

# WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

ADRES REDAKCJI: Widok 9, m. 6 tel. 652-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Towarowa 2/4, tel. 3.34-87.

Rok XIV

WARSZAWA, 28 PAŹDZIERNIKA 1937 R.

Nr. 40

## PRACE ORYGINALNE.

### Wykłady kliniczne.

Z Kliniki Lekarskiej U. J.  
(Dyrektor: Prof. Dr. Józef Latkowski).

#### O znaczeniu reakcji ze złotem koloidowym w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Podał  
Tadeusz KORZYBSKI (Kraków).

(Dokończenie — patrz Nr. 39).

Badania Falkiewicz (10, 11, 12) rzuciły ciekawe światło na stosunek reakcji z hydrosolem złota do pleocytozy. Autor ten wyosabniał ciała białe, i to zarówno leukocyty, jak i limfocyty (z ropy, z płynów patologicznych) i po przemyciu ich dodawał je w oznaczonej ilości do prawidłowych płynów. Okazało się przy tym, że po pewnym czasie liczba tych ciałek w danym płynie zmniejszała się, ulegała cytolizie. Gdy do płynu dodane zostały limfocyty, krzywa reakcji ze złotem wykazywała wychylenie po stronie lewej, natomiast, gdy zostały dodane leukocyty, *maximum* krzywej znajdowało się po stronie prawej. Późniejsze badania Hauga (23), mające na celu skontrolowanie wyników Falkiewicz, potwierdziły jego badania. Haug w swoich badaniach oznaczał poza tym jeszcze i stosunek białkowy. Przy dodawaniu limfocytów do normalnego płynu krzywa występowała po stronie lewej, nigdy jednak wpływ ten nie był znaczny, *maximum* zmiany barwy dochodziło najwyżej do fiołkowej. Przez dodawanie leukocytów wychylenie krzywej przesuwało się na stronę prawą: W przypadku płynu, pochodzącego z porażenia postępującego, charakterystyczna krzywa ulegała osłabieniu, podczas gdy w przypadkach płynu z zapalenia opon *maximum* wychylenia potęgowało się, pozostając w tejże prawej stronie krzywej. Stosunek białkowy przez dodawanie limfocytów ulegał zawsze powiększeniu, natomiast dodawanie leukocytów tylko w połowie przypadków wpływało na zmniejszenie tego stosunku, w drugiej, połowie stosunek ten nawet zwiększał się. Mimo to jednak wychylenie krzywej reakcji z hydrosolem złota znajdowało się po stronie prawej. Z tych badań autor wnioskuje, że nie ma absolutnej zależności wyników reakcji ze złotem od stosunku białkowego.

Nie tylko zmiany luetyczne ośrodkowego układu nerwowego powodują lewostronne wytrącenia w reakcji z hydrosolem złota. Typ ten spotyka się również w

stwardnieniu rozsianym. W materiale Schmitta (51) w przypadkach stwardnienia rozsianego tylko w 17% wynik reakcji był ujemny. Spośród dodatnich wyników występowała krzywa porażenia postępującego w 22%, krzywa kiły mózgowo-rdzeniowej w 28,5%, resztę przypadków stanowią krzywe przejściowe. Lange (38) twierdził, że regułą dla stwardnienia rozsianego jest występowanie zazębienia luetycznego w krzywej, natomiast uważał za niemożliwe wystąpienie krzywej paralitycznej, twierdząc, że krzywa ta może wystąpić tylko z jednoczesnym dodatnim wynikiem reakcji Wassermann'a. Sternberg [cyt. Demme (8)] uważa natomiast, że takie właśnie krzywe występują często w stwardnieniu rozsianym.

W przypadkach nagminnego zapalenia mózgu również często reakcja z hydrosolem złota daje lewostronne wytrącenie. Schmitt (51) znajdował ją w 50% przypadków podostrych w formie krzywej kiły mózgowo-rdzeniowej. Jednak z innych cech krzywej nie można wnioskować, według niego, ani co do prognozy, ani co do ciężkości przypadku. Demme (8) jest podobnego zdania, twierdzi mianowicie, że znajdowano niekiedy wyniki ujemne, chociaż spostrzegano także i silne wytrącenia w postaci krzywej paralitycznej (Stern i Posen-sgen), poza tym jednak nierzadkie mają być i prawostronne wytrącenia.

W *poliomyelitis anterior acuta* również dość często reakcja z hydrosolem złota daje wytrącenia lewostronne [Schmitt (51), Demme (8)]. Zwykle wytrącenie to nie jest wielkiego stopnia. Wynik dodatni bywa w 70% (Regan, Chenay), co jednak jest zbyt wysoko cenione według Schmitta.

Tak więc lewostronne wytrącenia występują w sprawach luetycznych ośrodkowego układu nerwowego, w stwardnieniu rozsianym, w zapaleniu mózgu i w *poliomyelitis anterior acuta*.

Prawostronne wytrącenia są regułą w ostrym i podoстрыm zapaleniu opon mózgowych.

Wielkość i miejsce wytrącenia bywają różne. Bywają niekiedy krzywe, których *maximum* znajduje się już w 5-ej, a nawet 4-ej próbówce. Z drugiej strony zdarzają się wytrącenia, gdzie *maximum* to dotyczy dopiero próbówki 10-ej lub 9-ej, najczęściej jednak znajduje się ono w próbówce 6-ej, 7-ej lub 8-ej. Jeżeli chodzi o stopień, to często zdarza się, że przy wytrąceniach, których

*maximum* jest tylko niewiele w prawo przesunięte (5—6 probówka), i głębokość wychylenia krzywej jest również niewielka. I odwrotnie, gdy *maximum* to znajduje się daleko w prawo, to wtedy krzywa zwykle obniża się bardzo nisko, zmiana barwy bowiem postąpiła bardzo znacznie, często aż do zupełnego odbarwienia. Wyniki takie otrzymuje się często u tej samej osoby, zależnie od okresu choroby. Niekiedy jednak (Demme), zwłaszcza przy bardzo dużej zawartości białka, otrzymuje się dwa *maxima*, jedno w obrębie lewej, drugie w obrębie prawej części krzywej.

Według Weigeldta [cyt. Schmitt (51)] krzywa nie ma charakterystycznego wyglądu dla poszczególnych rodzajów zapalenia opon, gruźliczego, nagminnego, chociaż często to ostatnie ma dawać wychylenie, daleko w prawo posunięte. Na podstawie więc samej reakcji ze złotem koloidowym nie można mówić o rozróżnianiu etiologii zapalenia opon. Jeżeli u chorego występuje z biegiem czasu przesuwanie się *maximum* w stronę prawą i pogłębianie się krzywej, oznacza to zwykle pogarszanie się sprawy. Takie przesuwanie się w prawo zwykle idzie w parze z powiększaniem się ogólnej ilości białka. Jeżeli natomiast *maximum* przesuwa się w lewo i ku górze, jest to zwykle oznaką poprawy stanu chorego.

O wartości prognostycznej reakcji z hydrosolem złota pisał Falkiewicz (10). Uważa on, że, o ile wartość jej prognostyczna w przypadkach kiłowych jest wątpliwa, o tyle da się stosunkowo łatwo wysledzić w zapaleniu opon. Zwłaszcza krzywa, posiadająca dwa *maxima* oznacza bardzo złą prognozę. W jednym ze swoich przypadków opisuje on wystąpienie na krótko przed śmiercią chorego krzywej z odbarwieniem prawie całkowitym wszystkich niemal probówek. Tłumaczy on to tym, że początkowo do płynu mózgowo-rdzeniowego przechodzą albuminy, powodując wychylenie prawostronne, w miarę postępowania jednak procesu chorobowego dostają się do płynu również i globuliny, stąd powstaje drugie wychylenie po stronie lewej wykresu.

Wytrącenia prawostronne są charakterystyczne również dla płynu, znajdującego się poniżej mechanicznej przeszkody w kanale kręgowym, a więc dla jego zastojów. W przypadkach tych, zależnie od długotrwałości i wielkości zastojów, zmienia się wynik reakcji. Im jest zupełniejsza przerwa w komunikacji, i im dłużej ona trwa, tym wychylenie krzywej reakcji będzie głębsze. Wychylenie to również zależy od wysokości, na której znajduje się przeszkoda. Im niżej ona powstanie, tym większe zmiany występują w płynie mózgowo-rdzeniowym i w reakcji z hydrosolem złota.

W innych chorobach reakcja ze złotem koloidowym daje już to wynik ujemny, już to dodatni, przy czym wygląd krzywej nie jest zwykle charakterystyczny.

### CZĘŚĆ TRZECIA.

#### Omówienie przypadków.

Materiał, którym rozporządzam, składa się ze 157 przypadków. Z tej liczby 126 przypadków stanowi materiał, przedstawiony w r. 1924 na posiedzeniu Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego przez prof. Latkowskiego, łaskawie mi przez niego użyczony dla wykorzystania w niniejszej pracy, za co składam najserdeczniejsze podziękowanie. Reszta natomiast przypadków w liczbie 31 stanowi materiał Kliniki Lekarskiej z ostatnich kilku lat.

Wśród materiału tego było przypadków: kiły 116, stwardnienia rozsianego 2, zapalenia mózgu 5, zapale-

nia opon mózgowych 5, bez zmian w ośrodkowym układzie nerwowym 7, różnych 22.

Wśród pierwszej grupy, chorych luetycznych, porównano wyniki reakcji z hydrosolem złota (=RZ) z wynikami reakcji Wassermann'a w płynie mózgowo-rdzeniowym, reakcji Pandeyego, Nonne-Apelta i oznaczaniem liczby ciałek. Przy tym wzięto pod uwagę przy kwalifikowaniu RZ jako ujemnej lub dodatniej zasady, wyłuszczone wyżej. Liczbę ciałek przekraczającą 3 w mm<sup>3</sup>, uważano za patologiczną.

#### A) Czułość reakcji ze złotem koloidowym.

##### 1. Porównanie RZ z reakcją Wassermann'a.

W 57 przypadkach kiły wykonano RZ i reakcję Wassermann'a w płynie mózgowo-rdzeniowym. W tej liczbie było 50 przypadków z wynikiem dodatnim RZ, a 7 z ujemnym. Wśród 50 przypadków RZ (+) było tylko 19 przypadków z wynikiem dodatnim reakcji Wassermann'a, a 31 przypadków z jej wynikiem ujemnym. Wśród wszystkich 7 przypadków z ujemnym wynikiem RZ reakcja Wassermann'a była również ujemna. Wyniki RZ (+) w poszczególnych postaciach kiły były następujące:

Wśród przypadków z	RZ (+)	Było przypadków	
		R.Wa (+)	R.Wa (—)
Kiła II rzędowa . . . . .	2	—	2
Kiła III rzędowa . . . . .	7	1	6
Kiła utajona . . . . .	14	2	12
Kiła mózgowo-rdzeniowa . . . . .	11	6	5
Wiąd rdzenia . . . . .	6	3	3
Porażenie postępujące . . . . .	10	7	3
<b>R a z e m</b>	<b>50</b>	<b>19</b>	<b>31</b>

Powyższe dane przemawiają za większą czułością reakcji z hydrosolem złota w porównaniu z reakcją Wassermann'a. Czułość ta specjalnie uwidoczniła się przy zmianach w płynie mózgowo-rdzeniowym: w II, III-rzędowej kile i (szczególnie) w kile utajonej, gdzie tylko 3 przypadki na 23 wykazywały zgodność dodatniego wyniku reakcji Wassermann'a z RZ. podczas gdy w kile mózgowo-rdzeniowej, wiądzie rdzenia i porażeniu postępującym już więcej niż połowa przypadków (16:27) wykazywała zgodność tych reakcji.

##### 2. Porównanie RZ z reakcją Nonne-Apelta. (No-Ap).

W 59 przypadkach kiły wykonano jednocześnie RZ i reakcję Nonne-Apelta, przy czym przypadków z dodatnim wynikiem RZ było 53, a z ujemnym 6. Wśród 53 przypadków RZ (+) były 22 przypadki z dodatnim wynikiem reakcji Nonne-Apelta, a 31 z ujemnym. Wśród 6 przypadków RZ (—) w 5 przypadkach była również i reakcja Nonne-Apelta ujemna, w jednym zaś dodatnia. Wyniki RZ (+) w poszczególnych postaciach kiły były następujące:

Wśród przypadków z	RZ (+)	Było przypadków reakcji No.-Ap.	
		+	—
Kiła I rzędowa . . . . .	1	—	1
Kiła II rzędowa . . . . .	2	—	2
Kiła III rzędowa . . . . .	8	2	6
Kiła utajona . . . . .	14	3	11
Kiła mózgowo-rdzeniowa . . . . .	11	5	6
Wiąd rdzenia . . . . .	6	3	3
Porażenie postępujące . . . . .	11	9	2
<b>R a z e m</b>	<b>53</b>	<b>22</b>	<b>31</b>

W porównaniu z reakcją Nonne-Appelta reakcja z hydrosolem złota również wykazała większą czułość. W jednym przypadku zmiany pierwotnej okazała się dodatnia, przy czym wychylenie w 3-ej i 4-ej próbówce sięgało do zabarwienia niebieskiego.

### 3. Porównanie RZ z reakcją Pandye go.

W 55 przypadkach chorych na kiłę wykonano jednocześnie RZ i reakcję Pandye go, przy czym w 49 przypadkach RZ dała wynik dodatni, w 6 zaś ujemny. Wśród przypadków RZ (+) było 38 przypadków z dodatnim wynikiem reakcji Pandye go, a 11 z ujemnym. W przypadkach ujemnej RZ reakcja Pandye go była w 5 przypadkach również ujemna, w jednym dodatnia. Wyniki RZ (+) w poszczególnych postaciach kiły były następujące:

Wśród przypadków z	RZ (+)	Było przypadków r. Pandye	
		+	-
Kiła I rzędowa . . . . .	1	1	—
Kiła II rzędowa . . . . .	1	1	—
Kiła III rzędowa . . . . .	8	6	2
Kiła utajona . . . . .	14	9	5
Kiła mózgowo-rdzeniowa . . . . .	10	10	—
Wiąd rdzenia . . . . .	5	3	2
Porażenie postępujące . . . . .	10	8	2
<b>R a z e m</b>	<b>49</b>	<b>38</b>	<b>11</b>

W porównaniu z reakcją Pandye go reakcja z hydrosolem złota okazała się również czulsza.

### 4. Porównanie RZ z oznaczaniem liczby ciałek w mm<sup>3</sup>.

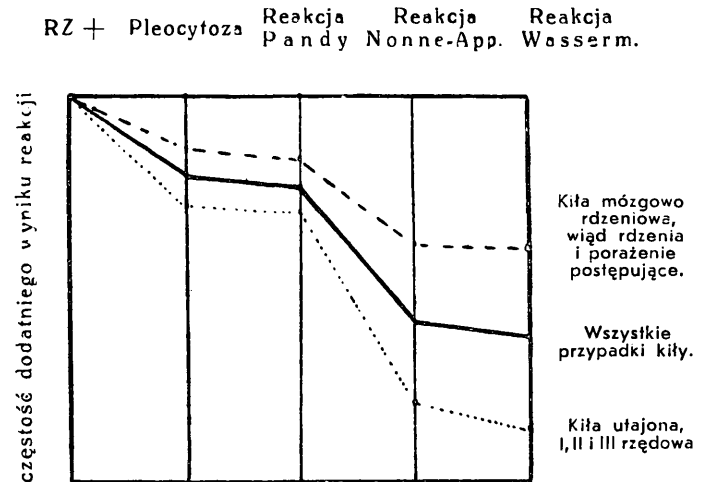
Na 52 przypadki, w których jednocześnie oznaczano liczbę ciałek w mm<sup>3</sup> i reakcję z hydrosolem złota, było RZ (+) 46 i RZ (—) 6 przypadków. Wśród 46 przypadków RZ (+) było 37 przypadków, w których liczba ciałek przekraczała 3 ciałka w mm<sup>3</sup> (pleocytoza +), a 9 przypadków z liczbą ciałek równą lub niższą od 3 w mm<sup>3</sup> (pleocytoza—). Wśród 6 przypadków RZ (—) w 4 przypadkach liczba ciałek przekraczała liczbę 3 w mm<sup>3</sup>, w 2 zaś była mniejsza lub równa 3. W poszczególnych postaciach kiły stosunki te przedstawiały się, jak następuje:

Wśród przypadków z	RZ (+)	Było przypadków pleocytozy	
		+	-
Kiła I rzędowa . . . . .	1	1	—
Kiła II rzędowa . . . . .	2	2	—
Kiła III rzędowa . . . . .	7	4	3
Kiła utajona . . . . .	11	8	3
Kiła mózgowo-rdzeniowa . . . . .	10	9	1
Wiąd rdzenia . . . . .	5	4	1
Porażenie postępujące . . . . .	10	9	1
<b>R a z e m</b>	<b>46</b>	<b>37</b>	<b>9</b>

Wśród przypadków z	RZ (—)	Było przypadków pleocytozy	
		+	-
Kiła III rzędowa . . . . .	1	1	—
Kiła utajona . . . . .	5	3	2
<b>R a z e m</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>2</b>

W celu porównania czułości poszczególnych reakcji między sobą i w stosunku do RZ przedstawiono powyższe wyniki w postaci wykresu (rys. 6). Rzędne

oznaczają stosunkowe częstości występowania dodatniego wyniku poszczególnych reakcji (rozmyślonych na odciętej) wśród przypadków dodatniego wyniku RZ.



Rys. 6.

Z przedstawionego w ten sposób materiału wynika, że czułość tych reakcji w szeregu malejącym jest następująca: RZ, oznaczanie liczby ciałek, reakcja Pandye go, reakcja Nonne-Appelta, wreszcie reakcja Wassermanna. Przy czym różnice w stopniu czułości zaznaczyły się w wybitniejszy sposób w przypadkach kiły I, II, III-rzędowej i utajonej, niż w grupie kiły mózgowo-rdzeniowej, wiądu rdzenia i porażenia postępującego.

