz bardzo dużo bakterjologii. W Niemczech nawet utarło się od czasów Kocha, że profesorem higieny jest bakterjolog. Tymczasem higiena powinna być wstępem ogólnym do profilaktyki szczególnej we wszelkich dziedzinach życia. Powinna zawierać to wszystko, co wiedzieć należy, chcąc ochronę zdrowia i chorobę traktować jako zjawiska społeczne. Higiena w tym sensie jest powieścią antytezą, a właściwie koniecznym dopełnieniem indywidualistycznego nastawienia kliniki. Dziś możemy powiedzieć śmiało, że ten kierunek nauczania higieny jest zaledwie w zaczątkach. Cała sprawa odpowiedniego przekształcenia planu nauczania, aby tym potrzebom sprostać, wymaga gruntownych i zasadniczych studjów. W tem miejscu chciałem tylko uwypuklić postulaty ogólne, które uważam za najważniejsze.

W ostatnich czasach coraz więcej się mówi o specjalizacji nie tylko w sensie tej, czy innej gałęzi lecznictwa, ale także o specjalizacji w za-

kresie medycyny społecznej czy higieny. Praktyczny początek zrobiła Rosja Sowiecka, stwarzając specjalne fakultety np. opieki nad matką i dzieckiem. Nie będę tej sprawy rozpatrywał w oderwaniu, lecz w zastosowaniu do naszych warunków. Być może, że z czasem, z rozwojem i ustaleniem się różnych działów medycyny społecznej specjalizacja taka byłaby wskazana. Dziś u nas każdy lekarz powinien mieć przedewszystkiem ogólne nastawienie profilaktyczne, powinien być przygotowany do pracy w najrozmaitszych działach. Z drugiej strony może się to niejednemu wyda paradoksem, twierdząc jednak, że Polska, poza większymi miastami, ma zbyt mało lekarzy, ażeby można było w szerokim zakresie oddzielić profilaktykę od lecznictwa. W ogromnej większości wypadków lekarz musi umieć jedno i drugie. Specjalista, któryby się znał tylko na medycynie społecznej, byłby bezradny w życiu codziennym. Praktyk, niewyszkolony społecznie, mógłby, pomagając jednostkom, szkodzić ogółowi. Pod względem dydaktycznym również przedwczesna specjalizacja nie jest wskazana. Fundamentem wszelkiej działalności lekarskiej jest znajomość ciała ludzkiego w zdrowiu i chorobie i umiejętność wybierania właściwych dróg zarówno w profilaktyce, jak w leczeniu. Z tego wypływa konieczność pełnego zakresu studjów dla każdego, kto ma być lekarzem. Inna sprawa ze specjalistami naukowcami. Tu byłaby bardzo pożądana ta sama elastyczność w wyborze przedmiotów i dróg, z jakiej z powodzeniem korzysta każda dziedzina przyrodnictwa. Niema żadnej konieczności dla fizjologa lub chemika fizjologicznego, a nawet i dla patologa poznawania wszystkich tajemnic laryngologii czy położnictwa. Każdy powinien mieć możliwość wybrania tego, co mu jest potrzebne. W przeciwnym razie grozi nam niebezpieczeństwo, że albo nielekarze staną się teoretykami medycyny, albo lekarze będą to mogli robić z niepotrzebnym i coraz dalej sięgającym opóźnieniem. Kto sześć lat straci na naukę medycyny, ten tylko w wyjątkowych wypadkach zrezygnuje z działalności lekarskiej, ażeby się teoretycznemu badaniu poświęcić.

Na zakończenie jedna uwaga. Przysłowie francuskie mówi, że wszystkie rodzaje stylu są dobre prócz nudnego. *Mutatis mutandis* powiem, że żadna reforma nie przyniesie pożytku, jeżeli nie będzie połączona z redukcją materiału, z ułatwieniem nauki.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

O podstawach walki społecznej z nowotworami złośliwymi.

Podał

M. PŁONSKIER (Warszawa).

kierownik Oddziału Anatomopatologicznego w Szpitalu na Czystem.

W s t ę p.