### B) Wartość rozpoznawcza reakcji z hydrosolem złota.

Wszystkie przypadki kiłowe podzielono na grupy według charakteru krzywej z hydrosolem złota. Przy czym w wychyleniach lewostronnych wzięto pod uwagę trzy rodzaje krzywych, omówionych wyżej (rys. 5). Jako wychylenia prawostronne uważano te wychylenia, których *maximum* znajdowało się w próbówce szóstej lub w próbkach, znajdujących się dalej na prawo. Różne typy krzywych przypadają na następujące rozpoznania:

Rozpoznanie kliniczne	Liczba krzywych charakteryst. dla:				Razem
	poraż. post.	wiądu rdzenia	kiły mózgowo-rdzen.	zapal. oon.	
Porażenie postępowe . . . . .	12	3	1	2	18
Wiąd rdzenia . . . . .	2	4	2	—	8
Kiła mózgowo-rdzen. . . . .	3	6	8	—	17
Kiła utajona . . . . .	1	5	20	—	26
Kiła III rzędowa . . . . .	2	1	12	—	15
Kiła II rzędowa . . . . .	2	1	14	—	17
Kiła I rzędowa . . . . .	—	—	2	—	2

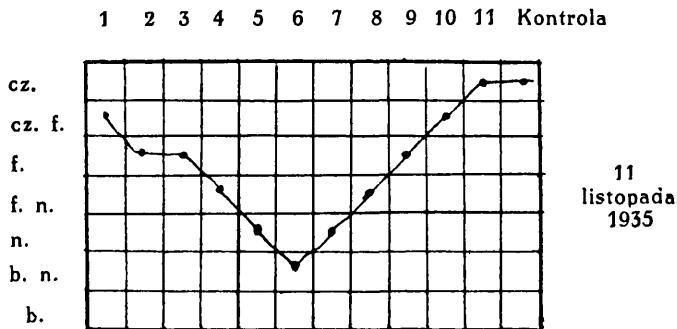
Z zestawienia tego wynika, że w porażeniu postępującym krzywa charakterystyczna wystąpiła w  $\frac{2}{3}$  przypadków (12:18), w wiądzie rdzenia w połowie przypadków (4:8), wreszcie w kiłach mózgowo-rdzeniowych w niespełna połowie przypadków (8:17). Z trzech rodzajów krzywych krzywa paralityczna jest najbardziej charakterystyczna. Jednak zdarzyła się ona również i w innych przypadkach, choć o wiele mniej często.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że powyższe typy krzywych zdarzają się i w przypadkach nieluetycznych (w naszym materiale 12 razy), to jasno wynika z tego,

że charakter samej krzywej nie decyduje o rozpoznaniu. Największe jeszcze znaczenie ma w tym względzie krzywa paralityczna. Zawsze jednak rozpoznanie musi być oparte na podstawie oceny innych jeszcze reakcji w płynie mózgowo-rdzeniowym i na podstawie ogólnych danych klinicznych.

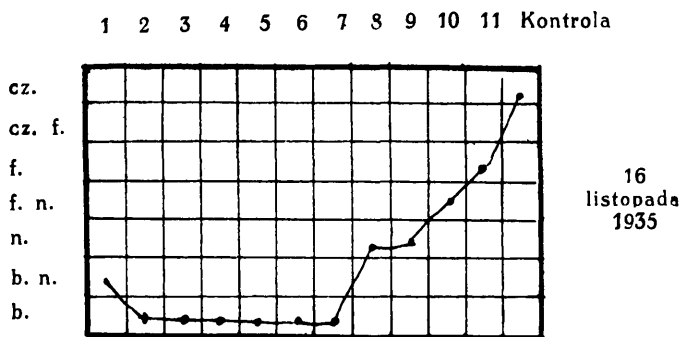
Wśród dwóch przypadków stwardnienia rozsianego w naszym materiale stwierdzono w obydwu razach typowe krzywe paralityczne.

Wśród pięciu przypadków zapalenia opon cztery były na tle gruźliczym, jeden w przebiegu róży twarzy. Wśród przypadków gruźliczego zapalenia opon w trzech przypadkach krzywa reakcji wykazywała przesunięcie *maximum* w prawo, przy czym zmiana barwy dochodziła do niebiesko-białej lub białej, w jednym zaś była to krzywa, wykazująca *maximum* w 3 i 4-ej próbówce. Jeden z powyższych przypadków dotyczył chorej H. z gruźlicą nerek i następczym zapaleniem gruźliczym opon mózgowych. U chorej tej wykonano nakłucie lędźwiowe dwukrotnie. Płyn z pierwszego nakłucia dał w reakcji z hydrosolem złota następującą krzywą:



Rys. 7.

Drugie natomiast nakłucie, po pięciu dniach, wykazało krzywą poniższą:



Rys. 8.

W miarę postępowania sprawa chorobowej krzywej pogłębiła się, przy czym również i lewe ramię jej obniżyło się. Następnego dnia po drugim nakłuciu chora zmarła.

Powyższe zmiany przypominają nieco jeden z przypadków Falkiewicza, gdzie chory z zapaleniem opon mózgowych zmarł w dniu nakłucia. Reakcja z hydrosolem złota wykazywała zupełne odbarwienie od 4 do 10-ej próbówki, w pierwszych trzech natomiast zmiana barwy dochodziła do niebieskiej, względnie niebiesko-białej.

Wreszcie wśród pięciu przypadków nagminnego zapalenia mózgu, w czterech przypadkach krzywa reakcji ze złotem koloidowym nosiła charakter krzywej paralitycznej, w jednym zaś wykazywała niewielką

zmianę barwy w 3 i 4-ej próbówce. Według Demme o wyniki reakcji z hydrosolem złota w przypadkach nagminnego zapalenia mózgu dają wychylenia krzywej po stronie lewej, przy czym mają być niekiedy obserwowane krzywe paralityczne.

Streszczając powyższe wyniki, należy powiedzieć, że reakcja z roztworem koloidowym złota odznacza się w porównaniu z innymi reakcjami, a przede wszystkim w porównaniu z reakcją Wassermann'a, wielką czułością. Czułość ta zaznacza się zwłaszcza w przypadkach niewielkich zmian w ośrodkowym układzie nerwowym. Przy rozróżnianiu różnych postaci kiły ośrodkowego układu nerwowego może oddać pewne usługi. Reakcja ta nie jest reakcją specyficzną. W przypadkach zapalenia gruźliczego opon może mieć ona pewne znaczenie prognostyczne.

Składam najserdeczniejsze podziękowanie JWPanowi Profesorowi Latkowskiemu za podjęcie, temat i kierownictwo w niniejszej pracy.

#### PIŚMIENNICTWO.

- 1) Beek C. H.: Vergleichende Untersuchungen über den Wert der einzelnen Liquorreaktionen. *Klin. Wschr.* 14. 1832—1834 (1935).
- 2) Bering Fr.: Die Bedeutung der Meinickeklärungsreaktion und der Pallidareaktion für die Liquordiagnostik der Syphilis. *Dtsch. Med. Wschr.* 62. 1586—1587 (1936).
- 3) Bonsmann M.: Vergleichende Untersuchungen über Kolloidreaktionen im Liquor Cerebrospinalis. *Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 134. 20—36 (1920).
- 4) Cottini G.: Osservazioni sul liquido cefalo-rachidiano in stadi diversi dell'infezione sifilitica. *Gior. ital. Dermat.* 76. 1315—1323 (1935), cyt. w/g *Zentralblatt f. Neur. u. Psych.* 81. 325.
- 5) Custer: Einfache Methode zur Herstellung von Goldlösungen. *Münch. med. Wschr.* 70. 14, 432 (1923).
- 6) Dattner B.: Über die therapeutische Wirkung fünfwertigen Arsenverbindungen bei den Spätformen der Neurosyphilis. *Klin. Wschr.* 14. 1161—1164 (1935).
- 7) Dattner B.: Weitere Epikrisen Malariabehandelter Paralytiker. *Klin. Wschr.* 9. 2425—2429 (1930).
- 8) Demme H.: Die Liquordiagnostik in Klinik und Praxis. Lehmanns Verlag, München. 1935.
- 9) Dreyfus G. u. Mayer K.: Über Einteilung und Verlauf der Neurosyphilis. *Dtsch. med. Wschr.* 1931. I. 749—751.
- 10) Falkiewicz T.: O wartości prognostycznej odczynu ze złotem koloidowym w przypadkach zapalenia opon mózgowych. *Pol. Gaz. Lek.* 1925. 757—759.
- 11) Falkiewicz T.: O odczynach koloidowych w płynie mózgowo-rdzeniowym i ich znaczeniu dla diagnostyki chorób układu nerwowego. *Wykład. Pol. Gaz. Lek.* 1924. 180.
- 12) Falkiewicz T.: Stosunek krzywej reakcji Langego do rodzaju pleocytozy w płynie mózgowo-rdzeniowym. *Pol. Gaz. Lek.* 6. 1024—1029 (1927).
- 13) Fischer, Busch: Über die praktische Bedeutung der Kolloidreaktionen mit Berücksichtigung des Gesamtliquorbefundes. *Schw. med. Wschr.* 64. 333—336 (1934), cyt. w/g *Zblt. f. Neur.* 73. 138.
- 14) Foerster: Zur Diagnose metasyphilitischer Erkrankungen durch Nachweis von Gehirntankörpern. *Klin. Wschr.* 1933. II. 1052—1054.
- 15) Fowweather: *Brit. J. exper. Path.* 9. Nr. 4 (1928), cyt. w/g Hermann'a.
- 16) Gärtner St.: Ein einfaches photometrisches Verfahren zur Bestimmung des Eiweißgehaltes des Liquor cerebrospinalis. *Z. Neur.* 128. 641—647 (1930).
- 17) Gärtner St.: Versuche mit Kongorotsol im Liquor cerebrospinalis. *Z. Neur.* 149. 621—628 (1934).
- 18) Gärtner St., Kostyal L.: Zur Theorie der Kolloidreaktionen. 128. 648—663 i 664—672 (1930).
- 19) Gellhorn: Das Permeabilitätsproblem, seine physiologische und allgemeine pathologische Bedeutung. J. Springer, Berlin. 1929.
- 20) Goebel W.: Über neue Erfahrungen mit einer ergänzten und wieder vereinfachten Mastixreaktion. *Münch. med. Wschr.* 1921. 943—

944, cyt. w/g Gärtnera. — 21) Gruszecka A.: Das Syndrom der Eiweissreaktionen in der Liquordiagnostik. Z. Neur. 153. 447—455, cyt. w/g Kongresszentralblatt f. inn. Med. 83. 696. — 22) H a g u e n a u: De l'emploi de l'or colloidal sensibilisé pour la réaction de Lange. C. r. Soc. Biol. Paris. 83. 1351 (1920). — 23) H a u g K.: Experimentelle und klinische Untersuchungen zur Frage der Beziehungen zwischen Goldsolreaktion, Zellgehalt und Eiweissrelation nach Kafka im Liquor cerebrospinalis. Z. Neur. 149. 103—121 (1933). — 24) H e r m a n n: Die Goldsolösung nach Fowweather. Klin. Wschr. 11. 902—903 (1932). — 25) H ü r t h l e K.: Die Cerebrospinalflüssigkeit. Handbuch der norm. u. path. Physiol. Bethe, Bergmann Bd. X. 7—12. — 26) J a n s c ó N.: Pharmakologische Beeinflussung des Reticuloendothels. Klin. Wschr. 10. 537—540 (1931). — 27) J o ë l E.: Das kolloide Gold in Biologie und Medizin. Akademische Verlagsgesellschaft. Leipzig. 1925. — 29) K a f k a V.: Methoden zur Untersuchung des Liquor cerebrospinalis. H-buch der biol. Arb. Abderhalden. Abt. V. Teil 5 B. 5—72. — 28) K a f k a V.: Liquoruntersuchung. Erg. der ges. Med. Bd. IV. 107—129 (1923). — 30) K a f k a V.: Die klinische Bedeutung der Eiweissuntersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit mit besonderer Berücksichtigung der Eiweissrelation. Dtsch. Z. Nervenheilk. 138. 154—164 (1935), cyt. w/g Kongresszentralblatt f. inn. Med. 85. 444. — 31) K a f k a V., R i e b e l i n g, S a m s o n: Die Methodik der Eiweissrelation des Liquor cerebrospinalis. Klin. Wschr. 11. 1757—1758 (1932). — 32) K a f k a V.: Die Cerebrospinalflüssigkeit. Franz Deuticke, Leipzig u. Wien. 1930. — 33) K a f k a V.: Funktionellgenetische Liquoranalysen. 137. 373—384. 140. 778—788. 789—797. — 34) K l e i n e r G.: Vergleichende Untersuchungen mit Verschiedenen neueren Liquorkolloidreaktionen. Klin. Wschr. 11. 811—812 (1932). — 35) K o r n i a n s k y: Zur klinischen Bewertung der Liquorreaktionen bei Erkrankungen des Nervensystems. Sovet. Klin. 21. 320—328 (1935), cyt. w/g Zblatt f. ges. Neur. 80. 634. — 36) K r e b s H. A.: Zur Goldsolreaktion im Liquor cerebrospinalis. Klin. Wschr. 4. 1309—1312 (1925). — 37) L a n g e C.: Über die Ausflockung von Goldsol durch Liquor cerebrospinalis. Ber. Klin. Wschr. 1912. 897—901. — 38) L a n g e C.: Lumbalpunktion und Liquordiagnostik. Spezielle Pathologie und Ther. inn. Krankheiten Kraus Fr. u. Brugsch T. Band II. T. III. 435—686 (1923). — 39) L i p p e l t H.: Die Bedeutung der Meinicke-klärungsreaktion im Liquor cerebrospinalis für die Diagnose des cerebralen Lues. Klin. Wschr. 15. 1839—1842 (1936). — 40) M a r c h i o n i n i: Neuere Liquoruntersuchungen zur Differentialdiagnose syphilitischer Erkrankungen des Zentralnervensystems. Klin. Wschr. 10. 2393—2396 i 11. 146—148. — 41) M a r c h i o n i n i: Zur Liquordiagnose metasyphilitischer Erkrankungen des Zentralnervensystems. Dtsch. Z. Nervenheilk. 122. 55—62 (1931), cyt. w/g Kongresszentralblatt f. inn. Med. 64. 635. — 42) M a r t i n E., M a c h R. i J u n e t: Le taux du chlore dans le liquide céphalorachidien et le sang au cours de la méningite tuberculeuse. Schw. med. Wschr. 66. 616—619. 1936. — 43) N e e l A. V. i D i c k m e i s s P.: Über den diagnostischen Wert der Kolloidreaktionen in der Cerebrospinalflüssigkeit.

Hosp. tid. 1930. I. 697—706, cyt. w/g Kongresszentralblatt inn. Med. 59. 525. — 44) P a p p e n h e i m M.: Die Lumbalpunktion. Rikola Verlag, 1922. — 45) P a u l i W o: Die neuere Entwicklung der Kolloidchemie und die Medizin. Klin. Wschr. 3. 1—5 (1924). — 46) P a u l i W o. u. S i n g e r L.: Zur allgemeinen Chemie der Kolloid-Kolloidreaktionen. Biochem. Z. 244. 76—127 (1932) i 250. 535—548 (1932). — 47) P l a u t F.: Normale u. pathologische Physiologie des Liquor cerebrospinalis. H-buch der norm. und pathol. Physiol. Bethe, Bergmann. Bd. X. 1179—1231 (1927). — 48) R i e b e l i n g K.: Wie weit kann uns der Liquorbefund die Therapeutische Indikation bei luischen Erkrankungen des Zentralnervensystems geben? Münch. med. Wschr. 1934. 1529—1531. — 49) R i e c h e r t T., S w e r b e j e w: Über den Wert der Siliquidreaktion. Arch. f. Psych. 92. 156—166 (1930), cyt. w/g Kongresszentralblatt. 61. 852. — 50) S a m s o n K.: Die Liquordiagnostik im Kindesalter. Erg. d. inn. Medizin. Bd. 41. 553—788 (1931). — 51) S c h m i t t W.: Kolloidreaktionen der Rückenmarkflüssigkeit. Dresden, Leipzig, Steinkopf. 1932. — 52) S c h m i t t W.: Die Reaktionen von Nonne-Appelt, Pandey und Weichbrodt an reinsten Serum-eiweisskörpern. Z. Neur. 128. 504—511 (1930). — 53) S t a e r m a n, P r i m a k: Die Rolle der Dynamik der Eiweisskurve des Liquors für die Prognose der cerebrospinalen Meningitis bei Kindern. Sovet. Pediatr. Nr. 10. 23—26, cyt. w/g Z-blatt f. Neurol. 81. 197 (1935). — 54) S t e i n f e l d J.: Nachweis spezifischer Antikörper bei Matalues, eine Grundlage für neue Wege in der Spätsyphilitherapie (Endolumbale Lipoidbehandlung). Klin. Wschr. 1930. 1253—1256 i 1931. 398—402. — 55) S t a u b, J e t z l e r: Kolloidreaktionen im Serum. Klin. Wschr. 14. 1638 (1935). — 56) S t r a u b e: Die molekulargelösten Körpereigenenstoffe im Liquor cerebrospinalis. Dtsch. Z. Nervenheilk. 134. 267—281, 282—287, 288—293, 294—299, cyt. w/g Kongresszentralblatt f. inn. Med. 79. 434. — 57) S t r a u b e H.: Die normale Harnstoffkonzentration im Blut und Liquor cerebrospinalis. Klin. Wschr. 13. 1377—1381 (1934). — 58) W a g n e r - J a u r e g g: Die Behandlung der luetischen Erkrankungen des Nervensystems. Ther. der Gegenwart. 77. 385—389 (1936). — 59) W a g n e r - J a u r e g g: Der Mechanismus der Wirkungen der Infektion- und Fiebertherapie. Klin. Wschr. 14. 481—484 (1935). — 60) W i t t g e n s t e i n A.: Liquor und Spätsyphilis. Dtsch. med. Wschr. 1930. II. 1474—1476 (1930). — 61) W ü l l e n w e b e r G.: Die diagnostische Wertigkeit der Untersuchungsmethoden am Liquor cerebrospinalis. Nervenarzt. 3. 22—31 (1930), cyt. w/g Kongresszentralblatt f. inn. Med. 58. 159. — 62) W ü l l e n w e b e r: Der Liquor cerebrospinalis im Rahmen der Neurologischen Diagnostik. Dtsch. med. Wschr. 1933. II. 1562—1564. — 63) Y d e A l f: Untersuchungen über die Eiweissarten der Rückenmarkflüssigkeit. Hosp. tid. 1935. 1275—1286, 1287—1296, cyt. w/g Kongresszentralblatt f. inn. Med. 85. 702. — 64) Y d e A l f: Über das Verhältnis zwischen Globulin- und Albuminmenge in der Cerebrospinalflüssigkeit. Acta psychiatr. 9. 187—194, cyt. w/g Kongresszentralblatt f. inn. Med. 77. 288. — 65) Z s i g m o n d y, T h i e s s e n: Das Kolloide Gold. Leipzig. 1925.

## Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Oddziału Dermatologicznego Szpitala na Czystem w Warszawie.

(Ordynator: I. J. Merenlender).

**Xeroderma pigmentosum**  
(Melanoneurinoma consecutivum).

Podali

I. J. MERENLENDER i B. GINZBURGOWA.

*Xeroderma pigmentosum*\*) czyli t. zw. skóra per-

\*) X. P.

gaminowa uchodzi ogólnie, jak wiadomo, za schorzenie rodzinne i dotyczy nie raz — w danej rodzinie — dzieci jednej tylko płci (Civatte)<sup>1)</sup>. Schorzenie to jest już dawno znane jako dziedziczne o charakterze recesyjnym. Przeprowadzając badania, dotyczące dziedziczenia X. P. na dużym materiale (450 przypadków, zestawionych z piśmiennictwa do 1936 r.), M a c k l i n<sup>2)</sup> potwierdził wyniki badań, przeprowadzonych dawniej

1) Nouvelle Pratique Dermatol. 1936. T. VI.

2) Zbl. f. Hautkr. B. 55 (1937).

przez Siemensa i Kohna (o recesyjnym dziedziczeniu tego schorzenia); analizując wspomniany materiał, ustalił Macklin w 22% przyp. pokrewieństwo rodziców.

Należy jednak zaznaczyć, że spostrzegano często przypadki X. P. (naliczyliśmy około 40-tu takich publikacji), w których dziedziczenia lub pokrewieństwa rodziców, ani też schorzeń podobnych w rodzinie nie stwierdzano. Cierpienie to występuje, jak widać z piśmiennictwa wszechświatowego, we wszystkich niemal krajach i niezależnie od rasy.