We wszystkich krajach cywilizowanych walka z nowotworami złośliwymi staje się coraz bardziej zacięta; coraz to większe, odpowiednio zorganizowane wysiłki zostają skierowywane w celu opanowania tej strasznej grupy chorób, które mogą być uważane za klęskę społeczną. Przeciwnie biorąc, od

14 do 17% dorosłych ludzi umiera z powodu nowotworów złośliwych; na 100 zgonów 14—17 jest spowodowanych przez nowotwory złośliwe. Są to liczby bardzo duże i w swojej górnej granicy przekraczają liczby zgonów, spowodowanych przez gruźlicę. W Polsce nie mamy jeszcze zupełnie ścisłych zestawień, dotyczących umieralności na raka; umieralność na gruźlicę wynosiła u nas (w większych miastach) w latach 1927—1929 — do 14%; umieralność na raka — do 10%. Widzimy więc, że nawet przy naszych niedokładnych jeszcze danych statystycznych, dotyczących raka — odsetek zgonów w następstwie tej choroby nie jest o wiele mniejszy od dokładniej ustalonego odsetka

zgonów na gruźlicę; nie ulega też wątpliwości, że bardziej ścisłe dane statystyczne o raku powiększą znacznie wymieniony tutaj odsetek. Znaczenie nowotworów złośliwych jako kłęski społecznej podnoszą jeszcze bardziej następujące zjawiska: przede wszystkim rak i inne nowotwory złośliwe porywają najczęściej swe ofiary spośród ludzi dojrzałych, znajdujących się w rozkwicie swych sił fizycznych i psychicznych, — ludzi, którzy z punktu widzenia naturalnego układu twórczych warstw społecznych stanowią najbardziej wartościowe elementy pracy; następnie nowotwory złośliwe w dużej liczbie przypadków są chorobami długotrwałymi — i, wytrącając z szeregu pracującej społeczności ludzkiej wartościowe jednostki, czynią z nich jednocześnie pod względem ekonomicznym jednostki, obciążające na czas dłuższy ich najbliższe otoczenie lub też Państwo. Rozpowszechnienie, długotrwałość i bezwzględna prawie śmiertelność (mamy na myśli przypadki późno rozpoznane) czynią z nowotworów złośliwych grupę chorób najniepomysłniejszych pod wszelkimi bez wyjątku względami. I w dobie obecnej, kiedy z dumą możemy spojrzeć na czyny, dokonane przez ludzkość, a conajmniej na trasy jasno i wyraźnie wytyczone w walce z kłeskami społecznymi, — a szczególnie w walce z wrogiem tak niebezpiecznym, jakim była dotychczas gruźlica, — musimy jednocześnie pamiętać o również starym, lecz niewzruszonym prawie dotychczas wrogu, — o nowotworach złośliwych. Przeciwno nowotworom złośliwym jako kłęsce społecznej musi być obecnie skierowany największy wysiłek walczącej o zdrowie ludzkości.

Należy przede wszystkim jasno spojrzeć na trudności i niekorzystne warunki, w jakich walka społeczna z nowotworami złośliwymi się toczy i toczyć się jeszcze musi. Nie znamy etiologii chorób nowotworowych i dalecy zapewne jesteśmy od chwili, w której ktoś, tak jak Koch pałeczkę gruźlicy, wykryje przyczynę raka; i choć bezpośrednio odkrycie zarazka gruźlicy nie rozwiązało zagadnienia gruźlicy jako kłęski społecznej, — to nie ulega jednak wątpliwości, że stało się ono podstawą tak wspaniale rozbudowanej i tak skutecznej walki społecznej z gruźlicą. Trudność więc pierwsza polega na tem, że, nie mając konkretnych wiadomości o przyczynie nowotworów złośliwych, musimy z niemi walczyć i walkę tę postawić na jaknajszerszej płaszczyźnie społecznej. Musimy, ale czy jest to możliwe? pytają sceptycy; jak można walczyć z czemś, czego nie znamy? powtarza za lekarzami przerażona publiczność. W roku 1878 w klinice Billrotha spośród kobiet, operowanych z powodu raka piersi, tylko 4,7% żyło 3 lata po operacji. W 1927 roku u Birchera 18% kobiet operowanych żyje 3 lata, 14,6% — 5 lat, a 8,6% — 9 lat po operacji. Ostatnio Schmieiden i Holfeder z Frankfurtu podają, że 68% kobiet żyje po operacji raka piersi 5 lat (bez nawrotu). Okazuje się więc, że w walce z nowotworami złośliwymi, pomimo trudności, wyżej wymienionej i pozornie nieprzewyciężonej, jest możliwy postęp i to postęp zupełnie wyraźny. Przywrócenie do życia choćby na 5 lat większej liczby ludzi, skazanych na śmierć po powolnym konaniu, jest już dużą zdobyczą i w sensie naukowym i w sensie ekonomicznym tego słowa.