X. P. występuje w większości przypadków już we wczesnym dzieciństwie; rozpoczyna się od rumieni na twarzy, która może wykazywać objawy wyprysku. Zmiany te występują przeważnie na odkrytych częściach skóry (rzadziej i na przestrzeniach zakrytych) — w pierwszym miesiącu wiosennym, nasilają się w lecie, ustępują na jesieni, pozostawiając brunatne plamy. W późniejszych latach występują wybitniejsze zmiany barwnikowe, plamy zanikowe, rozszerzone nacynia; skóra staje się połyskująca. Wreszcie w końcowym okresie (po wielu latach) zjawiają się rozrosty brodawkowate, które przeważnie podlegają złośliwej przemianie (nabłoniaki, mięsaki).

Etiologia cierpienia jest częściowo tylko wyjaśniona.

Już Kaposi uznał skłonność chorobową skóry, jako przyczynę schorzenia.

Istota schorzenia polega głównie na zmianach w ustroju, który pod wpływem promieni świetlnych reaguje odmiennie, niż ustrój normalny.

Rothmann<sup>3)</sup> podaje następujące dowody, dotyczące wpływu światła (jako głównego czynnika) na powstawanie X. P.

1) Początek schorzenia po silnym usłonecznieniu. 2) Podobieństwo pierwszych objawów do opalenia słonecznego. 3) Umiejscowienie wyłącznie na obnażonych powierzchniach skóry. 4) Pogorszenie sprawy chorobowej na skutek zadziaania światła. 5) Lecnicze działanie ochrony przed światłem. 6) Częste występowanie u wieśniaków, którzy są narażeni na światło słoneczne. 7) Podobieństwo X. P. do Seemannshaut (U n n a), której zależność od światła nie ulega wątpliwości.

Niektórzy autorzy zaliczają X. P. do schorzeń degeneracyjnych, a to z powodu spostrzeganego niekiedy współistnienia u tych chorych objawów zwyrodnieniowych (kretynizm, idiotyzm, głuchoniemota, karłowatość, psychastenia).

Nowocześni badacze (Kumer, Rothmann i inni) podkreślają, że występowanie swoje X. P. zawdzięcza skojarzeniu dwóch momentów: światła i dyspozycji.

Stwierdzono wielokrotnie u chorych na X. P. nadwrażliwość zarówno na promienie ciepłe, jak i świetlne (widoczne); zwłaszcza odczyn na promienie pozafiołkowe jest wzmożony, co, zresztą, i u naszej chorej stwierdzono doświadczalnie podczas I pobytu w oddziale w 1925 r.

Wykazano również nadwrażliwość na promienie radowe „a“ oraz promienie Roentgena, co też nasunęło Gougerotowi myśl, że X. P. jest powodowana promieniami podobnymi do rentgenowskich, a zawartymi w widmie słonecznym.

<sup>3)</sup> Cytow. u Kumera w dużym podręczniku Arzta i Zielera B. II/1934.

Interesujące badania przeprowadził niedawno Heft<sup>4)</sup> nad skórą chorego na X. P.; chodziło mu o ustalenie wrażliwości na promienie pozafiołkowe, Sollux i Roentgena. Autor wykazał, że wrażliwość na ultrafiolet była normalna w odcinkach zdrowych, a zmniejszona w chorych; natomiast nie stwierdził on zwiększonej wrażliwości na promienie X.

Poszukiwania w X. P. substancji sensybilizującej światło (na podobieństwo porfiry), jak w *Hydroa vacciniforme*, nie dały dotychczas wyników dodatnich. Według badań Rothmanna, wrażliwość nie jest związana z krwią, lecz z konstytucją osobników, cierpiących na X. P.

X. P. jest cierpieniem stosunkowo nie częstym. W ciągu 2½ lat (1935—1937) naliczyliśmy w piśmiennictwie wszechświatowym 34 przypadki. Jeżeli je dołączyć do 450, zestawionych przez Macklina, to liczbę dotychczas ogłoszonych spostrzeżeń należałoby ocenić na 484. W oddziale dermatolog. Szpitala na CzySTEM spostrzegano w ciągu 15-lecia (1922—1937) zaledwie 2 przypadki (łącznie z obecnym). W uwadze dyskusyjnej z okazji pokazu Lenartowicza oświadczył tak doświadczony dermatolog, jak R. Leszczyński<sup>5)</sup>, że widział we Lwowie tylko 4 przypadki w ciągu 25 lat. Cranright<sup>6)</sup> obserwował w Chinach (wśród 100.000 pacjentów skórnych) 1 tylko przypadek X. P., dziadek tej chorej cierpiał również na X. P. i żył, zresztą, 90 lat.

Spielmann i Weille<sup>7)</sup> podkreślają również rzadkość cierpienia; z okazji swego pokazu oświadczyli oni, że jest to pierwszy przypadek zbadany w klinice od 30 lat; zmiany dotyczyły ściśle obnażonych miejsc u 15-letniej dziewczyny. Autorzy nie stwierdzili u chorej guzów pomimo rozwoju schorzenia od 2-go roku życia i istnienia typowych innych zmian.

Co się tyczy zmian oczu w przebiegu X. P. (jak to stwierdziliśmy i w naszym przypadku), to należą one do bardzo rzadkich.

Pergola<sup>8)</sup> naliczył we wszechświatowym piśmiennictwie tylko 56 przypadków X. P., w których spostrzegano zmiany gałek ocznych; zmiany plamisto-barwnikowe, rozrosty rakowato-brodawkowate (spostrzegane między innymi również przez Goldschlaga<sup>9)</sup> w obu łącznicach) dotyczyły powiek, łącznicy, rogówek.

Rokowanie *quoad sanationem* — złe; *quoad vitam* — wątpliwe pomimo przytoczonego przypadku Cranrighta (wobec możliwości powstawania złośliwych nowotworów).

Ciekawe, że powstające nowotwory — teoretycznie bardzo złośliwe — nie raz długo pozostają w spokoju i nie powodują przerzutów. W wielu przypadkach spostrzega się, że chorzy znoszą te guzy przez wiele lat. Często jednak może dojść nie tylko do głębokich zniszczeń, ale i do przerzutów w narządach wewnętrznych.

Nasze spostrzeżenie dotyczyło 20-letniej dziewczyny K. Jak wynika z wywiadów, w rodzinie nikt podobnego cierpienia nie miał. Rodzice, którzy nie są spokrewnieni ze sobą — są zdrowi, również i rodzeństwo jest zdrowe.

Obecne cierpienie wystąpiło u chorej w drugim roku ży-

<sup>4)</sup> Acta Derm. neurol. 1935.

<sup>5)</sup> Zbl. f. Hautkr. B. 45, S. 559 (1932).

<sup>6)</sup> Zbl. f. Hautkr. B. 49, S. 685 (1935).

<sup>7)</sup> Bulletin de la Soc. Franç. 7/1936.

<sup>8)</sup> Zbl. f. Hautkr. B. 55, S. 558 (1937).

<sup>9)</sup> Zbl. f. Hautkr. B. 55, S. 337 (1937).



cia, latem po dłuższym nasłonecznieniu. Według opowiadań matki, wystąpiło wówczas na powierzchniach nasłonecznionych zacerwienie, a później zaciemnienie skóry.

Dopiero po kilku latach matka zrozumiała, jak niebezpieczne jest działanie słońca na skórę chorej.

Chora była w oddziale po raz pierwszy w 1924 r., wówczas już stwierdzono poważne zmiany znamienne zarówno skóry, jak i gałek ocznych. Poza zmianami barwnikowymi i zanikowymi widoczne były już wówczas również rozrosty brodawkowate skóry twarzy.

W 1933 roku wystąpił u chorej w okolicy zausznej prawej guzek wielkości grochu polnego, który stale wzrastał.

Wobec trudności materialnych chora mogła przybyć do szpitala dopiero po 3-ach latach.

Chora jakoby od wielu miesięcy gorączkuje.

Miesiączkowanie, które dawniej było normalne, w ostatnim roku jest nieregularne (co 6—7 tygodni 2—3 dni).

Stan chorej (styczeń 1936 r.) przedstawiał się po przybyciu do oddziału, jak następuje:

Chora budowy prawidłowej, lecz drobnej, ma wygląd daleko młodszego (mniej więcej 15 lat), odżywiania miernego.

Gruczoły chłonne poza podszczękowymi i karkowymi prawostronnymi nie powiększone.

W jamie ustnej uderza suchość śluzówek.

W narządach wewnętrznych poza nieznacznym przytłumieniem w szczytach płuc i powiększeniem wątroby o 1 palec zmian patologicznych nie stwierdza się.

W układzie nerwowym (p. Dr. Kipmanowa) stwierdzono: odruchy mięśnia trójgłowego, kolanowy i Achillesa po stronie lewej żywsze, niż po prawej.

Odruchy Jacobsohna, Sterlinga, Rossolimo dodatnie obustronnie. Nieznacznym *clonus* (wyczerpujący się szybko) *patellarum*. Nieznacznym *clonus stóp*.

Badanie ginekologiczne wykazało lekki niedorozwój macicy i jajników.

W moczu — zmian patologicznych nie stwierdzono.

Badanie kału — (na utajone krwawienie) dało odczyn słabo dodatni.

Badanie krwi:

Morfologia — Hemoglobina — 38; Czerw. ciał. — 2.350.000 (!); Białych ciał. — 11.200 (!); wskaźnik — 0,9.

Wzór krwi — Segment — 76,5%; pałeczk. — 3,5%; limf. — 15,5% (!); monoc. — 4,5%; eozynochłon. — 0%.

Odczyn Wassermanna — ujemny.

Odczyn Biernackiego — znaczne przyspieszenie opadania krwinek (po 15 minutach).

Badanie chemiczne krwi (dokonane w pracowni D-ra Dworeckiego), wykazało nieznaczne zmniejszenie poziomu cukru.

Prześwietlenie klatki piersiowej promieniami Roentgena nie wykazało zmian patologicznych ani w płucach, ani w sercu.

Stan skóry. Już na pierwszy rzut oka uderza umiejscowienie zmian wyłącznie na powierzchniach dostępnych działaniu promieni słonecznych, mianowicie: sprawa chorobowa dotyczy twarzy, małżowin usznych, szyi, karku, górnych odcinków klatki piersiowej (zarówno tylnej, jak i przedniej powierzchni), kończyn górnych i dolnych. W powyższych miejscach stwierdza się przede wszystkim nadmierną suchość skóry i niezliczone plamy wielkości od łąpka szpilki do monety 5-groszowej barwy czarno-brunatnej. Poza tym bardzo liczne miejsca pozabawione barwnika w naskórku ścięczałym (wybitnie zanikowe). Przeszrenie zanikowe są szczególnie liczne i rozległe na uwarzy. Wśród ognisk zanikowych stwierdza się liczne naczyńki, miejsca te przypominają skórę, uszkodzoną przez promienie Roentgena.

W skórze twarzy, zwłaszcza w otoczeniu warg, stwierdza

się kilkanaście guzkowatych tworów o powierzchni zrogowaciałej, w pobliżu prawego kąta ust twór zrogowaciały dosięga wielkości dużego grochu.

Czerwień warg wykazuje odcień białawy (zaniki) i bardzo liczne rozszerzone naczynia krwionośne.

Skóra twarzy wykazuje kilkanaście wyniosłości brodawkowatych — wielkości od łąpka szpilki do orzecha laskowego. (Fotogr. Nr. 1).



Ryc. 1.

Ponad kątem prawym ust widać guzek brodawkowaty (wielkości fasoli), rozpadający się i wykazujący cechy nowotworu.

Niezwykle charakterystyczne dla cierpienia są zmiany skóry powierzchni grzbietowych rąk (p. fotogr. Nr. 3): czarno-żółtawe plamy, zaniki, nowoutworzone naczynia.



Ryc. 2.



Poza tym niektóre paznokcie wykazują lekką nierówność, względnie plamki czerwone przypominające naczyniaki.

W okolicy karkowo-usznej prawej stwierdza się twór półkolisty o powierzchni guzowatej, owrzodziałej, wielkości pięści, spistości twardej u nasady, mięsistej w części środkowej, miejscami wyraźnie widać wałowate odgraniczenie od sąsiadującej skóry prawidłowej. Górna powierzchnia pokryta masą śluzowo-ropną, wykazuje wyraźny odcień czarniawy. Poniżej guza stwierdza się wybitne obrzmienie, a częściowo zropienie gruczołów chłonnych szyjnych. (Fotogr. Nr. 2).



Ryc. 3.

Do cech znamienych schorzenia należą zmiany powiek i gałek ocznych, które są analogiczne do zmian skóry, a przedstawiają się, według opinii okulisty (D-ra Skotnickiego), jak następuje: Spojówka powiekowa zgrubiała i przerosła. Skóra dolnych powiek zniszczona. Brzegi powiekowe zniszczone i zrosnięte z gałkami. Zrosty z gałką prawą sięgają do połowy rogówki. Siła wzroku 1/10. Skóra dolnej powieki lewej zniszczona i zrosnięta z gałką w górnej części rogówki, ściągając w ten sposób gałkę ku dołowi i na zewnątrz.

Visus — ruchy ręki przed okiem.

Reasumując: w spostrzeżeniu tym mieliśmy więc do czynienia z klasycznym przypadkiem skóry pergaminowej barwnikowej (*xeroderma pigmentosum*), cierpienia rzadkiego, którego etiologia wiąże się ściśle z konstytucyjnym odczynem skóry na promienie słoneczne.

W przypadku tym mamy skojarzone wszystkie okresy tego cierpienia, mianowicie: zmiany barwnikowe i zanikowe z naczyniakami, nadmierne rogowacenie, które tu, jak wiadomo, jest objawem stanu przedrakowego i które często jak w danym przypadku, prowadzi do złośliwych nowotworów. Końcowy okres tego cierpienia, którego złe rokowanie jest, niestety, znane, ma właśnie wyraz w nowotworze u tej chorej.

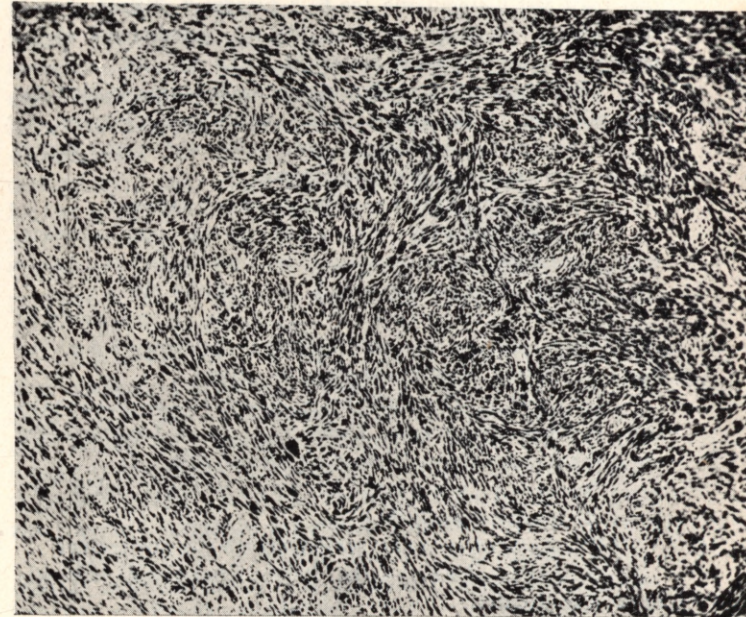
Wobec wyraźnych przerzutów do gruczołów chłonnych szyjnych, a przede wszystkim wobec nieustępującej podwyższonej ciepłoty, trwającej od wielu miesięcy, i ogólnego wycieńczenia, chora została przeniesiona do oddziału chirurgicznego D-ra K o h a n a, który dokonał 19.II.1936 r. zabiegu operacyjnego.

Przebieg operacji przedstawiał się, jak następuje: Cięcie na dolnym biegunie zuchwy po str. prawej. Dostanie się na ostro do gruczołów podszczękowych, zmienionych nowotworowo. Po odchyleniu zebranych gruczołów i ślinianki i przedłużeniu cięcia na brzegu guza wzdłuż mięśnia mostkowo-sutkowo-obj-

czykowego, przystąpiono do wyłuszczenia guza. Guz zebrano wraz z mięśniem mostkowo-sutkowo-objęczykowym. Oddzielenie od dużych naczyń szyi bardzo trudne i możliwe tylko dzięki grubej elastycznej powięzi, oddzielającej guz od naczyń. W górnym biegunie podwiązano *art. maxillaris externa*, oddzielono guz od góry i od tyłu i w całości z gruczołami usunięto.

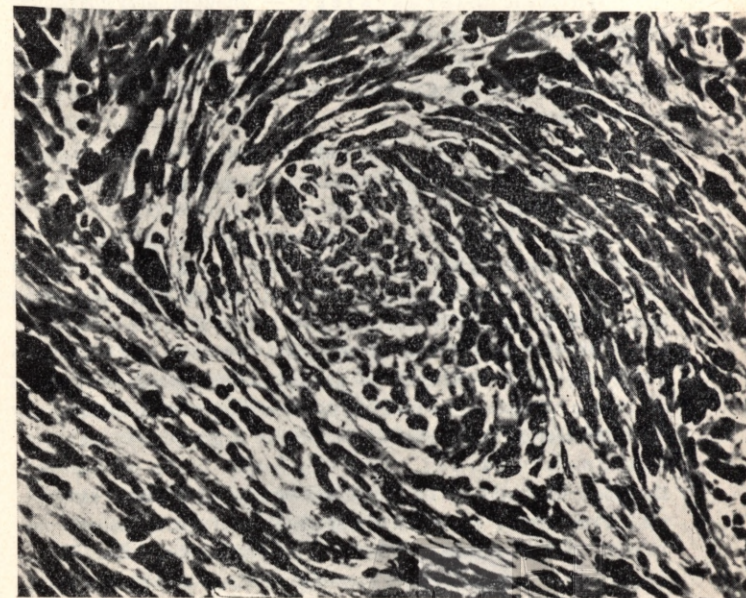
Dokładna hemostaza. Duży ubytek skórny pokryto częściowo (nad naczyniami) płatem uszypułowanym, wziętym z okolicy nadgrzebieniowej prawej. Opatrunek.

Badanie histologiczne guza szyi i gruczołów wykazało utkanie charakterystyczne dla czerniaka skóry: większość komórek nowotworowych w postaci wrzecionowatej, o dużym jądrze podłużnym; pozostałe komórki o kształtach rozmaitych (wieloboczne, okrągłe); zarówno jądra, jak i pierwoszcze naszpikowane melaniną. (Fotogr. Nr. 4). Bu-



Ryc. 4.

dowa guza przypomina poza tym nerwiak (*neurinoma*), siateczkowe utkanie: w pętłach, tworzonych przez komórki podługowate, mieszczą się zraziki, składające się z cebulasto ułożonych komórek wielobocznych (*Melanoneurinoma*). (Fot. Nr. 5).



Ryc. 5.



Uderza poza tym — jak to zresztą często się widuje w czeraniakach — obfitość naczyń, wybitne ropienie (odczyn naciekowy) i ziarnina.

*Decursus morbi.*

Chora powróciła po dokonanej operacji do oddziału dn. 21.III.36. Ciepłota normalna. Stan ogólny dobry.

W miejscu pooperacyjnym stwierdziliśmy przestrzeń ziarninującą długości około 10 cm, szerokości 1 cm.

Rana goiła się gładko *per secundam*, i 27.V.36 r. chora w stanie dobrym wypisana została z oddziału.



Ryc. 6.

W miejscu pooperacyjnym wytworzył się bliznowiec. (Fot. Nr. 6). 4.IX.36 r. chora przyjechała na badanie. Stwierdziliśmy w miejscu pooperacyjnym nowowytworzony guz (podobny do pierwotnego) wielkości pięści dorosłego człowieka, spoistości miękkawej; chora ponownie gorączkuje. Chora nie mogła się zostać w szpitalu i wróciła do domu. 15.IV.37 r. otrzymaliśmy wiadomość od rodziny, która się opiekuje chorą, że guz wzrósł i częściowo rozpadł się, a chora nadal gorączkuje przy złym stanie ogólnym.

Przypadek zasługuje na uwagę:

- 1) z punktu widzenia ikonograficznego: piękny okaz tego rzadkiego cierpienia;
- 2) ze względu na rzadziej spotykane w tym cierpieniu zmiany oczne;
- 3) ze względu na długotrwałą (13 lat) obserwację;
- 4) na wybitną złośliwość nowotworu głównego (w okolicy zausznej), a jednak trwającego od 3-ech lat;
- 5) wobec osobliwego utkania histologicznego guza (*Melanoneurinoma*);
- 6) ze względu na chwilową tylko skuteczność operacyjnego usunięcia głównego nowotworu.

Streszczenie.

Spostrzeżenie dotyczy 20-letniej chorej, będącej na obserwacji w ciągu 13 lat, a u której rozwinął się w pełni obraz rzadko spostrzeganej pergaminowej skóry barwikowej. Poza licznymi wyrosłami na twarzy, wytworzył się u chorej od 3-ech lat (w okolicy szyjnej prawej) guz wielkości pięści. Wobec stanu gorączkowego trwającego od szeregu miesięcy, przerzutów do najbliższych gruczołów chłonnych, oraz ogólnego charakteru, zdecydowano usunięcie chirurgiczne guza wraz z chorobliwie zmienionymi gruczołami. Badanie histologiczne tkanki guza wykazało osobliwe utkanie nowotworowe: *melanoneurinoma*.

Szybki nawrót nastąpił już po kilku miesiącach.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Pod kierunkiem M. GANTZA.

### Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

#### Ekto — i endosympatozy.

Podał

Dr. med. Antoni WAJNGOT (Warszawa).

Miano „sympatoza“ zjawiało się na widowni piśmiennictwa lekarskiego przed kilku laty. Ostatnio eliminuje ono skutecznie niewiele mówiące i, rzec można, wyświechtane wyrażenie „nerwica wegetatywna“, i aczkolwiek w grupie sympatoz, poza kilku nowymi zespołami mieszczą się powszechnie i od dawna znane obrazu kliniczne — ta zmiana mianownictwa nie jest wyłącznie kwestią tej lub innej umowy, nie jest tylko wymianą na nowy starego płaszczyka, okrywającego tę samą, niejasną i mglistą treść. Sprawa posiada tło głębsze. W morfologii słowa „sympatoza“, przez analogię do nefrozy, czy hepatozy, zawiera się pojęcie zmiany nie tylko funkcjonalnej, ale i morfotycznej. Wielka niewiadoma, jaką do niedawna (a po części i obecnie) stanowi substrat anatomiczny, czy chemiczny normalnych czynności układu nerwowego korci co znakomitsze umysły i zachęca je do badań. Próżnia, wypełniona tajemnicą, staje się trudna do zniesienia. Ostatnie lata przyniosły do pewnego stopnia wyświechtanie mistycznych, uchylających się obserwacjom czynności układu nerwowego,

nadając im charakter uchwytny i materialny. Sądzę, że tym tendencjom do przychwycenia czynności układu nerwowego „na gorącym uczynku“ i osiągnięciem dotąd rezultatom przypisać należy może tylko intuicyjne, może przedwczesne przyjęcie terminu, łączącego w sobie pojęcie zmiany zarówno czynnościowej, jak i materialnej. Dlatego też z początku przedstawię choćby najbardziej szkicowo obecny stan wiadomości o istocie czynności układu nerwowego, będący owocem najsubtelniejszych badań dwóch uczonych angielskich — Adriana i Sherringtona.

O niektórych szczegółach natury anatomopatologicznej i histopatologicznej, spostrzeganych w przebiegu sympatoz, wspomnę w odpowiednich dalszych rozdziałach, tu je świadomie pomijam.

Teoria Adriana i Sherringtona.

Metoda, zastosowana przez obu badaczy, pierwszego — w stosunku do włókien nerwowych, drugiego — do ośrodków, opiera się na fakcie, że w obu tych odciinkach układu nerwowego czynności jemu właściwej towarzyszą zmiany elektryczne. W każdym odcinku tego układu fale elektryczne, powstające w okresie jego czynności, mają kształt jednakowy, różnią się od siebie tylko rytmem, a rytm ten jest zależny jedynie i wyłącz-



nie od siły (natężenia) podniety. Fale te wykazują, że w komórce nerwowej (ściślej: w jej dendrytach) i we włóknie nerwowym występuje rytmiczny rozpad i odbudowa na powierzchni. Zbliżyliśmy się tu do pojęć, znanych i ustalonych dla procesu czynności mięśni. Analogia, jak się wydaje, pogłębi się w toku dalszych badań.

Wprawdzie badania Adriana i Sherringtona dotyczą głównie ośrodkowego układu nerwowego — *caeteris paribus* można je przenieść również na układ unerwienia trzewnego. Ogniwa, łączące tę teorię fizjologiczną ze zjawiskami patologicznymi, na razie nie są zbyt mocne. Mamy nadzieję, że się uwydatnią w toku dalszych badań i przyczynią się do lepszego, niż dotąd, zrozumienia zjawisk klinicznych.

Ogólne pojęcie o terenie sympatoz.

Na całym obszarze układu nerwowego, przystosowanego do regulacji życia roślinnego człowieka, rozwijać się mogą liczne i różnorodne pod względem rodzaju i wyrazistości zjawiska kliniczne. Dlatego też słusznym się wydaje przypomnieć budowę i rozmieszczenie tego zawilego skupienia tkanki nerwowej. Konstrukcja, którą zawdzięczamy przede wszystkim Langleyowi, utrzymała się po dziś dzień. W ostatnich latach kilka modyfikacji w nomenklaturze wprowadził Laignel-Lavastine, i tą terminologią, dziś prawie powszechnie przyjętą, będziemy się posługiwali.

Całość układu neuro-wegetatywnego, wg. Laignel-Lavastinea, rozpada się na następujące obszary:

I. Układ sympatyczny ponadjądrowy czyli nerwaksalny.

II. Układ holosympatyczny czyli zwojowy, zawierający:

1) Układ ortosympatyczny (sympatyczny wg. Langleya).

2) Układ nerwu błędnego (parasympatyczny wg. Langleya).

3) Mały układ sympatyczny (nerw okoruchowy, n. pośredni Wrisberga, n. językowogardłowy).

4) Układ metasympatyczny — zawierający obwody nerwowe dla naczyń i trzew (enteric system Langleya).

III. Układ humoralny, jako środowisko wymiany.

#### Układ ortosympatyczny.

Każda jego droga zawiera: szare centrum wewnątrzosiowe, pierwsze połączenie obwodowe, tworzące sznur sympatyczny, drugie połączenie, utworzone przez zwoje przedkręgowy, i wreszcie trzecie — aparaty końcowe, rozsiane w ścianach naczyń i trzew, t. zw. aparaty wśródścienne. Centra wewnątrzosiowe układu ortosympatycznego są umieszczone wśródrdzeniowo i tworzą szary słup od 3-go do 4-go zwoju szyjnego w pierwszym odcinku, od 3-go szyjnego do 2-go lędźwiowego w środkowym i od 4-go lędźwiowego do 5-go krzyżowego — w najniższym. Centra te odpowiadają topograficznie rogom tylnym rdzenia kręgowego\*). Z komórek centrów wychodzą cylindryczne włókna myelinowe, które przez korzonki tylne i przednie opuszczają rdzeń, dążąc do głównego pnia przykręgosłupowego. Po krótkim przebiegu opuszczają ten pień i w postaci ramion łączących białych dochodzą do pierwszego zwoju przełączeniowego. Ramiona łączące białe (*rami communicantes albi*)

są więc szypułkami, łączącymi ós mózgowo-rdzeniową z obwodowym układem współczulnym, stąd ich znaczenie w chirurgii. Pień przykręgosłupowy stanowi właściwe centrum dla obwodu, z niego biorą początek wszystkie włókna nerwowe, odchodzące do trzew i naczyń — są one pozbawione otoczki myelinowej.

Rzecz jasna — opuszczam szczegóły unerwienia narządów w zależności od topografii poszczególnych centrów.

#### Układ parasympatyczny i nerwu błędnego.

Składa się z dwóch obszarów: czaszkowego i miednicznego.

Jądra pierwszego są całkowicie zespolone z jądrami odpowiednich nerwów czaszkowych (III, VII, IX i X — nerwy czaszkowe).

Jądra drugiego spoczywają w t. zw. słupie śródkowo-brzusznym (leżącym brzusznie w stosunku do rogów przednich rdzenia). Z obu tych centrów wychodzą włókna myelinowe, które, opuszczając ós mózgowo-rdzeniową, nie wchodzi w styczność z ramionami łączącymi białymi, lecz mieszają się z nerwami czaszkowymi lub rdzeniowymi, opuszczając je tylko dla przejścia przez t. zw. zwoje przedtrzewne.

N. b. zwoje takie posiada i układ ortosympatyczny na drodze od centrum obwodowego do odpowiednich trzew.

Z układu tego największe znaczenie i zakres ma obszar nerwu błędnego. Jego nazwa „fizjologiczna“ jest — *nervus cardio-pneumo-entericus*, i rozumiałe jest, że wielu klinicystów, biorąc część, co prawda największą, za całość, identyfikuje układ nerwu błędnego z układem parasympatycznym, co ani anatomicznie, ani fizjologicznie nie jest usprawiedliwione.

Układ sympatyczny ponadjądrowy.

Obejmuje on centra wyższego rzędu — korowo-mózgowe i śródmózgowe. O ile pierwsze nie są anatomicznie zróżnicowane, o tyle drugie pod nazwą jąder podstawowych stanowią bliżej znane, ważne zespoły komórkowe, jak: ciało prążkowane (*corpus striatum*), okolica podoczna (*regio suboptica*) i nade wszystko *regio tubero-infundibularis*. Do nich także zaliczają substancję czarną (*subst. nigra*), miejsce sinawe (*locus coeruleus*) i jądro czerwone Monakowa (*nucleus ruber*).

W latach ostatnich na plan pierwszy wysuwa się coraz lepiej poznawana okolica guza popielatego (*tuber cinereum*) i lejka (*infundibulum*) — *regio tubero-infundibularis*, której skłonni jesteśmy przypisywać nadrzędne znaczenie dla życia wegetatywnego.

#### Metodyka badań układu wegetatywnego.

Poznanie szczegółów anatomicznych układu wegetatywnego pozwala na umiejscowienie sprawy chorobowej we właściwym zakresie. Rzecz jasna, że badanie musi się odbywać drogą pośrednią, przez obserwację odruchów wegetatywnych. Ich fizjo- i patogeneza jest następująca: odruchy wegetatywne biorą swój początek w centrach zwojowych. Centra te (najściszej *diencephalon*, t. j. okolica guzowo-lejkowa) reagują na różne wpływy, czy to z zewnątrz, z poza organizmu przez organy recepcyjne, czy też z krwi, z gruczołów wewnętrznego wydzielania, ze stanów rytmiki życia (snu i czuwania), czy też wreszcie z *sensorium*. Zakłócenia nerwowe włókien wegetatywnych przedzwojowych rozgałęziają się około licznych komórek. Podraż-

\*) Pomijam niepewne dotąd szczegóły, dotyczące obecności słupów Clarka w rdzeniowych centrach sympatycznych.



nienie jednego z tych rozgałęzień przenosi się na inne, nawet po przerwaniu łączności między owymi włóknami i zwojami końcowymi. Jest to niesłychanie ważne zjawisko, t. zw. „Axon-reflexe“. Ten typ odruchu, dominujący w układzie wegetatywnym, spotyka się również i w obrębie włókien pozazwojowych. Badanie odruchów osiowych (axon-reflexe) metodami przecinania włókien wegetatywnych i ich anastomoz z nerwami centralnymi oraz działania różnymi bodźcami — oto podstawa, na której wyrosła wiedza o fizjopatologii układu wegetatywnego. U podstaw tej wiedzy znajduje się więc znajomość odruchów wegetatywnych.

Odruchy układu sympatycznego.

1) Zespół oczno-żreniczny (Cl. Bernard-Horner) polega na opadnięciu powieki górnej, uniesieniu dolnej, zapadnięciu gałki ocznej i zwężeniu źrenicy. Osiąga się doświadczalnie przecięciem n. sympatycznego na szyi po odpowiedniej stronie. W klinice stwierdzono, że towarzyszy on przerwaniu (anatomicznemu, bądź tylko fizjologicznemu) I-go korzonka rdzeniowego. Wraz z porażeniem odpowiednich mięśni, unerwianych przez splot barkowy, nosi nazwę choroby Déjèrine-Klumpke.

2) Przecięcie n. sympatycznego na szyi może spowodować przejściowe przekrwienie odpowiedniej spojówki. Objawu tego brak w zespole Déjèrine-Klumpke.

3) Odruchy naczyniowe: po przecięciu powrózka szyjnego występuje przekrwienie odpowiedniej połowy twarzy. Po wycięciu zwoju gwiaździstego (*ganglion stellatum*) — występują podobne objawy. Analogiczne zjawisko obserwujemy na kończynie dolnej po przecięciu powrózka sympatycznego w odcinku lędźwiowym. Ochładzanie tak spreparowanej okolicy wywołuje wolniejszy spadek temperatury, ogrzewanie — szybszy wzrost, niż po stronie nieuszkodzonej.

Najtypowszym przykładem axon-reflexe są wpływy termiczne na organizm zdrowy. Ochładzanie lub ogrzewanie jednej strony zwęża, względnie rozszerza naczynia strony przeciwnej (co prawda w słabym stopniu).

Próba dermatograficzna — występujące po zadrażeniu skóry rozszerzenie naczyń skórnych — nie ujawnia się po zniszczeniu włókien sympatycznych, właściwych dla danej okolicy.

Odruchy parasympatyczne i z n. błędnego.

W zakresie czaszki na ogół małe mają znaczenie dla kliniki. Podam jeden z nich raczej dla zaokrąglenia tematu. Jest to:

Odruch nosowo-twarzowy (Weil) — polega on na obustronnym rozszerzeniu naczyń twarzy po kokai-

nizacji śluzówki muszli środkowej nosa po którejkolwiek stronie; odruch ten nie występuje w razie porażenia obwodowego nerwu twarzowego. O wiele większe znaczenie mają odruchy z zakresu nerwu błędnego. Specjalna uwaga należy się im i z tego powodu, że nie są immanentnie założone dla człowieka w ogóle, ale zachowują się różnie u różnych osobników, ba, nawet zmieniają swój charakter w ciągu życia jednego osobnika. Co więcej — w krótkich odstępach czasu, w zależności od rytmiki procesów życiowych, mogą zmieniać nasilenie, a nawet przyjmować wręcz przeciwną postać. Tę wieloraką reaktywność wyzskał Eppinger dla stworzenia swej nowej koncepcji konstytucjonalnej (sympatyko- i wagotonia).

Pierwszym z tych odruchów jest zespół oczno-sercowy. Polega on na zwolnieniu tętna akcji serca pod wpływem ucisku na gałki oczne. Efekt tego zabiegu nader często przebiega poprzez krótki okres przyśpieszenia tętna, a i później przez całą gamę liczb tętna zależnie od osobniczego aktualnego nastawienia (wago — czy sympatykotoniczne).

Na drugim miejscu znajduje się odruch trzewno-sercowo-naczyniowy, występujący zazwyczaj tylko u osobników neuropatycznych. Wywołuje się go przez ucisk na zwój trzewny (*ganglion coeliacum*) przez powłoki brzuszne. Obserwuje się zwolnienie tętna i spadek ciśnienia krwi. Nawet u osobników podatnych występuje duża zmienność wyników w ciągu kilku po sobie następujących badań.

Odruchy depresyjne. Z aorty wychodzą nerwy, których drażnienie wywołuje spadek ciśnienia krwi i napięcia naczyniowego. Analogiczne nerwy wychodzą z zatoki szyjnej. Drażnienie jej wywołuje również, poza efektem wyżej wymienionym, zwolnienie tętna i spadek napięcia ścian oskrzeli, jelit i pęcherza moczowego.

Odruchy z nerwu błędnego mają znaczenie praktyczne w walce bokserskiej, i t. zw. knock-out jest tylko do granic najwyższych nasilonym ich przebiegiem.

Czy działanie nerwów para- i ortosympatycznych jest bezpośrednie? Na to pytanie pewnej odpowiedzi nie ma, szereg badaczy dostarczył jednak dowodów, iż drażnienie nerwu ortosympatycznego wywołuje wytwarzanie się w ustroju ciała, czy ciała o typie adrenaliny, błędnego zaś — o typie choliny. Badania farmakologiczne nad wpływem różnych związków na układ wegetatywny (atropiny, adrenaliny, pilokarpiny i t. d.), po których jeszcze przed kilku laty spodziewano się rozwiązania tych zagadnień, — w ostatnich czasach dostarczyły tylu sprzecznych wyników, że na razie wszelka synteza jest przedwczesna. (Dok. nast.).

## Oceny książek.

A. BIERNACKI. **Badanie morfologiczne krwi w gruźlicy.** (Wydawnictwo Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, Warszawa 1937. Str. 79).

Jest to praca, odznaczona pierwszą nagrodą na konkursie Polskiego Związku Przeciwgruźliczego. Monografia morfologicznych zmian krwi w gruźlicy wyczerpuje dokładnie odnośne piśmiennictwo i zawiera streszczenie badań i poglądów, dotyczących tych zmian. Część szczegółowa, obejmująca opis zmian morfologicznych krwi, popierają opisy własnych przypadków autora. Dokładny wykaz piśmiennictwa stanowi cenne uzupełnienie pracy. Autor słusznie podkreśla na każdej stronicie ważność seryj-

nych badań krwi w gruźlicy, dających pojęcie o jej przebiegu i pozwalających do pewnego stopnia na stawianie rokowania. Mówiąc o pochodzeniu monocytów, wspomina autor jedynie teorię ich pochodzenia z układu siateczkowo-śródbłonkowego, pomija zaś teorię pochodzenia szpikowego, mającą gorących zwolenników w tak wybitnych klinicytach, jak: Naegeli, Jagić i inni. H. L.

D. v. HERFF. **Die klinische Bedeutung der Arzneimittel als Antigene (sogenannte Arzneimittelidiosynkrasien).** Georg Thieme-Verlag, Leipzig 1937. Str. 80 z 12 rysunkami. Cena RM. 4.50.