Możnaby powiedzieć, że postęp tego rodzaju jest wynikiem li tylko znakomicie udoskonalonej techniki operacyjnej i techniki napromieniania; rzecz oczywista, że ma to swoje znaczenie, lecz nie jest stanowczo wszystkim. Nie ulega wątpliwości, że znaczne już polepszenie wyników leczniczych nowotworów złośliwych jest w równej mierze conajmniej zależne od postępów w umiejętności wcześniejszego, aniżeli dawniej, rozpoznawania nowotworów złośliwych. Jednakże pod tym względem jeszcze bardzo dużo pozostaje do zrobienia. Winter podaje, że w różnych miastach niemieckich 63—88% kobiet z rakami macicy zwraca się do lekarzy w stanie, nienadającym się do operacji. Według tegoż autora tylko 25% kobiet z rakami macicy zjawia się w odpowiednim czasie u lekarzy; tylko 25% akuserek zwróciło uwagę na przypadki, podejrzone w kierunku raka; w 44% przypadków wina za zbyt późne rozpoznanie raka spada na lekarzy. Z ogólnej liczby raków innych narządów 1/2—4/5 przypadków przybywa do szpitala w stanie, nienadającym się do operacji. Hahn podaje, że z 828 chorych rakowych tylko 54% skierowano jako chorych lub podejrzanych do szpitali; ze 100 chorych, którzy bywali badani przez lekarzy domowych, tylko 18 nadawało się do operacji. Dane te są przerażające. My, lekarze, nie zdajemy sobie wcale sprawy z grzechów, jakie stale popełniamy w tym kierunku. To też odpowiednie przygotowanie lekarzy musi być jednym z najgłośniejszych punktów w programie walki z rakiem. Odpowiednie nastawienie i zasób rzeczowych wiadomości o nowotworach złośliwych, wiadomości, dobrze przetrawionych i mocno zaszczepionych wszystkim bez wyjątku lekarzom, — oto są pierwsze warunki, pod którymi wogóle walka z rakiem może się toczyć. Niezależnie od specjalnego przygotowania do walki z rakiem felczerów i akuserek oraz uświadamiania publiczności, owo nastawienie lekarzy i posiadany przez nich zasób rzeczowych wiadomości o raku będzie się stopniowo przedostawał do świadomości ogółu. Niezbyt dobrze może sobie zdajemy sprawę z tego, jak wielki wpływ mamy na publiczność, jak słowa lub półsłowa nawet, wypowiedziane przez lekarzy w czasie ordynacji, są chciwie podchwytywane, zapamiętywane, a co najgorsze, źle rozumiane. Nigdy w stosunku do chorych, szczególnie nowotworowych, nie jesteśmy dość ostrożni i oględni.

W walce z rakiem, a szczególnie w ustosunkowaniu się lekarzy do publiczności istnieje jednakże jeszcze pewna trudność. Lekarz praktyk, przeglądając piśmiennictwo fachowe z dziedziny nowotworów złośliwych, styka się (najczęściej w streszczeniach) z olbrzymią liczbą prac, których zjawia się rocznie aż kilkadziesiąt tysięcy. W jaki sposób można z tych spraw wybierać właściwe, odróżniać dobre od złych, ściśle do nieścisłych, rzeczowe do nierzeczowych? Czy można wyniki prac, przeważnie doświadczalnych, często wykonywanych na niewielkiej liczbie zwierząt i jakież sprzecznych, stosować do ludzi? Jak można z tego chaosu piśmiennictwa o nowotworach wyciągać pewne wnioski praktyczne? I czy wogóle, spyta lekarz-praktyk, istnieją jakieś zupełnie pewne dane, dotyczące powstawania i rozwoju nowotworów złośliwych? Co można, a czego nie wolno mówić pu-

bliczności? Trudność poważna: nie może lekarz być główną ostoją w walce z nowotworami złośliwymi, jeżeli z chaosem sprzecznych i zawiąłanych teorii w głowie zechce uświadamiać pomocniczy personel lekarski, a szczególnie publiczność.

Na szczęście, sprawa nie jest tak zła, jakby się mogło wydawać. Istnieją bezwarunkowo już obecnie zupełnie pewne i rzeczowe dane o nowotworach złośliwych. Nie jest ich wiele, co prawda, ale te, które zostały zdobyte, są zupełnie pewne. Przystwojenie tych rzeczowych danych jest abecadłem, które każdy lekarz na pamięć umieć musi, tembardziej, że z tych podstawowych danych wynikają zupełnie konkretne wnioski praktyczne, które dają się urzeczywistniać w najskromniejszych warunkach pracy lekarskiej. Te dane wreszcie i tylko te, a nie inne muszą być rozpowszechniane wśród pomocniczego personelu lekarskiego i wśród publiczności.