Autorka omawia szczegółowo, ilustrując przypadkami,

objawy alergiczne, występujące po efedrynie, chininie, jodzie, luminalu, pyramidonie, arsenie, salwarsanie, kwasie acetylosalicylowym, emetynie, wymiotnicy, płynie B u r o v a, miejscowych środkach znieczulających i odkażających, maściach rtęciowych, atropinie, insulynie, surowicach i wyciągach wątrobowych. Wykaz ten nie wyczerpuje szeregu leków, mogących powodować uczulenie, gdyż teoretycznie działanie uczulające posiada każdy lek. Allergia lekowa występuje szczególnie łatwo u jawnych alergików (np. astmatyków), u których należy być szczególnie ostrożnym z podawaniem leków, zwłaszcza aspiryny i morfiny. Należy rozróżniać między objawami zatrucia i uczulenia lekowego. Rozpoznanie alergii lekowej stawia się na podstawie wywiadów, wyników próby naskórnej, skórnej i śródskórnej, przenoszenia biernego i ostrożnego wystawiania chorego na działanie alergenu. Wszystkie te metody zostały szczegółowo omówione. Leczenie polega na ostrożnym postępowaniu odczulającym, stosowaniu wapnia, belladonny, adrenaliny, efedryny. W ostatecznych wnioskach stwierdza autorka, że leków nie należy stosować lekkomyślnie, lecz tylko uwzględniając ścisłe wskazania, bardzo krytycznie i ostrożnie. Dotyczy to przede wszystkim wstrzykiwań, szczególnie śródżylnych, a zwłaszcza surowic, których stosowanie należy ograniczyć do tych surowic, które rzeczywiście zdały egzamin i ratują życie chorych (tężec, błonica, zatrucie jadem kiełbasianym i jadami węzów). Temat

został opracowany bardzo wyczerpująco, ilustrują go własne spostrzeżenia i dane ze starannie zebranego piśmiennictwa. Wnioski autorki powinny obudzić wiele refleksji, zwłaszcza u zwolenników polipragmazji. H. J. Landau.

B. de RUDDER. Ueber sogenannte „kosmische“ Rhythmen beim Menschen. (Georg Thieme, Verlag, Leipzig 1937. Str. 46 z 2 rysunkami. Cena R. M. 1.80).

W broszurce swej rozprawia się autor z terminem „kosmiczny“, który wywołuje tylko pomieszanie pojęć nawet w języku naukowym, i proponuje zastąpienie go nazwą „pozaziemski“. W t. zw. rytmach kosmicznych chodzi właściwie o wpływy atmosferyczne lub ogólnej geofizyczne. Autor omawia szczegółowo t. zw. rytmy dzienne, ujawniające się zwłaszcza w dziennych wahanach ciepłoty, a zależne najprawdopodobniej od następujących w ciągu dnia zmian geofizycznych, zwłaszcza atmosferycznych, otaczającego nas świata; dalej rytm księżycowy, wpływający szczególnie na cykl miesięczkowy (najczęstszy początek miesiączki podczas pełni i nowiu), oraz okresowe wpływy słoneczne. Wpływu okresów zjawiania się plam słonecznych (co 11½ roku) na pogębowanie się pewnych schorzeń nie udało się dotąd stwierdzić. Rotacyjny rytm słoneczny ujawnia się w pewnym wpływie na śmiertelność, lecz nie jest on bezwzględnie pewny.

H. J. Landau.

## Wskazówki praktyczne.

Labbé i Boulin zwracają uwagę na konieczność ostrożnego i w małych dawkach stosowania insuliny u starców, u których lek ten łatwo wywołać może udar mózgowy. Lekkie napady tego rodzaju bywają przeoczone i brane za objawy wstrząsu hipoglikemicznego, ale zdarzają się i napady ciężkie ze stałymi porażeniami, a nawet śmiertelne. Lepiej jest u starców obchodzić się bez insuliny, a gdzie jej stosowanie jest nieuniknione, tam należy zadawać się dawkami małymi i zwracać szczególną uwagę na objawy mózgowie. Dożylne stosowanie insuliny jest tu przeciwwskazane. (Presse méd. 1937, N 13).

—o—

Hruzek uważa *chloasma gravidarum* za objaw braku witaminy C i radzi w celu zapobiegawczym zalecać pokarm, obfitujący w witaminę C. (M. m. W. 1937, N. 34).

—o—

W lekkich przypadkach *gnilca (skorbutu)* wystarcza, według D. K o c h a, obok świeżych jarzyn i owoców 1 tabletkę dziennie przetworu witaminy C (*Redoxon, Cantan, Cebion*), dziennie spożycie powinno wynosić 0,05 witaminy C. W ciężkich przypadkach niezbędne są zastrzykiwania dożylne lub do-

mięśniowe *Cebionu forte* lub *Redoxonu forte* (w każdych 5 cm<sup>3</sup> płynu jest 500 mg witaminy C.). (M. m. W. 1937, N. 37).

—o—

Leczenie pierwotnie przewlekłego zapalenia stawów, według Neuwirtha, polega przede wszystkim na uwzględnieniu czynnika przyczynowego: zakażenie, dziedziczność, budowa, klimat, zaziębienie itd. W okresach wczesnych jednym z najważniejszych przepisów jest spoczynek. Przeciwno grożącym zeszywnieniom — ruchy bierne. Leczenie ogniskowe należy zawsze uwzględniać. Leczenie szczepionkami może tylko w początkowych okresach i u ludzi młodych liczyć na powodzenie. Leczenie złotem ma przewyższać wszystkie inne metody lecznicze, musi jednak pozostawać pod ścisłą kontrolą stanu krwi, ciepłoty i moczu. Leczenie kąpielowe zajmuje w terapii ważne miejsce. Suchy klimat i dużo słońca należą do czynników pożądanых. (Ther. Gegenw. 1937, N. 6).

—o—

W ciężkich przypadkach *pląsawicy* poleca Bennholdt-Tomssen *Auro-Detoxin*, połączenie złota z siarką, które w przeciwstawieniu do *Nirvanolu* nie grozi żadnym niebezpieczeństwem. (Klin. Woch. 1937, N. 23).

—o—

## Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

### Wydział Lekarski Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk.

#### XXXIII. Zebranie z dnia 5 marca 1937 roku.

Obecnych na zebraniu osób 29.

Zebranie odbyło się wspólnie z Poznańskim Towarzystwem Ginekologicznym.

1) Pokazy:

Kol. K o w a ł s k i (członek Wydziału):

K. demonstruje *dwie macice z włókniami*. W jednym przypadku chodzi o włóknik śródścienny, który uległ martwicy. W drugim natomiast mamy włóknik podśluzowy, wypełniający całą jamę maciczną. Kilka krótkich wzmianek o znaczeniu wykrobania macicy, zawierającej włókniki, a dalej o leczeniu.

2) Wykład:

Kol. S t ö c k l (członek Wydziału): „*Tarczycza a zaburzenia miesięczkowe*“.

Po omówieniu piśmiennictwa z dziedziny wpływu czynności wydzielniczej jajników na obraz morfologiczny tarczycy i jej wydzielania autor przechodzi na temat wpływu tarczycy na czynność jajników oraz na tok cyklu miesięczkowego. Autor przedstawił ten wpływ tarczycy w przypadkach nadczynności tego gruczołu, t. j. w schorzeniu B a s e d o w a i innych hipertyreozach oraz w przypadkach niedomogi tarczycy czyli w obrzęku śluzakowatym i przewlekłej łagodnej niedomodze tarczycy. Przytaczając następnie 20 przypadków z kliniki poznańskiej z objawami zaburzeń miesięczkowych, autor wykazał, że prawie we wszystkich tych przypadkach istniały zaburzenia czynności wydzielniczej tarczycy. Zgodnie z wynikami badań wielu innych autorów prelegent stwierdził na swoim materiale, że nadczynność tarczycy wywołuje, o ile długo trwa, wzgl. występuje w nasileniu znacznym, brak miesiączki, wzgl. słabe miesiączki, a niedomoga tarczycy objęta i długotrwałe krwawienia miesięczkowe. Wyjątek stanowią chore w wieku bardzo młodym, i których wpływ wadliwej czynności tarczycy nie ustalił się je-



szcze. Ponieważ leczenie hormonalne zaburzeń miesięczkowych w wielu przypadkach daje wyniki niezadawalające, autor poleca na podstawie wyników badań swoich rozszerzyć w tych przypadkach poszukiwania przyczyny zaburzeń miesięczkowych także na inne gruczoły dokrewne, zwłaszcza na tarczycę. Do czystej terapii hormonalnej nadają się w pierwszym rzędzie przypadki zaburzeń miesięczkowych, polegających na niedomodze jajników, zatem przypadki zaburzeń klimakterycznych. W innych przypadkach należy wpięrczyć do leczenia tych gruczołów dokrewnych, których czynność jest widocznie upośledzona. Wymaga to ścisłej współpracy specjalistów innych dziedzin.

#### Rozprawa:

Kol. Kowalski (członek Wydziału):

Zwraca uwagę na przypuszczalną zależność czynności jajników od przysadki mózgowej, tarczycy i nadnercza. W związku z tym mówi K. o znaczeniu nowocześniejszej metody leczenia nieprawidłowości miesięczkowych przy pomocy hormonów.

#### 3) Wykład:

Kol. Baniecki: „*Trichomonas vaginalis*“.

Jedną z mało uwzględnianych przyczyn upławów jest *trichomonas vaginalis* powodujący 30—40% przypadków schorzenia. Należy on do wiciowców i został odkryty przez Donné w 1837 r. Jest to pasożyt nieco większy od leukocyta, czasem przerastający go 2—3 krotnie. Składa się z protoplazmy, jądra, biczyków i błony falującej. Kształt jest rozmaity, zależny od jego ruchów. Charakterystyczną cechą rozpoznawczą są jego urywane ruchy. Swą specjalną ruchliwość i żywotność traci pod wpływem wody destylowanej, barwników, środków dezynfekcyjnych, gorąca i zimna. Pochodzenie jego w pochwie jest kwestią sporną. Jedni uważają za źródło pochodzenia jego wodę (kąpiel), drudzy przewód pokarmowy. Znaleźć go można przede wszystkim w wydzielinie pochwy, której odczyn jest prawie zawsze kwaśny i zawiera zwiększoną liczbę leukocytów. Sposób wykrycia jest łatwy, szybko wykonalny. Mieszaninę wydzieliny pochwy z fizjologicznym roztworem soli kuchennej, puszcza się kroplę na szkiełko podstawowe, przykrywa szkiełkiem nakrywkowym. Łatwość poznawania polega na jego urywanym, żywym ruchu. Wydzielina, w której się rzesiszek pochwy znajduje, jest przeważnie piana, barwy żółto - mlecznej, obfita, gryząca, prowadząca do wyprzenia, o niemiłym często zapachu. Podmiotowo spotykamy się ze skargami uczucia wilgoci sromu i męczącymi swędzeniami, prowadzącymi do bezsenności, obawy chorób wenerycznych, osłabienia ogólnego oraz depresji psychicznej w niektórych przypadkach. Hönne zastosował leczenie specyficzne. Oczyszczał pochwę wacikami napojonymi 1% sublimatem, zwilżając ścianę pochwy gliceryną z dodatkiem boraksu albo sody. Ze względu na możliwość trującego działania sublimatu zarzucono to leczenie. Ostatnio liczni autorowie i nasza klinika stosują z dobrymi wynikami Devegan Bayera, preparat, zawierający zabójczy dla rzesisiska pochwowego arsen z dodatkiem boru i węglowodanów. Zakładaliśmy do pochwy 3 tabl. dziennie przez 12 dni, równocześnie podawano doustnie 2 razy dz. 1/2 tabl. Deveganu. Należy jednocześnie przestrzegać czystości okolicy odbytu i zewnętrznych dróg rodnych. Zwracaliśmy uwagę szczególną na sposób oczyszczania okolicy odbytnicy, chcąc uniknąć przenoszenia pierwotniaka z odbytu do pochwy, skłaniając się do teorii jego pochodzenia z przewodu pokarmowego. Profilaktycznie stosowaliśmy Devegan po pierwszej miesiączce przez 3 dni po 2 tabl. do pochwy dziennie i 2 razy dz. po 1/2 tabl. doustnie. Nawrotów nie stwierdzono.

#### Rozprawa:

Kol. Kowalski: przestrzega przed długotrwałym leczeniem przy pomocy przepłukiwań pochwy sublimatem.

Prezes: (—) W. Kapuściński.

Sekretarz: (—) K. Stojalowski

### XXXIV. Zebranie z dnia 19 marca 1937 roku.

Obecnych na zebraniu osób 45.

Zebranie odbyło się wspólnie z Oddziałem Poznańskim Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego. Zagaił je wice-prezes Wydziału Lekarskiego P. T. P. N. kol. L. Drożyński.

#### Pokazy:

Kol. Zeyland: 1. „Przypadek gościa sercowego ze zmianami w pęczku Hiss’a“.

Chodzi o dziewczynkę lat 6, przekazaną z Kliniki Neurologicznej, gdzie leczono ją z powodu płasawicy, do Kliniki Chorób Dziecięcych U. P. w beznadziejnym stanie, z ciężką niewydolnością serca i zupełną niemiarowością tętna. Po 2 dniach pobytu w oddziale zejście śmiertelne. Z wywiadów wiadomo, że dziewczynka przeszła przed 2 miesiącami szkarlatynę, przy czym w czasie tej choroby dołączył się „reumatyzm stawowy i osłabienie serca“, a w końcu przed 3 tygodniami płasawica.

Badanie pośmiertne (l. p. 803) bez sekcji głowy wykonał ref. w 7 godz. po zgonie i stwierdził:

Włóknikowe zapalenie płuc i opłucnej (płata górnego i dolnego prawego oraz dolnego lewego). Rozszerzenie komór serca z przysięnnymi zakrzepami. Włókniste śienne zapalenie wsierdzia przedsionka lewego i zastawkowe lewego ujścia żylnego. Przewlekłe bliznowate zapalenie mięśnia sercowego. Zrostowe zapalenie osierdzia. Włóknikowe zapalenie torebek wątroby i śledziony. Stwardnienie zastoinowe nerek. Nieżyt zastoinowy jelita grubego. Zanik grasicy (5 g.). Ogólne wyniszczenie.

Z badania histologicznego, potwierdzającego powyższe rozpoznanie anatomiczne, wymienić jeszcze należy obecność okrągłomorkowych nacieków w mięśniu sercowym, głównie około naczyń krwionośnych, częściowo z rozrostem tkanki łącznej, wyjątkowo z komórkami kilkojądrzastymi (guzki Aschoffa). W jednym miejscu przekrój trafił naczynie krwionośne wzdłuż, i owe znamienne nacieki są widoczne wzdłuż tego naczynia.

Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na skojarzenie się płonicy z zespołem chorób gośćcowych (gościec stawowy, zapalenie serca gościcowe i płasawica) oraz ze względu na stwierdzenie dla objawów klinicznych uszkodzenia układu przedsionkowo-komorowego (zupełna niemiarowość tętna, będąca niewątpliwie wyrazem migotania przedsionków wobec częstości tętna około 160 na min.) anatomicznego odpowiednika w postaci nacieków zapalnych w samym pęczku Hiss’a (pokaz mikrofotogramów).

2. Kol. Zeyland: „Przypadek wrodzonej torbielowości płuc z wyściółką olbrzymiomorkową u dziecka“.

Chodzi o dziecko z fatalnych warunków domowych, które ref. obserwował od 4 tyg. życia w Stacji Opieki nad Dzieckiem VI przez prawie 2 lata. W czasie tego okresu dziecko prawie stałe chorowało na uporczywą i silną pokrzywkę grudkową oraz następcze ropne zapalenie skóry. Do tego dołączyło się pod koniec 1 roku życia obustronne przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego wraz z przerostem polipowatym błony śluzowej oraz krzywicą, co spowodowało dwukrotne przyjęcie do oddziału Kliniki Chorób Dziecięcych U. P. Wówczas odczyn Pirqueta był ujemny, odczyn Wassermann’a i Kahna z krwią ujemne.

W wieku 2 1/2 lat przyjęto dziecko w ciężkim stanie do oddziału dziecięcego Szpitala Miejskiego, gdzie po kilkunastu godzinach nastąpiło zejście śmiertelne. Badanie pośmiertne (l. p. 800) wykonał ref. w 10 godz. po zgonie i stwierdził:

Torbielowość płuc. Ogniskowe zapalenie płuc. Obustronne zrosty międzypłatowej opłucnej. Martwicze ogniska w zanikowej grasicy (ropnie Dubois?). Ropne zapalenie obustronne ucha środkowego z próchnicą ucha wewnętrznego. Liczne owrzodzenia skóry. Grudkowy przerost śledziony. Przerost wszystkich gruczołów chłonnych, zwłaszcza obwodowych. Rozszerzenie prawej komory serca. Ogólna hipotrofia.

Badania histologiczne właściwie ustaliły rozpoznanie zmian płucnych, ponieważ na stole sekcyjnym groniasty wygląd zmian nasuwał przypuszczenie, że chodzi może o wyjątkowo wybitną rozedmę pęcherzową płuc. Pod mikroskopem okazało się, że pęcherze różnej wielkości, leżące głównie na obwodzie płuc, i to w płatach dolnych, są wysłane miejscami zaledwie widocznymi komórkami sześciennymi, miejscami zaś nawet szeregiem komórek olbrzymich albo zespólni, zawierających kilka do kilkadziesiąt jąder (pokaz mikrofotogramów i makroskopowego preparatu jednego płuca). W piśmiennictwie znajdują się opisy podobnych obrazów w 2 przypadkach: Dustin (1929) u dziecka 9-miesięcznego i Ujiie (1919) u tapira.

Poza tymi, tutaj najbardziej interesującymi zmianami, wykażo badanie histologiczne ogniskowe zapalenia płuc z śródoskrzelowymi czopami śluzowymi i wybitnym rozszerzeniem naczyń krwionośnych; ponadto stłuszczenie komórek wątroby; a w grasicy brak ciałek Hassala, przerost pasmowaty tkanki łącznej z ogniskami ziarniny, wykazującej obecność martwicy, zwapienia oraz dużych komórek jednojądrzastych, obładowanych ziarenkami, w preparatach Ziehl-Neelsena słabo kwasoodpornymi (mikrofotogram). Po srebreniu sposobem Levaditiego nie dostrzega się w grasicy krętków białych. Zmiany te w grasicy nie są wobec powyższych wyników badania anatomiczno-klinicznego pochodzenia kiłowego, natomiast przypuszczać należy, że są one w związku z długoletnimi zmianami chorobowymi w płucach w myśl podkreślonej przez Babes’a (1929) łączności między schorzeniami płuc i grasicy.

#### Wykład:

Kol. Wrzosek: „O działalności naukowej ś. p. D-ra Włodzimierza Bugła“. (Streszczenia wykładu nie nadesłano).

#### Wykład:

Kol. Piasecka-Zeyland: „Współczesne sposoby bakteriologicznego rozpoznawania błonicy“. (Wykład ukaże się in extenso w Nowinach Lekarskich).

## Wykład:

Kol. Zarembo: „O działaniu kąpieli kwasowęglowych na wysokie ciśnienie krwi“. (Wykład nie został wygłoszony).

W-sekretarz:

W-prezes:

(—) P. Chojnacki.

(—) L. Drożyński.

## Z Posiedzeń Szpitalnych.

## Szpital dla dzieci im. Bersonów i Baumanów.

Posiedzenie kliniczne z dn. 26.II.1937 r.

Kol. Piltz przedstawił 7-letnią dziewczynkę z ropnym paciorkowcowym zapaleniem opłucnej, wyleczoną przy pomocy *prontosilu* i *antistreptiny*.

Dwukrotny posiew rosy z lewej opłucnej wykazał obecność paciorkowca hemolizującego. Dokonano ogółem 6 nakłuć (co drugi dzień); wydobywano płyn ropny, rzadki, o barwie brunatnej. Podano dwukrotnie do opłucnej *prontosil* po 5 cm<sup>3</sup>, dwa razy domięśniowo również po 5 cm<sup>3</sup>, oraz *antistreptinę* *per os* w ciągu tygodnia po 3 tabletki dziennie. Pod wpływem tego leczenia nastąpiło *restitutio ad integrum* zarówno klinicznie, jak i na zdjęciu.

Kol. Piltz pokazał 3-letniego chłopca z zapaleniem opon mózgowych prawdopodobnie meningokokowym o łagodnym przebiegu.

Dziecko zachorowało tydzień przed przybyciem do szpitala wśród gorączki, wymiotów i drgawek. W szpitalu stwierdzono wybitne objawy oponowe oraz porażenie lewego nerwu twarzowego; dziecko nie mówiło. I-e nakłucie lędźwiowe dało płyn mętnawy pod wzmożonym ciśnieniem; pleocytoza 800 ciałek w 1 mm<sup>3</sup> z przewagą wielojądrowych, posiew jałowy. Leukocytoza w krwi 30.000 z przesunięciem w lewo. Dziecko nakłuwano kilkakrotnie; czterokrotnie podano surowicę meningokokową do kanału. Stan dziecka stopniowo się poprawiał, pleocytoza zmniejszała się do 20 ciałek w 1 mm<sup>3</sup>, prawie same jednojądrzaste. Obecnie dziecko czuje się dobrze, siedzi, mówi.

Kol. Zamenhof omówił przypadek *cystoglioma cerebri* u 8-letniego chłopca.

Tydzień przed przybyciem do szpitala wystąpiły bóle w prawej skroni, po 5-ciu dniach wymioty, drgawki lewej połowy ciała, utrata przytomności oraz wysoka ciepota. W szpitalu stwierdzono: źrenice wąskie, nie reagują na światło, gałki oczne zwrócone w prawo; porażenie lewej kończyny górnej i dolnej, odruchy kolanowe i ze ścięgna Achillea obustronnie żywe, Babiński po stronie prawej dodatni; objawy oponowe zaznaczone. Płyn mózgowo-rdzeniowy wodojasny pod dużym ciśnieniem, odczynów zapalnych brak, pleocytoza 10 ciałek w mm<sup>3</sup>, posiew jałowy. We krwi leukocytoza wielojądrzasta z lekkim przesunięciem w lewo. W posiewie ze krwi gronkowce (prawdopodobnie zanieczyszczenie). Po dwóch dniach chłopiec zmarł, nie odzyskawszy przytomności. Sekcja: wielokomorowa torbiel bez wyraźnej otoczki koło przedniego rogu prawej komory. Prawdopodobnie jest to *cystoglioma*. Badanie histopatologiczne w toku.

Kol. Sztajbok przedstawił przypadek *tumor cerebri* u 9-letniej dziewczynki.

Dziecko przybyło do szpitala z powodu rozwijającego się od roku niedowładu lewej ręki i lewej nogi, bólu głowy, wymiotów, zaburzenia mowy, wzroku oraz przemiany materii w postaci nadmiernego tycia.

W oddziale stwierdzono: ciepotę normalną, tętno 120 na 1', czaszkę dużą, niebolesną, napadowe bóle głowy, którym towarzyszyły wymioty o charakterze mózgowym; niedowład spastyczny lewej połowy ciała, *strabismus convergens*, *nystagmus horizontalis*, porażenie lew. *facialis* i *hypoglossus*; zaburzenia mowy, wzroku oraz nadmierny rozwój tkanki tłuszczowej podskórnej. Badania kliniczne nie zostały przeprowadzone, gdyż dziecko nagle zmarło po 24 godzinach pobytu w szpitalu wśród drgawek całego ciała, wymiotów oraz następczej zapaści.

Rozpoznanie sekcyjne: *tumor (glioma) basis ventriculi tertii, compressio hypophyseos*.

Posiedzenie kliniczne z dn. 28.IV.1937 r.

Kol. Mastbaum przedstawił 8-letnią dziewczynkę z b. posuniętą gruźlicą płuc.

Dziecko przybyło do szpitala z powodu gorączki i braku łaknienia, utrzymujących się od roku.

W szpitalu stwierdzono stłumienie z lewej strony od góry do 1/2 łopatki, oddech przykryty licznymi rżenieniami i furczeniami, od przodu stłumienie do II-ego żebra, zmiany wysiękowe, jak z tyłu, z prawej strony stłumienie do grzebienia łopatki oraz oddech nieczysty z wydłużonym wydechem. Serce nieprzykryte. Lewa granica nieco nazewnątrż od l. sutkowej lewej. Na zasadzie powyższych objawów rozpoznano *t. b. c. fibroso-ulcer-*

*rosa partis super. pulmon. sin., synechiae basales et pleuro-pedicard. sin., synech. dextrae*. Roentgen potwierdził to rozpoznanie, stwierdzając zarazem *t. b. c. miliaris*. Odczyn Mantoux 1/100 ujemny, opadanie krwinek wg. Eberlega 5 mm i 15 mm (zwolnione).

Kol. Goldstein pokazał 11-letnią dziewczynkę z rozstrzeniami oskrzeli.

Pacjentka od kilku lat kaszle, dużo słuwa, mięwa stany podgorączkowe; od kilku dni temperatura 38<sup>0</sup>—39<sup>0</sup>, w przeddzień przybycia do szpitala ukazała się w płwocinie domieszka krwi. Została skierowana z podejrzeniem ropadowej gruźlicy płuc. W szpitalu stwierdzono przytłumienie po stronie lewej od grzebienia do 1/3 łopatki, liczne rżenia drobno i średniobankowe na przestrzeni całego lewego płuca oraz u podstawy prawego płuca; dzwiczne rżenia i trzaski na wysokości połowy oraz kąta lewej łopatki; brak przykrycia serca. Na zasadzie powyższych objawów należało różniczkować pomiędzy ropadową gruźlicą płuca a rozstrzeniami oskrzeli.

Dobry stan dziecka, brak duszności, ujemne odczyny tuberkulinowe (Pirquet — Mantoux 1/10.000 oraz 1/1000 ujemne, 1/100 słabo dodatnie), brak prątków Kocha w treści żółdkowej przemawiały raczej za rozstrzeniami oskrzeli. Zdjęcie rentgenowskie (lipiodol) potwierdziło rozpoznanie.

Kol. Płońska pokazała 2-letnie dziecko ze środowiska gruźliczego, skierowane do szpitala z powodu kaszlu oraz braku łaknienia, utrzymujących się od kilku miesięcy. W szpitalu stwierdzono u dziecka nie gorączkującego obniżenie granic płuca prawego, nieznaczne przytłumienie w przestrzeni międzyłopatkowej prawej oraz w linii przymostkowej prawej u góry, osłabienie oddechu na przestrzeni całego prawego płuca. Pirquet dodatni (+++), opadanie czerwonych ciałek przyspieszone, prątków Kocha nie stwierdzono. Rozpoznano: *Residua post infiltrat. primitiv. dextr, Adenopathia dextra*. Roentgen potwierdził rozpoznanie.

Posiedzenie kliniczne z dn. 14.V.1937 r.

Kol. Kirszbraun pokazał niemowlę 8-mio miesięczne z ropnym zapaleniem opon mózgowych; przybyło do szpitala III dnia choroby z powodu gorączki i drgawek. P. l.: płyn mętny, składający się z leukocytów wielojądrowych, posiew kilkakrotnie powtórzony jałowy. Leukocytoza w krwi 13.600; odczyn Widala ze krwi ujemny, odczyn Mantoux (1:1000) ujemny. Leczone dziecko podawaniem surowicy meningokokowej do kanału lędźwiowego pomimo ujemnego posiewu. Płyn szybko się oczyścił, gorączka ustąpiła, ale po 10 dniach dziecko zaczęło wymiotować. Pomimo podania surowicy do kanału i do komory, wymioty utrzymywały się. Wobec tego, że płyn m-rdzeniowy był zupełnie przezroczysty, wykonano po tygodniu nakłucie komorowe po raz drugi. Otrzymałno płyn pod dużym ciśnieniem, żółty, lecz przezroczysty; białość 8,4%. Płyn m-rdzeniowy był wodojasny i zawierał 0,13% białka, co świadczyło o braku komunikacji między kanałem a komorami. Po wypuszczeniu 25 cm<sup>3</sup> płynu z komory stan dziecka poprawił się: wymioty ustąpiły, ciemność zapadła, sztywność karku się zmniejszyła. Następnego dnia wpuszczono do kanału 4 cm<sup>3</sup> powietrza. Dziecko otrzymało serię naświetlań Roentgena i wypisane zostało w stanie dobrym.

## Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Zrzeszenia Lekarzy Styryjskich w Grazu z dnia 15 maja 1936 r. (Wien. med. Wschr. Nr. 31/1937) pokazywał Kauders przypadki *parkinsonizmu, leczone t. zw. metodą bułgarską*. Cztery pokazywane przypadki, które przed leczeniem wykazywały ciężkie zaburzenia w postaci sztywności, *akinesis*, drżenia i zaburzenia równowagi, pod wpływem leczenia znacznie się poprawiły, a nawet praktycznie uległy wyleczeniu. Bułgarskie leczenie korzeniami zostało odkryte przez chłopca Ivana Rajewa jako metoda przyrodolecznicza. Zbadali ją później naukowcy badacze włoscy. Ponieważ wyniki były nader zadowalające, wprowadzono tę metodę do kliniki nerwowej w Grazu. W metodzie tej chodzi o korzeń *Atropae Belladonnae*, z którego przygotowuje się wino. Leczenie to w zasadzie jest identyczne z podawaniem dużych dawek atropiny według Roemera, lecz uderza jego działanie euforyzujące na chorych. Osiąga się w ten sposób bredzenie atropinowe *in dosi refracta*. Wynik następuje już po kilku dniach, wszystkie objawy parkinsonizmu, przede wszystkim drżenie, ulegają poprawie. Zalety tej metody leczniczej polegają na tym, że możliwe jest dokładne dawkowanie atropiny, natomiast mniej widoczne są uboczne działania atropiny, jak: suchota i t. p. Naturalny lek posiada w porównaniu z czystą atropiną pomyślniejsze działanie, najprawdopodobniej, wskutek domieszki alkaloidów towarzyszących. Do leczenia atro-



pinowego, prowadzonego w ten sposób, nadają się jednak nie tylko korzenie bułgarskie, lecz również austriackie i zapewne inne.

Na posiedzeniu Zrzeszenia Lekarzy Styryjskich w Grazu z dnia 15 maja 1936 r. (Wien. med. Wschr. Nr. 31/1937) Berger pokazywał przypadki *goścca i żółtaczki*. Pierwszy dotyczył 52-letniej chorej z ostrym średnio-ciężkim goścem stawowym, który powstał bez uchwytnej przyczyny zewnętrznej. W trzecim dniu po rozpoczęciu choroby wystąpiła żółtaczka nieżyłowa, któ-

ra utrzymywała się przez 14 dni. W przypadku tym nie było podstaw do przyjęcia kamicy żółciowej. W drugim przypadku, dotyczącym 40-letniej kobiety, wystąpiły w styczniu 1936 bóle stawowe i zapalenie wielonerwowe. W kwietniu wystąpiła silna kilkutygodniowa żółtaczka nieżyłowa. Współistnienie goścca wielostawowego i żółtaczki przemawia za prawdopodobieństwem rozpoznania *hepatitis serosa*. Bezżółtaczkowe surowicze zapalenia wątroby muszą być częstsze niż żółtaczkowe. Przemawia za tym dodatni odczyn aldehydowy w moczu w gościcu stawowym.

## Przebieg terapeutyczny.

Z Sanatorium „Policyjny Dom Zdrowia“ w Otwocku.  
(Dyrektor: Dr. med. Stankiewicz-Trybowska).

### „Promonta“ w leczeniu schorzeń nerwowych.

Podał  
A. KACPERSKI (Otwock).

W czasie biegu procesów życiowych zużywa się ustrój przez zużycie różnych poszczególnych składników układów. Gdyby nie ciągła odnowa, tj. uzupełnianie braków w zawartości komórek, niezmiernie szybko doszłoby do całkowitej degeneracji, a co za tym idzie, śmierci ustroju.

Jeżeli gdziekolwiek w ustroju wystąpi potrzeba jakiegokolwiek ciała, jako materiału do odbudowy lub źródła energii, to potrzebny materiał dostarczony zostaje z „magazynów“ (glikogen wątroby, skrobia, tłuszcz itp.) lub też z tkanek, obfitujących w dany materiał, lecz mniej niezbędnych do życia ustroju. Jako przykład może posłużyć fakt, że jeżeli w organizmie brak dostatecznej ilości wapnia i kwasu fosforowego, to ciała te dostarczane są z kości, które w nie obfitują (M a r z e c k i). Poza tym ustrój może syntetyzować rozmaite związki potrzebne mu do życia z ciał, otrzymywanych z pokarmów lub innych otaczających go środowisk. Ustrój zwierzęcy może syntetyzować z kwasów tłuszczowych — fosfatydy i najprawdopodobniej kwasy żółciowe i cholesterinę przy obecności witamin, a zwłaszcza witaminy A (T h i r o u x, M a r z e c k i, T h a n n h a u s e r).

Jeżeli chodzi o lipoidy, tak niezbędne dla egzystencji żywego organizmu, to znajdują się one w tkankach w różnej ilości. Dokładne badania nad rozmieszczeniem lipoidów w tkankach wykazały, że istnieje stosunek wprost proporcjonalny między dzielnością narządu a zawartością w nim lipoidów (W h i t e, B l o o r). Dalsze badania stwierdziły, że istnieje zasadnicza różnica np. między lipoidami tkanki nerwowej a lipoidami innych narządów (S k a r z y ń s k i). Należy przypuszczać, że jedne nie mogą być zastąpione przez drugie. Ustrój nie może pobrać tych składników z innego narządu.

Największa procentowa ilość lipoidów znajduje się w tkance nerwowej. W czasie napięcia stanu psychicznego, pracy umysłowej, w czasie smartwień i w ogóle w okresie wzmożonej czynności tkanki nerwowej ilość lipoidów, a w szczególności fosfatydów w tkance nerwowej ulega zmniejszeniu. Również wszelkie czynniki toksyczne, przewlekłe choroby zakaźne po krótszym lub dłuższym czasie powodują zubożenie ustroju w lipoidy — zwłaszcza w cholesterinę, która idzie na związanie jądów. Cholesteryna jest tu więc pewnego rodzaju odtruwaczem. Dokładne badania krwi chorych na gruźlicę wykazują np. w bardzo dużym procencie przypadków hipocholesterynemii. Stany hipocholesterynemii można wyrównać przez podawanie cholesteriny. Podobnie, podając lipoidy mózgowe w odpowiedniej postaci do poży-

wienia, można zmniejszyć rozpad związków azotowych, zawartych w tkance nerwowej (W i n t e r s t e i n).

Zubożenie organizmu w lipoidy tkanki nerwowej objawia się na zewnątrz najczęściej pod postacią neurastenii — choroby bardzo przykłej dla samego chorego i otoczenia. Powstawanie wszelkich zespołów nerwowych nie przedstawia się tak prosto, jak by się zdawało. Odgrywa tu najprawdopodobniej dużą rolę zaburzenie w korelacji gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu, spowodowane zmniejszeniem ilości lipoidów. Nerwowość ogólna, drażliwość, bezsenność pochodzenia nerwowego, szum w uszach, bicie serca — to znowu depresja, często wynikająca z mniejszej wartościowości płciowej osobnika, i, jeżeli do tego dodamy doszukiwanie się różnych nieistniejących chorób przez chorego u siebie — będziemy mieli obraz schorzenia nerwowego, które wprowadza pacjenta w „błędne koło“. Podkreślam „błędne koło“, gdyż stan opisany będzie pogarszał np. zasadniczą jednostkę chorobową, która wywołała neurastenię, podkopując odporność ustroju. Nigdzie może nie widzi się tak wyraźnie szkody, jaką wyrządza pobudliwość i drażliwość pacjenta jemu samemu, jak w sanatoriach przeciwgruźliczych. Obserwowaliśmy nieraz przypadki, gdzie odmowa np. żądanego pożywienia powodowała na skutek zdenerwowania skok ciepłoty do 39° C.

Zwykle w tych przypadkach stosuje się środki wzmacniające (As, Ph, Fe), lub z grupy *sedativa* (brom, waleriana, passiflorina), a nawet *hypnotica* (luminal i gardenal).

Wśród specyfików i preparatów leczniczych, które stale i w różnych postaciach wypuszcza się na rynek przemysłu farmaceutycznego, jedno z pierwszych miejsc zajmują środki przeciw zaburzeniom układu nerwowego. Są one mniej lub więcej skuteczne, jednak po pewnym czasie swej żywotności idą w zapomnienie. Jest to dowodem, że nie znaleźliśmy dotąd środka skutecznego na to cierpienie. Faktem jest, że ze schorzeniem tym lekarz spotyka się coraz częściej. Przyczyny tego szukać należy w coraz cięższej walce o byt, a nie małą też rolę odegrało niedożywianie pod względem przede wszystkim jakościowym w czasie wojny światowej; wadliwa na początku życia czynność poszczególnych organów, powodowana niedostateczną ilością pewnych składników pożywienia, prowadzi do powstawania zmian w ustroju. O ile braki jakościowe w odżywianiu były stosunkowo niewielkie, to w następstwie będziemy mieli tworzenie się tak zw. temperamentów; temperament nerwowy, artretyczny, limfatyczny i t. p.

Zastanówmy się teraz na wymaganiach, jakie stawiamy podawanym przez nas lekom. Chodzi nam o to, aby lek działał pewnie, by działanie jego rozciągało się na dłuższy okres czasu, i by nie dawał ubocznych objawów.

Po przeprowadzeniu doświadczeń z preparatem „P r o m o n t a“ doszedłem do przekonania, że odpowiada on powyższym warunkom. Jest to preparat, wyra-

biany przez firmę Promonta w Bielsku, zawierający w swym składzie niezmienione lipoidy z substancji ośrodkowego układu nerwowego; witaminy A, D, E (które również należą do lipoidów), cholesteryny, fosfatydy, glicerofosforan wapnia, żelazo oraz substancje białkowe i węglowodany.

Promontę stosowałem w 14-tu przypadkach, używając materiału sproszkowanego i w tabletkach (chorzy chętniej zażywają lek ten w proszku). Na kurację dawałem 250—500,0 preparatu.

Szczęśliwie złożyło się tak, że w leczeniu byli chorzy z gruźlicą płuc, leczeni tylko klimatycznie (6), chorzy leczeni odmą sztuczną (4) oraz 4 osoby wolne od czynnej gruźlicy. We wszystkich przypadkach prócz jednego wynik leczenia był dobry. Okazało się bowiem, że oprócz wybiórczego działania „Promonty“ na ośrodkowy układ nerwowy zaznaczyło się i inne — pobudzenie łąknienia. Stan ogólny chorych poprawiał się, co wyrażało się szybkim przybywaniem na wadze.