O ile jednak do czynnej walki z innymi chorobami społecznymi, o których mamy lepsze i dokładniejsze wyobrażenie, aniżeli o nowotworach złośliwych, można stopniowo wciągać szerokie koła społeczeństwa, — o tyle w walce z rakiem narazie

wyduje się konieczną pewną oględność. Nie ulega żadnej wątpliwości, że dla zrozumienia tego, co dziś wiemy o nowotworach złośliwych, potrzebny jest pewien zasób choćby tej najprzeciętniejszej wiedzy przyrodniczo-lekarskiej, jaką wynosimy z ławy uniwersyteckiej. Związki przyczynowe, względnie zespoły czynników, które grają rolę w powstawaniu nowotworów złośliwych, nie są tak proste i jasne, jak np. związek przyczynowy pomiędzy pewnymi drobnoustrojami i odpowiednimi chorobami. Toteż popularyzacja wiadomości o nowotworach złośliwych, oddana w ręce niefachowe, może wywołać zupełnie błędne wyobrażenia i szerzyć niepotrzebny popłoch, uprzedzenia do różnych rzeczy, czynności, potraw i t. d. Te wiadomości które mogą być podane publiczności, muszą być ostrożnie i krytycznie wybrane. Może to uczynić lekarz tylko, — lekarz, który dokładnie zna i rozumie podstawowe i rzeczowe dane o nowotworach złośliwych. I z tego również względu odpowiednie przygotowanie lekarzy musi być jednym z najgłówniejszych punktów w programie walki społecznej z nowotworami złośliwymi.

(C. d. n.)

Wiadomości bieżące

— Pismo okólnic Ministerstwa Opieki Społecznej do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy. W związku z rozwijającą się — szczególnie w niektórych dzielnicach Kraju — tendencją do lokowania psychicznie chorych w domach osób prywatnych, podejmujących się opiekowania się chorymi za pewną opłatą, Ministerstwo Opieki Społecznej wyjaśnia, jakie należy zająć w tej mierze stanowisko. Formalnie w myśl przepisów rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 2 marca 1928 r. o zakładach leczniczych dom, w którym umieszczą się chorzy, nienależących do rodziny, można uważać za zakład leczniczy i należałoby zastosować względem takiego domu przepisy powołanego rozporządzenia, odnoszące się do lecznic. W przypadku lokowania psychicznie chorych w rodzinach osób trzecich nie chodzi o leczenie, ale raczej o adoptację chorego do współżycia społecznego w rodzinie. Ten typ opieki nad psychicznie chorymi przedstawia z punktu widzenia psychiatrycznego pewne walory terapeutyczne w pewnych przypadkach, nie byłoby więc wskazane, aby utrudniać jego rozwój przez nadawanie mu charakteru lecznictwa zakładowego. Zachodzi przecież obawa, uzasadniona zresztą faktami znanymi Ministerstwu, że opieka rodzinna nad psychicznie chorymi może przeobrazić się w przedsiębiorstwo, obliczone na zysk, które pod płaszczykiem opieki rodzinnej uprawiać może spekulację handlową i wypaczać zasadniczą ideę opieki rodzinnej. Z tych względów należy roztoczyć baczny nadzór nad osobami, przyjmującymi do siebie psychicznie chorych. Aby umożliwić pozyskiwanie dla chorych psychicznie, pozostających w opiece rodzinnej, fachowej psychiatrycznej pomocy lekarskiej, należy dążyć do tego, aby osoby, przyjmujące chorych, organizowały się w kolonje, np. na wzór istniejących kolonij w gm. Rudziszki i Olkieniki w Woj. Wileńskim. Zarząd takiej kolonji ma możliwość zaangażowania dla kolonji stałego lekarza psychiatry. Opłaty za chorych w kolonjach winny być uiszczane nie bezpośrednio tej osobie, która przyjmuje chorych, lecz za pośrednictwem Zarządu kolonji, który w ten sposób ma możliwość roztoczenia kontroli nad prawidłowością opieki poszczególnych

żywcicieli, a także ma możliwość wywierania nacisku na to, by zarządzenie lekarza kolonji były respektowane. Do opieki rodzinnych winni być przyjmowani chorzy w liczbie nieprzekraczającej w zasadzie 2-ch osób na jedną rodzinę. W pewnych szczególnych przypadkach można by zezwolić na to, by liczba chorych była większa, nie może ona jednak przekraczać liczby dorosłych członków rodziny żywiciela. Lokowanie chorych w jednym domu w większej liczbie powinno być kategorycznie zwalczane. Do jednej rodziny nie mogą być przyjmowani chorzy różnych płci, ale jedynie tylko bądź mężczyźni, bądź kobiety. Pomieszczenie chorych winno odpowiadać przynajmniej najniezbędniejszym wymogom higieny mieszkań — z reguły powinien to być osobny pokój, zespolony integralnie z mieszkaniem żywiciela. Również i teren, otaczający pomieszczenie, powinien być utrzymywany w higienicznym stanie. Organizacja opieki lekarskiej winna być tego rodzaju, by każdego chorego w opiece rodzinnej mógł odwiedzać lekarz przynajmniej 1 raz w okresie dwutygodniowym. W kolonjach większych lekarz powinien mieć do pomocy wykwalifikowane pielęgniarki. Poza to należy wymagać, aby każdy żywiciel, przyjmujący do swego domu psychicznie chorych, zaopatrzonej był w książeczkę legitymacyjną, wydawaną przez zarząd kolonji, w której oprócz jego imienia i nazwiska uwidoczniony był opis lokalu, przeznaczonego dla chorych, nazwisko lekarza, który odwiedza chorych, kolejny spis chorych, przybywających do opieki, z oznaczeniem daty przybycia i odejścia. W książeczce tej winno być również miejsce dla adnotacji o stałych odwiedzinach lekarza opieki i jego uwag co do dostrzeżonych braków higienicznych i opiekuńczych, aby w ten sposób władza nadzorcza każdej chwili mogła kontrolować, czy i w jakiej mierze zarządzenia lekarskie są wykonywane. Osobom, w których domach pozostaje na opiece większa liczba chorych, niż liczba dorosłych członków rodziny, i chorzy nie współżycją z żywicielami tak jak ich członkowie rodziny i nie są pod nadzorem lekarza psychiatry, osobom, które uprawiają opiekę nad psychicznie chorymi jako proceder, to znaczy, które nie mają swego zawodu podstawowego i czerpią

środki swego utrzymania wyłącznie z przyjmowania chorych, jak również osobom i zrzeszeniom, które odmówią dostosowania się do niniejszych wytycznych zaleceń, należy zabronić przyjmowania chorych, bądź zastosować względem nich wymogi, przewidziane rozporządzeniem Prezydenta Rzeczypospolitej o zakładach leczniczych. System opieki rodzinnych nad psychicznie chorymi winien w zasadzie przyczynić się do rozwoju opieki regionalnej. Do opieki nie powinni być przyjmowani chorzy z dalszych okolic kraju, lecz jedynie chorzy, pochodzący z tego województwa, na którego terenie funkcjonuje kolonja opieki rodzinnych. Zalecenia niniejsze dotyczą przedewszystkiem opieki rodzinnych, niezwiązanych z zakładem psychiatrycznym, mają one jednak analogiczne zastosowanie także do opieki rodzinnych, organizowanych przez zakłady psychiatryczne pod stałą kontrolą tych zakładów i ich lekarzy, w których chorzy częściowo korzystają z organizacji samego zakładu. W stosunku do tych opieki typu t. zw. adneksyjnego, stanowiących pomocnicze urządzenia zakładu psychiatrycznego, zaznaczyć należy z naciskiem, że zarówno one, a tem więcej opieki rodzinne samoistne, zorganizowane w postaci kolonij, nie mogą być miejscem umieszczenia osób, uznanych przez władze sądowe za niebezpieczne dla porządku prawnego (art. 79 K. K.), ani też nie mogą być miejscem dokonywania obserwacji sądowo - psychiatrycznej. Chorzy niebezpieczni dla otoczenia, jak niemniej chorzy niebezpieczni dla porządku prawnego, nie mogą być pod żadnym pozorem trzymani w opiece rodzinnej i winni być umieszczani w zakładach, jak to zresztą wyraźnie przewiduje ustawa karna.

Minister: (—) Dr. S. H u b i c k i.