Wspomniałem wyżej o jednym przypadku, gdzie leczenie „Promontą“ nie sprowadziło żadnej zmiany w stanie nerwowym pacjenta. Po kilku tygodniach okazało się bowiem, że przypadek ten był źle dobrany do leczenia: specjalista psychiatra stwierdził padaczkę z małymi napadami i pewną zmianą charakteru, nic więc dziwnego, że nie otrzymaliśmy pożądanego efektu. W innym znowu przypadku, gdzie nerwowość była następstwem urazu w głowę, otrzymaliśmy tylko niewielką poprawę.

Poniżej podaję opis kilku przypadków:

**Przypadek 1.** nr karty sanatoryjnej 178/33 asp. P. P. lat 36, chory na gruźlicę płuc od 5 lat. Obecnie bez przerwy od r. 1933 pozostaje w Sanatorium. Waga 90,2 kg na tym poziomie utrzymuje się stale, nieraz ma tendencję zniżkową, Tętno 108—120/min., miarowe. Skarży się na zmęczenie, częste bicie serca, przyływ „gorąca“ do twarzy, zawsze pełen obaw co do powikłań (ropa w boku, przetoka, odma samoistna, śmierć wskutek ataku sercowego i t. p.), lęki przed „nieznany“. Od dwóch lat prawie bez przerwy zażywa passiflorinę. Ostatnio twierdzi, że jest ociężały, tok myślowy zwolniony, nie może skupić myśli. Po zażywaniu „Promonty“ po 2 tygodniach prosi, by to leczenie przerwać w obawie, że zbyt gwałtownie przybiera na wadze (92,50 kg). łąknienie bardzo duże, samopoczucie znacznie lepsze. Skarg ze strony układu nerwowego nie ma. Tętno 84—96/min., miarowe. „Jasno mi w głowie“, odpowiada na pytanie, „jak się pan czuje“? Od chwili odstawienia „Promonty“ upływa obecnie 2 miesiące, mimo to stan poprawy utrzymuje się jeszcze.

**Przypadek 2.** nr karty sanat. 28/37 st. przod. P. P. przybywa do Sanatorium poraz trzeci z powodu zmian obustronnych włóknisto-serowatych. W czasie pierwszego i drugiego pobytu stan ogólny chorego poprawia się, dobrze panuje „nad swymi nerwami“. Obecnie waga 66,3 kg, przy badaniu płacze i trzęsie się cały. Zapytany o powód, odpowiada: „nerwy“. Bezsennność na tle nerwowym, niepokój psychiczny i fizyczny. Uleżeć na leżaku spokojnie nie może, zrywa się i zaczyna spacerować po lesie, mimo że nie wolno w czasie werandowania tego czynić. Zaczyna brać „Promontę“. Po zażyciu 250,0 preparatu waga 71,1 kg, łąknienie dobre, sen spokojniejszy, twierdzi, że jest zdolny do pełnienia swych obowiązków i prosi o wypisanie go.

**Przypadek 3.** nr karty sanat. 66/37, żona policjanta, lat 27, znana nam od roku 1935, przybywa do Sanatorium po raz czwarty, z powodu gruźlicy płuc skompensowanej i nerwicy serca. Skarży się poza tym na brak łąknienia, nadmierną pobudliwość nerwową, zmęczenie. Często płacze bez przyczyny, niezadowolona z siebie i z otoczenia. Bierze 500,0 „Promonty“. Ogólny stan bardzo poprawia się, przybiera na wadze 2,5 kg, nerwowo jest

jakby odrodzona — zupełnie spokojna, bez dolegliwości ze strony układu nerwowego. Wypisując się, dziękuje za kurację z prośbą o zapisanie „proszku“ do domu.

Wszyscy dobrze wiemy, że odma sztuczna, poprawiając stan płuc, odtruwa tym samym ustrój, poprawia jego stan ogólny i nerwowy. Nie zawsze jednak wszystko idzie tak pomyślnie, dlatego nieraz lekarz musi uciec się do środków pomocniczych. Mam tu na myśli przypadek poniższy.

Nr karty sanat. 208/36, żona policjanta, leczona odmą sztuczną z dobrym wynikiem. Z powodu złego stanu nerwowego dokucza lekarzom, pielęgniarcom, służbie i innym kuracjuszom. Bardzo źle sypia od kilku miesięcy, „w głowie jej szumi, stuka, w płucach coś chrapie, koło serca czuje niepokój“, kłóci się ze wszystkimi, twierdzi, że niedługo zwariuje. Otrzymuje naprzemian wszystkie *sedativa*, a nawet *hypnotica*, jak luminal, medinal i somnifen, jednak bez pożądanego rezultatu. Specjalista psychiatra stwierdza psychastenię. Pacjentka dostaje „Promontę“, zażywa 750,0 proszku. Zmianę, jaka zaszła w jej usposobieniu najlepiej określa jej mąż wykrzyknikiem: „panie doktorze, ja żony nie poznaję, zupełnie inna kobieta“. łąknienie bardzo dobre, przybrała na wadze 7,5 kg.

Poniżej podaję opis jeszcze jednego przypadku z praktyki prywatnej. 26.V.1937 r. zgłasza się kleryk ze skargami na dolegliwości sercowe pod postacią kłujących bólów w okolicy serca z równoczesnym drętwieniem lewego barku, duszność, lęk przed śmiercią, bezsenność, szum w głowie. Badanie przedmiotowe wykazuje: układ sercowo-naczyniowy bez zmian, płuca również, przewód pokarmowy i narządy moczowo-płciowe odchyłeń od normy nie wykazują. Waga 56,6 kg. W zachowaniu się zdradza dużą nerwowość. Oświadczam mu, że jest zdrow, że dolegliwości jego wynikają z przemęczenia i ogólnej nerwowości. Zapisuję mu przy tym zwykłą mieszanekę uspakajającą z bromem i walerianą oraz *phosph. caps.* Po tygodniu zaczyna gwałtownie upominać się o powtórne zbadanie, gdyż „może przeoczyłem gruźlicę płuc u niego“. Czuje się bez zmiany. Badanie to jednak odłożyłem, zalecając zużyć całą porcję lekarstwa, które zapisałem. W dniu 12.VI.1937 r. kontrolne badanie wykazało: waga 57,8 kg wszystko inne bez zmian. Poleciałem wobec tego zażywać „Promontę“ (kołaczyki) i zgłosić się do mnie za miesiąc. W dniu 8.VII.1937 r. waga 65 kg, czuje się doskonale, żadnych skarg nie ma.

W ramach niniejszego artykułu nie mogę pomieścić opisu wszystkich chorych, leczonych przez nas „Promontą“. Stwierdzam, że w pozostałych przypadkach wynik leczenia był dobry. W chwili, gdy pracę niniejszą oddaję do druku, 6 osób spośród chorych zakładowych zażywa „Promontę“.

Zwracamy uwagę na „maszkę gruźliczą“, opisywaną przez starych i doświadczonych ftizjologów, która często pod postacią zaburzeń ze strony układu nerwowego (*neurastenia praetuberculosis*) poprzedza rozwój tak ciężkiego schorzenia, jakim jest gruźlica. Ciekawe będą doświadczenia i wyniki leczenia „Promontą“ tych wczesnych „zamaskowanych“ przypadków.

Sądzę, że preparat ten odda duże usługi.

#### PIŚMIENNICTWO

- 1) Thierfelder u. Klenk: Cerebroside u. Phosphatide, Berlin 1930.
- 2) A. Schittenhelm, Deutsche med. Wochenschrift, 1925, nr 17.
- 3) Rubner M. Klinische Wochenschrift, 1925, nr 39.
- 4) L. Borchardt — Klinische Konstitutionslehre, Berlin 1924 str. 150—157.
- 5) Kalinowski — Nowiny Lek. r. 1930 nr 19.
- 6) Skarżyński — Polska Gaz. Lek. r. 1930, nr 27.
- 7) Biologia lek. Tom XII. z. 2, 3, 4, 5, 6.



## Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

### Planowa budowa służby zdrowia w Centralnym Okręgu Przemysłowym \*).

Podał

Dr. Edward GRZEGORZEWSKI (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 39).

Budowa regionalnej służby zdrowia w Centralnym Okręgu Przemysłowym winna równocześnie uwzględnić cztery główne momenty: techniczne urządzenia sanitarne, pomoc w chorobie, zapobieganie, pojęte jak najszerszej, wreszcie pewien wpływ na politykę ludnościową, społeczną, a częściowo i gospodarczą w Okręgu.

I. Techniczne urządzenia sanitarne są elementem, bez którego trudno sobie obecnie wyobrazić nowoczesne osiedle. Prymitywny stan zaopatrzenia w wodę na terenie planowanego Okręgu wymaga gruntownej budowy od podstaw. Należy z góry przewidzieć rozrost osiedli i przygotować dostateczne źródła dobrej wody, bądź w postaci centralnego wodociągu, jaki istnieje np. dla Zagłębia Dąbrowskiego w Maczkach, bądź w postaci systemu studni artezyjskich.

Usuwanie nieczystości w osiedlach urbanizowanych należy zorganizować od razu i całkowicie. Przykład Warszawy musi tu działać, jako groźne *memento*. Trudności warszawskie w tej dziedzinie polegają jednak w dużym stopniu na wielkich rozmiarach problemu. W nowych osiedlach sprawa przedstawia się o wiele łatwiej pod warunkiem, że się od razu przystąpi do budowy kanalizacji i zorganizuje odpowiednio funkcjonujący wywóz nieczystości stałych. System usuwania nieczystości należy konstruować całkowicie, t. j. od razu aż do końcowego etapu — do oczyszczenia ścieków i spalania śmieci. Od początku trzeba po przeprowadzeniu studiów terenowych zdecydować się na system usuwania, stwierdzając, że np. w Rzeszowie najodpowiedniejszym sposobem będą pola irygacyjne, a w Sandomierzu oczyszczalnia ścieków przy pomocy mułu czynnego z następnym spuszczeniem oczyszczonych ścieków do Wisły. Kunktatorstwo i zbytne deliberowanie w tych sprawach kończy się nieraz przewlekającą się beczynnością i zaniedbaniem istoty rzeczy; odrobienie utraconej sposobności nieraz bywa uniemożliwione. Konieczność przeznaczenia odpowiednich sum na urządzenia techniczno-sanitarne w nowych i urbanizowanych osiedlach nie podlega dyskusji, i sumy te, należy przypuszczać, znajdą się bez trudu. Ważnym postulatem jest tylko to, by sumy te przewidzieć od początku i budowę urządzeń techniczno-sanitarnych zacząć zaraz.

Poza osiedlami nowymi, które będą prawdopodobnie nosiły charakter fabryczny, nie można zaniedbać reszty osiedli, które pozostaną rolniczymi. Podniesienie Okręgu nie może iść tylko drogą windowania paru centrów przemysłowych; praca nad podniesieniem warunków bytowania winna objąć całość Okręgu. Zadaniem stałej organizacji będzie zajęcie się ulepszeniem podstawowych warunków sanitarnych. Warunki wiejskie, w których jednak większość ludności Okręgu pozostanie, wymagają innego podejścia, aniżeli osiedla urbanizowane. Doświadczenie z gminnymi funduszami studziennymi wypadło dodatnio na terenie np. Woły-

nia. Suma kilkudziesięciu tysięcy złotych, włożona w taki fundusz w Okręgu Centralnym, ułatwi pracę nad systematycznym polepszaniem stanu zaopatrzenia w wodę. Budowa ustępów jest trudniejsza do zrealizowania, wymaga ona nie tylko wkładu materialnego, ale i sporej dawki wychowania higienicznego. Zahacza to o dział swoistej higieny wiejskiej, która musi stanowić jeden z ważniejszych, stale i wytrwale działających odcinków terenowej Służby Zdrowia.

II. Dziedzina lecznictwa. W prymitywnych warunkach bytowania opieka lecznicza i profilaktyczna są prawie nierozdzielne. Według Dra K a c p r z a k a budowa całkowitej służby zdrowia winna się rozpocząć od udzielania pomocy człowiekowi w chorobie, a przynajmniej od niesienia ulgi w chorobie, dotkliwie odczuwanej. Wobec względnie wysokiej gęstości zaludnienia w Okręgu Sandomierskim sprawa dojazdów chłopów do miasteczek — do lekarzy i do szpitali — przedstawia się tam lepiej, niż w wielu innych częściach kraju. Dojazd — to nie znaczy jednak dostępność. Zagadnienie pomocy powszechnej dla wsi jest zbyt szerokie i specjalne, by można było tutaj je rozwiązać przynajmniej w teorii. Nastręczyło ono już sporo kłopotu wielu organizacjom i zespołom. Jednolitej recepty na taką pomoc na razie nie ma. Tu wystarczy, jeżeli stwierdzę, że służba zdrowia winna zaopatrzyć Okręg w wystarczającą liczbę dostępnie rozmieszczonych szpitali, w gęstą sieć placówek lekarskich i w zespół wyszkolonych położnych. Wzrastająca zamożność Okręgu — istotne założenie planu — będzie motywem, przyciągającym lekarzy do osiedlenia się; jednak nasycenie terenu placówkami leczniczymi powinno zostać z góry ułożone i rozplanowane. W osiedlach miejskich sprawa będzie niewątpliwie o wiele prostsza — ubezpieczalnie społeczne obejmą opieką większą część ludności. Należy tylko dbać o to, by opieka ta była skoordynowana z innymi instytucjami pomocy lekarskiej i by łączyła w sobie profilaktykę z lecznictwem. Ważnym postulatem jest, by akcja miała rzeczywiście charakter regionalny, by względnie miejscowe miały pierwszeństwo przed pewnymi względami „pryncypialnymi“, by na tym terenie była jednolita polityka zdrowotna wszystkich komórek, pracujących na tym polu niezależnie od resortu, któremu podlegają. Wykorzystanie możliwości ubezpieczalni dla ogólnego dobra Okręgu może znakomicie ułatwić rozwiązanie wielu spraw, chociażby np. sprawy łóżek szpitalnych. Ostatnie posunięcia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, w szczególności rozpisanie ankiety na temat skoordynowania działalności Ubezpieczalni z innymi instytucjami zdrowia publicznego, budzą nadzieję, że moment do praktycznego wypróbowania tej koordynacji na terenie Okręgu przemysłowego już nadszedł. W tym właśnie Okręgu należałoby spróbować, chociażby w charakterze eksperymentu, sposobu organizacji powszechnej pomocy lekarskiej, której różne formy zostały w swoim czasie opracowane przez różnych autorów. W szeregu zagadnień nie należy zapominać również o opiece nad umysłowo chorymi zarówno w formie zakładowej, jak i otwartej; w tej ostatniej doświadczenie Wilna i Choroszczy dopomogą do całkowitego rozwiązania problemu, który kładzie się wielkim ciężarem na samorządy.

III. Profilaktyka. Jest to najważniejszy i może najtrudniejszy odcinek. Wymaga on szczególnej troskli-

\*) Odczyt wygłoszony w Tow. Med. Społ. dn. 23.IX.1937,

wości, ale dać może za to rezultaty szczególnie zadawajające. Dział ten należałoby potraktować wyjątkowo szeroko, rozdzielając na poszczególne zagadnienia, z których ważniejsze byłyby następujące: 1. Zabezpieczenie przed chorobami zakaźnymi ostrymi. 2. Opanowanie chorób społecznych. 3. Nadzór sanitarny ogólny. 4. Specjalnie ważne odcinki: a) higiena przemysłowa; b) sprawa wczasów i wychowanie fizyczne; c) zagadnienia żywienia i gospodarstwa domowego; d) opieka nad dzieckiem.

1. Przygotowanie terenu pod względem zabezpieczenia przeciwepidemicznego winno pójść w wielu kierunkach. Wykrycie i opanowanie ognisk endemicznych ćuru brzuszego z równoczesnym podniesieniem warunków techniczno-sanitarnych, polepszenie warunków obrotu produktami spożywczymi, kontrola nad nosicielami, badania nowo przybywających na teren Okręgu — wszystko to może skutecznie przeciwstawić się groźbie epidemii durowych i czerwonkowych. Miejscowości o szczególnie silnym ruchu migracyjnym można objąć przymusem szczepień ochronnych.

Energiczna i konsekwentna akcja kąpieliskowa, jako obrona przed wszawicą i groźbą duru plamistego, jest celowa tylko o tyle, o ile łączy się z wszczepianiem zrozumienia higienicznego wśród ludności. Budowa stałych kąpielisk we wsiach jest sprawą dużej doniosłości. Trudności polegają tu nie tyle na wysokości kosztów budowy, ile na konieczności rozbudzenia potrzeby stałych kąpeli wśród mieszkańców — a więc na utrzymaniu kąpieliska.

Profilaktyka innych chorób zakaźnych przedstawia stosunkowo mniej ważne zadanie. Zastosowanie całkowite współczesnych metod zwalczania nie powinno nastrożać większych trudności. Należałyby tu m. in. szczepienia przeciwbłonicze, organizacja profilaktyki odrowej, racjonalna dezynfekcja i t. p. W przypadkach gromadzenia się większych zespołów robotniczych należy liczyć się z niebezpieczeństwem nagminnego zapalenia opon mózgowych. Jak wykazuje doświadczenie, najważniejszym środkiem profilaktycznym jest zapewnienie każdemu robotnikowi wystarczająco dużego „kuba“ powietrznego. Nadzór nad elementem napływowym nie powinien przybierać postaci pełnej kwarantanny, jednak w pewnych warunkach badanie lekarskie, kąpiel, dezynsekcja i szczepienia przeciwdurowe będą posunięciami celowymi.

2. Z chorób społecznych weneria i gruźlica wysuwają się na pierwszy plan. Daleko posunięte ułatwienia lecznicze i profilaktyczne w zakresie chorób wenerycznych są prawie jedynym środkiem, który leży w możliwościach służby zdrowia, poza akcją uświadamiającą i propagandową. Nie wiele natomiast istotnego powodzenia wróży taka, czy inna metoda zwalczania prostytucji.

Sprawa gruźlicy w świetle nowszych osiągnięć nie przedstawia się zbyt czarno. Abstrahując od najrozmaitszych czynników natury społecznej, akcja przeciwgruźlicza właśnie na stosunkowo niewielkim terenie autonomicznym może dać dobre rezultaty, jak to np. ma miejsce w Badenii. Prace Towarzystwa Medycyny Zapobiegawczej wykazały całkowitą realność zasad scalonej społecznej walki z gruźlicą nawet w naszych warunkach finansowych, o ile idzie o Warszawę. Podstawowym założeniem tego jest jednak jednolitość akcji. To właśnie zostało osiągnięte w Badenii. Tylko w warunkach skonsolidowanej pracy higienicznej w Okręgu przemysłowym akcja przeciwgruźlicza będzie

mogła nabrać nareszcie właściwego wyrazu. Rzeczywiste rozwiązanie sprawy walki z gruźlicą na terenie, zamieszkałym przez 1 milion mieszkańców, posłużyłoby jako przekonywający przykład dla innych części kraju. Tanie ludowe sanatoria i izolatoria dla ciężko chorych winny nareszcie otrzymać należną pozycję w arsenale przeciwgruźliczym. Podkreślić tu jeszcze należy, że wyłącznie epidemiologiczne podejście do gruźlicy nie wystarczy, że właśnie w Okręgu, przebywającym duże zmiany, prawie że wstrząs, wielkie znaczenie ma sprawa trybu życia, odżywiania i gospodarstwa domowego.

3. Sprawa nadzoru sanitarnego jest raczej prosta i wymaga tylko odpowiedniego personelu i pilnej działalności. Przewidzieć jednak należy konieczność nadzoru od początku, t. j. od fazy budowy, od higienicznej kontroli planów. Nie należy zaniedbać przygotowania całokształtu lokalnych przepisów wykonawczych i powiązania akcji nadzoru sanitarnego z postępowaniem administracyjnym tak, by zapewnić szybkie i sprawne funkcjonowanie.

4a) Wybitnie regionalne znaczenie posiadać będzie higiena przemysłowa. Dotyczy ona wprawdzie tylko części ludności i tylko na pewnym odcinku jej życia, w tym jednak Okręgu stanowić będzie problem pierwszorzędnej doniosłości. Planowanie fabryk, metody produkcji, warunki pracy, szkodliwości zawodowe i t. d. — wszystko to wymaga wglądu dobrze wyszkolonego lekarza higienisty. Posiadane już obecnie doświadczenia w tym zakresie są dość bogate. Wynika z tych doświadczeń, że współpraca lekarza fabrycznego winna zacząć się przed puszczeniem fabryki w ruch, że lekarz musi wnikać również w techniczną stronę produkcji i że nie może się ograniczyć do udzielania pomocy lekarskiej chorym. Specjalną troską otoczyć trzeba element wiejski, nieobeznany z zasadami higieny pracy. Nie należy dopuszczać do rabunkowej gospodarki materiałem ludzkim.

b) W bliskiej łączności z higieną przemysłową pozostaje sprawa wczasów. W okręgu przemysłowym, zwłaszcza świeżo powstającym, ze względów już szeroko omówionych, organizacja racjonalnego i higienicznego wypoczynku jest sprawą szczególnie ważną. Systemy i metody rozmaitych „dopolavore“ wychodzą poza granice służby zdrowia, jednak rzeczą tej służby jest dopilnowanie, by wczasy nie zawierały grzechów przeciw higienie, jak to czasem się zdarza w wychowaniu fizycznym, dziś na szczęście już coraz rzadziej.

c) Na uwagę zasługuje sprawa żywienia i przysposobienia gospodarczego w rodzinie. Skoncentrowanie wysiłków kół gospodyń wiejskich, izb rolniczych i podobnych organizacji, wspomoczenie ich kadrą dietetyczek, instruktorek gospodarstwa domowego, nie tylko propaganda, ale i stworzenie warunków do racjonalnego żywienia jest łatwiejsze na wybranym określonym terenie, może tam też dać lepsze i szybsze demonstracyjne rezultaty. Zorganizowanie aprowizacji nie należy do zakresu higieny, ma jednak duży wpływ na zdrowotność. Racjonalne rozwiązanie np. sprawy mleczarstwa nie może się odbyć bez czynnego udziału higienisty. Z drugiej strony dobra higieniczna aprowizacja odbija się niesłychanie korzystnie na poprawie warunków zdrowotnych.

d) Nie będę tu mnożył argumentów za doniosłością opieki nad dzieckiem i macierzyństwem. Ograniczę się do paru uwag. Istnieje w powiecie Skierniewickim dobrze rozwinięty system opieki położniczej. Zrealizowano tam program rozwoju pomocy położni-



czej dla wsi. Jest to zatem rzecz do przeprowadzenia również w Okręgu przemysłowym.

Bodaj że nigdzie w Polsce nie ma pełnej opieki otwartej nad dzieckiem. Między drugim a siódmym rokiem życia zjawia się przerwa w opiece higienicznej; dziecko, wychodzące z poradni niemowlęcej, aż do przyścia do szkoły znajduje się poza obrębem zainteresowań higieny publicznej. Wprowadzenie w Okręgu przemysłowym opieki higienicznej również nad tym dzieckiem przyniesie nieocenione korzyści. W ogóle zagadnienie puerikultury w Okręgu ma znaczenie szczególne. Przemiany, zachodzące w trybie życia, odbijają się na zdrowiu nie tylko, a nawet nie tyle — pokolenia obecnie czynnym, ile właśnie na pokoleniu następnym, obecnie rosnącym. To młode pokolenie znajduje się w największym niebezpieczeństwie.

Rzecz jasna, że całej akcji higienicznej towarzyszyć powinna zręczna i wytrwała propaganda, a raczej uświadamianie higieniczne. Niezły naogół stan elementarnej oświaty ludności Okręgu stwarza w tym względzie warunki pomyślne.

Z szeregu innych zagadnień, nie wymienionych dotychczas, podnieść należy jeszcze higienę psychiczną. Wprowadzając szczupłość metod i niepewność dotychczasowych środków w tym dziale nie pozwala na zbyt dużą jego rozbudowę, jednak zastosowanie pewnych zasadniczych, dziś już pozytywnych wskazówek higieny psychicznej, chociażby tylko w szkołach i w zakładach przemysłowych, staje się już aktualne.

IV. Trudno przedstawić konkretnie zakres i kierunek wpływu służby zdrowia na politykę ludnościową, społeczną i gospodarczą na terenie Okręgu Przemysłowego, dopóki zasadnicza organizacja nie przybrała formy konkretnej. O roli i wzajemnym stosunku higieny i aprowizacji była mowa już poprzednio. Dodać można parę uwag, dotyczących stosunku do zagadnień polityki społecznej. Problem opieki społecznej w wielu punktach styka się z działem zdrowia. Sposób rozwiązania i potraktowania tych punktów stycznych zależy w dużej mierze od warunków lokalnych i od rozmiarów tak samego zagadnienia, jak i rozmiarów uwagi, poświęcanej każdemu z tych zagadnień. (Sprawy te omówiłem w artykule „Służba zdrowia a opieka społeczna i ich współpraca w terenie“ „Zdrowie Publiczne“ Nr. 1 1937 r.).

Powstaje pytanie, czy i w jakich rozmiarach służba zdrowia może wpłynąć na rozwiązanie zagadnień, które tu przedstawiłem. Teoretycznie rzecz biorąc, społeczeństwo dziś może już w pewnych granicach określić własne współczynniki zgonów, a w wielu przypadkach nawet chorobowość. Obliczenia angielskie (Sir George Newman) kwalifikują przeszło połowę zgonów jako zgony, których dałoby się uniknąć przez od-

powiednie postępowanie profilaktyczne. Kryteria angielskie, zastosowane u nas, dałyby jeszcze wyższy procent zgonów „niekoniecznych“ — do 70%. W praktyce możliwości redukcji zgonów są, oczywiście, skromniejsze. Cały zespół warunków życiowych wpływających na stan zdrowotny społeczeństwa, i nie zawsze wysiłki służby zdrowia dadzą się zmierzyć za pomocą odpowiednich rezultatów. Znaczący problem oceny działalności służby zdrowia Edgar Sydenstricker stanął na stanowisku, że dziś ogólnym miernikiem pracy służby zdrowia mogą być tylko poniesione wysiłki, a nie osiągnięte rezultaty, z wyjątkiem konkretnych kampanii, przedsięwziętych w jasno określonym celu. Takimi kampaniami były np. akcja przeciw żółtej febrze w Ameryce Północnej, uzdrowotnienie strefy kanału Panamskiego, zwalczanie malarii w Kampanii Rzymskiej, wreszcie chociażby walka z ospą i z tyfusem plamistym w Polsce bezpośrednio po wojnie. Do najciekawszych przedsięwzięć tego rodzaju zaliczyć trzeba niemiecką akcję przeciw durowi brzuszemu w Nadrenii, zapoczątkowaną jeszcze przez Kocha. M. in. pewną rolę odegrała tam kontrola nosicielstwa, która przyczyniła się do uzdrowotnienia części Niemiec, przygotowanej jako baza wypadowa do wojny przeciw Francji. Przygotowania zdrowotne były tak dokładne, że, jeżeli wierzyć źródłom dziennikarskim francuskim, z chwilą nagromadzenia wojsk w Nadrenii nosiciele duru brzuszego zostali tam internowani w obozach, szpitalach i t. p. zakładach zamkniętych.

Przeprowadzenie całkowitego, intensywnego i wszechstronnego programu zdrowotnego na wybranym terytorium jest do pewnego stopnia nowością. Gwałtowny, choć kierowany skok gospodarczy stwarza warunki do wykonania również skoku w zakresie organizacji zdrowotnej. Przejście od prymitywu do modernizmu musi się odbyć szybko, ale planowo. I to jest zadaniem służby zdrowia Centralnego Okręgu Przemysłowego. Mamy obecnie w Polsce fragmenty wszystkich poczynań higienicznych, najbardziej nowoczesnych, rozproszonych na różnych terenach, rozwodnione ilościowo w masie potrzeb i na olbrzymiej przestrzeni. Ześrodkowanie wysiłków, zespolenie tych fragmentów w jedną sprężystą konstrukcję, stworzenie na ograniczonym choćby terenie służby zdrowia całkowitej jakościowo i ilościowo — będzie posunięciem wielkiej miary.

Celowo nie podaję schematu organizacyjnego, ani rozplanowania placówek. To jest rzeczą techniki administracyjnej. Jako główne wytyczne przyjąć należy: realny i konsekwentny plan, jednolite kierownictwo, należyty wpływ służby zdrowia w łonie czynników, kierujących rozbudową, fachowość służby zdrowia, no i, oczywiście, odpowiednie środki materialne.

## Wiadomości bieżące.

— Zjazd Towarzystwa Internistów Polskich odbędzie się w roku 1939 w Katowicach i poświęcony będzie dwóm tematom głównym: leczeniu niewydolności krążenia (referenci: Włodzimierz Filiński i Antoni Sabatowski) i leczeniu hormonalnemu (referenci: Włodzimierz Koskowski, Teofil Kucharski i Tadeusz Zawodziński). Referaty, wolno zgłoszone, mogą być przyjęte tylko te, które swą treścią będą ściśle związane z tematami głównymi.

— Opracowane przez Główny urząd statystyczny dane o ruchu naturalnym ludności w pierwszym półroczu r. b., pozwalają stwierdzić dość znaczny spadek przy-

rostu naturalnego w porównaniu z rokiem ubiegłym. W pierwszym półroczu r. b. przyrost naturalny wyniósł 178.757, czyli 10,5 promille w porównaniu z cyfrą 217.859, t. j. 12,9 promille — w pierwszym półroczu roku poprzedniego. Małżeństw zarejestrowano w tym okresie czasu 138.255 wobec 145.669 w pierwszym półroczu 1936 r., urodzeń żywych — 433.306 wobec 454.537, zgonów — 254.549 wobec 236.578, zgonów niemowląt 56.094 wobec 53.999. Ogólna liczba urodzeń w pierwszym półroczu roku bieżącego jest o 4,7 proc. niższa, aniżeli w roku ubiegłym. Liczba zgonów wzrosła. Wynikiem spadku liczby urodzeń i wzrostu liczby zgonów jest zmniejszenie się przyrostu naturalnego.

— D. 18.X odbyła się uroczystość otwarcia nowego gmachu 4 Szpitala Okręgowego w Łodzi i nadania mu imienia generała dywizji Dra F. Sławoj-Składkowskiego. Otwarcia i odsłonięcia tablicy dokonał II wiceminister Spraw Wojskowych gen. inż. Litwinowicz, po czym przemawiali gen. Langner, Dowódca O. K. IV i gen. Dr. Rouppert, szef Wojskowej Służby Zdrowia.

— W kwietniu 1938 r. odbędzie się w Poznaniu VI Zjazd Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego na którym będą wygłoszone referaty na tematy programowe i tematy dowolne. Tematy programowe: I. Poliomyelitis i następstwa. Referenci: Prof. M. Michałowicz (Warszawa), Prof. S. Pieńkowski (Kraków), Prof. F. Raszeja (Poznań), Prof. A. Wojciechowski (Warszawa), dr. J. Wolszczan (Poznań). II. Złamania śródstawowe. Referenci: Doc. A. Gruca (Lwów), Dr. A. Janik (Łódź). Zgłoszenia referatów na tematy jak programowe, tak i na tematy dowolne należy kierować do dnia 15 stycznia 1938 r. pod adresem sekretarza P. T. O. i T. Dra Henryka Levittoux, Warszawa ul. Polna Nr. 78.

#### ZMARLI.

Józef Skłodowski, długoletni ordynator oddziału chorób wewnętrznych Szpitala Dzieciątka Jezus, prezes Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego — w Warszawie.

### KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

#### 26.X. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Galinowski Zdz. Czynność megakarioblastyczna szpiku kostnego w warunkach fizjologicznych i chorobowych w świetle badania żączyowego szpiku mostka. 2. Walawski J. Demonstracja filmów Zakładu Fizjologii U. J. P. a) System nerwowy, cz. II.

### Résumé des articles originaux.

T. KORZYBSKI. Essais sur la signification de la réaction de l'or colloïdal dans le liquide céphalo-rachidien.

I. L'auteur décrit la façon de préparer de l'or colloïdal et d'exécuter la réaction. Se plaçant au point de vue théorique il s'occupe de cette réaction en général et de l'influence que les divers agents comme NaCl, le pH, l'albumine et autres peuvent avoir sur elle. L'influence d'albumines a été illustrée par les réactions de l'or colloïdal pratiquées sur les sérums. II. Selon différentes méthodes d'examen du liquide céphalo-rachidien on obtient des résultats différents. L'auteur se basant sur les données publiées par d'autres, compare les résultats que l'on a obtenus par la réaction de l'or colloïdal avec les résultats d'autres réactions. III. L'auteur étudie 157 cas. Il conclut que la réaction de l'or colloïdal se distingue par sa grande sensibilité dépassant celle de la réaction de Wassermann. Cette sensibilité se manifeste surtout dans les cas où il n'y a que de petites lésions du système nerveux central. La réaction de l'or colloïdal peut donner quelques avantages dans la différenciation de diverses formes de la syphilis du système nerveux central. La réaction n'est pas spécifique. Dans les cas de la méningite tuberculeuse elle peut avoir une certaine valeur pronostique.

I. J. MERENLENDER et B. GINZBURG. Xeroderma pigmentosum (Melanoneurinoma consecutivum).

Description d'un cas d'une femme de 20 ans, observée depuis 13 ans, atteinte d'une rare forme de peau parcheminée pigmentaire. Outre plusieurs excroissances dans la face, la malade a depuis 3 ans dans la région droite du cou une tumeur de

### COLLOQUIUM TERMINOLOGICUM.

#### XXI. Ekto-mezo-entoderma.

Jak wiadomo, jajo zapłodnione w rozwoju swym przechodzi różne okresy, odpowiadające dość ściśle różnym, coraz to wyższym dojrzałym postaciom drabiny świata zwierzęcego. Zjawisko to sformułował wielki biolog-poeta Ernst Haeckel w prawie: Ontogeneza jest skróconym powtórzeniem filogenezy  $\zeta\upsilon\lambda\omicron\gamma\acute{\epsilon}\nu\epsilon\sigma\iota\varsigma$ . Wczesnemu okresowi gastruli, odpowiadającemu w drabinie świata zwierzęcego jamochłonnym, równoważny jest u wyższych zwierząt okres istnienia trzech warstw zarodkowych, które otrzymały niezbyt ściśle nazwę ekto-, mezo- i entodermy. O ile  $\acute{\epsilon}\lambda\tau\epsilon\omicron$ ,  $\mu\acute{\epsilon}\sigma\omicron$ ,  $\acute{\epsilon}\nu\tau\omicron$  odpowiadają polskim wyrazom: zewnątrz, śród, wewnątrz, o tyle  $\delta\acute{\epsilon}\rho\mu\alpha$  znaczy po polsku skóra, co przecie. o ile chodzi o warstwy zarodkowe, nie zgadza się z rzeczywistym stanem rzeczy. Nie jest jednak moim zamiarem odrzucać te nieściśle, lecz ogólnie przyjęte terminy greckie, natomiast chciałbym zaproponować odpowiadające im, lecz ściślejsze, czysto polskie terminy. Punktem wyjścia dla moich rozważań jest fakt, że warstwy zarodkowe przedstawiają się w postaci błon, stopniowo różniczkujących się. Otóż, przez analogię do 3-ch warstw serca: osierdzia, sierdzia i wsierdzia proponuję dla warstw zarodkowych nazwy: nabłonie, śródbłonie, przybłonie. Z nabłonia (ektodermy) powstają: 1) nabłonek, pokrywający powierzchnię ciała i wysielający górny i dolny odcinek przewodu pokarmowego, krtani i płuca, 2) gruczoły: tarczyca, grasicca, przednia część przysadki, nerki z aparatem wyprowadzającym, 3) układ nerwowy. Z śródbłonia (mezodermy) powstają mięśnie, szkielec, tkanka łączna. Nakoniec z przybłonia (entodermy) rozwija się nabłonek części środkowej przewodu pokarmowego od wpuustu do zastawki Bauhina wraz z gruczołami. Proponuję embriologom polskim wypowiedzenie się w tej sprawie, ewentualnie zaproponowanie innych lepszych terminów.

Stanisław Justman.

grandeur d'un poing. Vu l'état fébril durant depuis quelques mois, des métastases dans les glandes lymphatiques voisines et la cachexie on a décidé d'enlever la tumeur et les glandes lymphatiques malades. L'examen histologique de la tumeur a révélé un mélanoneurinome. Récidive du néoplasme déjà après quelques mois.

A. KACPERSKI. „Promonta“ dans le traitement des affections nerveuses.

En résumant les observations faites sur le médicament Promonta il faut souligner son action efficace, certaine et assez prolongée sur le système nerveux du malade affaibli soit par une maladie infectieuse de longue durée, soit par une tension accrue de l'état psychique pendant le travail surtout intellectuel. Le mécanisme de l'action s'effectue très probablement par l'apport des lipoides faisant défaut dans les tissus nerveux. En outre Promonta stimule l'appétit et par cela augmente le poids du corps, ce que l'auteur a observé chez tous les malades traités.

A. P.

E. GRZEGORZEWSKI. L'organisation du service de santé dans le nouveau Centre Industriel de la Pologne.

Vu la construction d'un nouveau Centre Industriel au Sud de la Pologne, le problème d'une organisation sanitaire dans le district devient d'une importance primordiale. Dans son article l'auteur donne un aperçu des conséquences au point de vue de santé des habitants d'une urbanisation rapide de ce terrain, habité par une population rurale. L'auteur propose de réaliser le programme des mesures sanitaires parallèlement au développement industriel du district.

TRĘŚĆ: T. KORZYBSKI. O znaczeniu reakcji ze złotem koloidowym w płynie mózgowo-rdzeniowym. (Dok.) — I. J. MERENLENDER i B. GINZBURGOWA. Xeroderma pigmentosum. (Melanoneurinoma consecutivum) — A. WAJNGOT. Ekto — i endosympatozy. (Str. pogl.) — Sireszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Z posiedzeń szpitalnych. — A. KACPERSKI. „Promonta“ w leczeniu schorzeń nerwowych. — E. GRZEGORZEWSKI. Planowa budowa służby zdrowia w Centralnym Okręgu Przemysłowym. (Dok.) — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich. — Colloquium terminologicum.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: T. KORZYBSKI. Essais sur la signification de la réaction de l'or colloïdal dans le liquide céphalo-rachidien. — I. J. MERENLENDER et B. GINZBURG. Xeroderma pigmentosum (Melanoneurinoma consecutivum). — A. WAJNGOT. Ekto — et endosympatoses. (Rev. gén.) — A. KACPERSKI. „Promonta“ dans le traitement des affections nerveuses. — E. GRZEGORZEWSKI. L'organisation du service de santé dans le nouveau centre industriel de la Pologne.