— Święto Morza. Zarząd Główny Ligi Morskiej i Kolonjalnej postanowił, że tegoroczny obchód „Święta Morza” odbędzie się w całej Polsce, w/g ustalonego już zwyczaju, w dniu 29 czerwca. Obchód odbędzie się pod hasłem zbiórki na Fundusz Obrony Morskiej, oraz mobilizacji młodego pokolenia dla służby Polski na morzu. W Gdyni projektowany jest na ten dzień Wielki Złot Młodzieży Polskiej wszystkich organizacji młodzieży. Zarząd Główny przystąpił już do zorganizowania Komitetu Honorowego, Głównego Komitetu Wykonawczego oraz Komitetów Lokalnych. Program tegorocznego „Święta Morza” będzie podany do publicznej wiadomości w najbliższym czasie.

— Komunikat. Kurs rentgenoterapii w Poznaniu. Polskie Lekarskie Tow. Radiologiczne urządza w Poznaniu kurs rent-

genoterapii dla lekarzy w czasie od 4-go do 6-go maja br. Wykładać będą: Prof. Dr. M a y e r, Doc. Dr. B a j o Ń s k i, Dr. T. A l k i e w i c z, Dr. S c h r e i b e r. Zgłoszenia i zapytania przyjmuje Dr. T. A l k i e w i c z, Poznań, ul. Ratajczaka 12.

— Nagroda Kongresu Genewskiego. VI Międzynarodowy Kongres w sprawie wypadków przy pracy i chorób zawodowych, który się odbył w Genewie w roku 1931, ustanowił nagrodę wysokości 1000 fr. szw. dla najlepszej pracy oryginalnej i dotąd niedrukowanej na temat: „Wpływ stanu poprzedzającego wypadek na ocenę skutków wypadku przy pracy. — „Valeur de l'état antérieur dans l'appréciation des suites d'un accident du travail”. Ubiegać się o nagrodę mogą lekarze wszystkich narodowości na warunkach następujących: Nagroda zostanie przyznana z okazji VII Kongresu, który odbędzie się w roku 1935 w Brukseli. Maszynopis w dwóch egz. w jednym z następujących języków: francuskim, angielskim, niemieckim lub włoskim, winien być nadesłany przed 31 grudnia 1934 r. na ręce Sekretarza VI Kongresu p. Dr. Yersin, 3, rue de la Monnaie, Genewa. Autor pozostaje właścicielem pracy, lecz zobowiązany jest ogłosić ją w roku następnym po przyznaniu nagrody. Jury składa się z biura Komitetu organizacyjnego Kongresu Genewskiego. Rękopisy winny być nadesłane bez podpisu, zaopatrzone znakiem, powtórzonym na kopercie zamkniętej, zawierającej nazwisko, adres i tytuły autora.

ZMARLI.

Jan W o j c i e c h o w s k i, b. kierownik pracowni bakteriologicznej Szpitala Ś-go Łazarza i honorowy konsultant tegoż szpitala — w Warszawie.

Henryk H e l l i n, wielce popularny specjalista chorób skórnych i wenerycznych — w Warszawie.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

9.IV. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja kliniczna.

P o k a z y. 1. S. D o b r y s z y c k i. Przypadek sigmo-rectoiditis chron. 2. A. K r a k o w s k i. Epizod oponowy w przebiegu kily. O d c z y t. A. F i d l e r. Patogeneza przewlekłej niewydolności krążenia.

TRZEŚĆ: H. FRENKLOWA, B. CZAPLICKI i K. ŚCIESIŃSKI. Ropne zapalenie ucha środkowego u dzieci w pierwszym roku życia. (Dok.) Cz. III. (anatomo-patologiczna). — J. EISENFARB. Przypadek przewlekłego zakażenia wieloogniskowego prątkiem paracoli. — A. DAWIDSON. Odporność i alergja w gruźlicy (Str. pogl.) — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Z. SZYMANOWSKI. Szkołic czy przeszkałać? W sprawie reformy studiów lekarskich. — M. PŁOŃSKI. O podstawach walki społecznej z nowotworami złośliwymi. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: H. FRENKEL, B. CZAPLICKI et K. SCIESIŃSKI. L'otite moyenne purulente chez les enfants dans la première année de vie. (fin). III partie (anatomo-pathologique). — J. EISENFARB. Un cas d'infection chronique aux foyers multiples par le bacterium paracoli. — A. DAWIDSON. Immunité et allergie dans la tuberculose (Rev. gén.). — S. SZYMANOWSKI. A propos de la réforme des études médicales. — M. PŁOŃSKI. Sur les bases de la lutte sociale contre les néoplasmes.

SAL DIETETICUM
SINE CI' Br' J' N'
nulla contrindicatio!
ARTISANAL GEO.