

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 XV

WARSZAWA, 29 WRZEŚNIA 1938 R.

Nr. 36

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

O przewlekłych wysiękowych i rzekomo-gruźliczych postaciach kiły stawów okresu późnego.

Podał

Dr S. NEUMARK (Łódź).

(Dokończenie — patrz nr 35).

Zjawiska wysiękowe w stawach, zwłaszcza kolanowych, znacznie rzadziej w stawach skokowych, łokciowych lub biodrowych w przebiegu kiły nabytej lub wrodzonej stosunkowo często są rozpoznawane jako pochodzenia gruźliczego i przez dłuższy czas odpowiednio leczone. Bezbolesne lub z niezbyt silnymi bólami zachodzące, mniej lub więcej zaznaczone opuchnięcie jednego lub niewielu stawów wskutek wysięku i wytworzenia się ziarniny kilakowej, jednocześnie ze zgrubieniem torebki stawowej i z obrzękiem tkanek okołostawowych, zwykle o przewlekłym przebiegu, może dać obraz kliniczny rzekomogruźliczego schorzenia stawowego (*Tumor albus syphiliticus*). W odróżnieniu od miękawo-ciastowatej spistości gruźliczego guza białego (*Tumor albus tuberculosus*) odznacza się rzekomo-gruźlicze schorzenie stawowe twardawo-elastycznym oporem kilakowej ziarniny wewnątrzstawowej, tak, że przy palpacji ma się wrażenie, jak gdyby zajęty staw był mocno wywatowany (Brünauer i Hass). Przy większych wysiękach wyczuwa się ponadto wyraźną fluktuację. W niektórych przypadkach jest spistość schorzałego stawu wręcz twarda (Achar d). W przeciwstawieniu do gruźlicy stawowej brak w początkowym okresie cierpienia kiłowego zaznaczonego zniekształcenia, przykurczu lub zeszywnienia stawu. Przetoki stawowe wskutek zropienia ziarniny wewnątrzstawowej są nader rzadkie i występują raczej w wyniku wtórnej infekcji. Ruchomość stawu jest zwykle upośledzona, lecz w znacznie mniejszym stopniu, niż w gruźliczej sprawie stawowej. Należy podkreślić, że choroby mogą niekiedy miesiącami pracować przy wybitnie powiększonym i obrzękłym stawie, odczywają po dłuższym wysiłku tylko zmęczenie i lekkie bóle, które podczas spoczynku nocnego ulegają znacznemu nasileniu. Nawet po dłuższym trwaniu cierpienia brak zaznaczonego zaniku mięśni odpowiedniej kończyny. Jedynie w dalej posuniętych i przewlekłych przypadkach ze wzmożonymi bólami i ze zmianami powierzchni stawowych oraz części kostnych przystawowych nastąpić może wraz z częściowym unieruchomieniem stawu pewien zanik odpowiednich mięśni. W odróżnieniu od

gruźliczego cierpienia stawowego jest w tej postaci kiły stawowej samopoczucie chorego na ogół dobre, ciepota ciała tylko nieznacznie podwyższona, a nawet normalna. Badanie radiologiczne wykazuje w początkowym okresie brak wszelkich zmian, wzgl. zmiany te są nieznaczne i ograniczają się do zgrubienia torebki stawowej i lekkich nawarstwień okostnowych w obrębie kłykci kości, w skład zajętogo stawu wchodzących. Brak przy tym ostrego zaniku kości typu Sudecka. W dalej posuniętych przypadkach powierzchnie stawowe ulegają stopniowemu zajęciu w postaci nadżerek i ubytków obok ogniskowych zmian degeneracyjnych i przerostowych chrząstki stawowej z jednoczesnym rozrzedzeniem przystawowych beleczek kostnych oraz z odczynowym zagęszczeniem sąsiedniej istoty kostnej, wskutek czego powierzchnia stawowa przyjmuje wygląd nierówny; szpara stawowa, wzgl. połowa jej jest wówczas zwężona. Poza tym stwierdza się zaostrenie brzegów stawowych z nawarstwieniami okostnowymi oraz z wytworzeniem osteofitów obok ograniczonych ubytków istoty kostnej. Tego rodzaju zmiany nie różnią się niczym od początkowego okresu zniekształcającego zapalenia stawów pochodzenia wtórnego. W przypadkach, w których pierwotna sprawa kilakowa istnieje nie w obrębie torebki stawowej, lecz w przystawowej części jednej z nasad kostnych, badanie radiologiczne wykazuje obecność mniej lub więcej ostro odgranicozonego ogniska rozrzedzenia tkanki kostnej oraz jakby wyształconego owrzodzenia przylegającej części powierzchni stawowej. Pod wpływem kuracji swoistej zmiany kilakowe w nasadzie kostnej ulegają zupełnemu wchłonięciu z pozostawieniem zagęszczenia istoty kostnej i bliznowatego wciągnięcia poprzednio owrzodziałych części chrząstek stawowych.

Kliniczne podobieństwo pomiędzy gruźlicą a wymienioną postacią schorzenia stawowego na tle kiły okresu późnego niejednokrotnie powodem błędów rozpoznawczych, niekiedy prowadzących do rozległych zabiegów chirurgicznych, do rezekcji stawów, a nawet do amputacji kończyny (Holländer, Broca, Léri i Barthélemy, Ménard i Moser, Cantonnet, Louste i Queyrat, Diez Salvatore i inni). Dokładna znajomość tego rodzaju zmian stawowych o przewlekłym przebiegu na tle kiły wrodzonej lub nabytej jest tym bardziej niezbędna, gdyż wczesne i energiczne przeprowadzone leczenie swoiste prowadzi zwykle do doskonałych wyników. Jedynie w przypadkach zaniedbanych, wzgl. późno leczonych,

w których radiologicznie stwierdza się zajęcie powierzchni stawowych i części kostnych przystawowych, leczenie przeciwkifowe powoduje wprawdzie wchłonięcie ziarniny wewnątrzstawowej i prowadzi do odzyskania w mniejszym lub większym stopniu normalnego wyglądu danego stawu, jednakże istniejące początkowe zmiany zniekształcające powierzchni stawowych pozostają nadal zachowane i ulec mogą dalszemu rozwojowi pod wpływem czynników statycznych i dynamicznych, zwłaszcza urazowych, przy czym dalsze leczenie swoje pozostaje już bez żadnego wpływu na późniejszy rozwój cierpienia stawowego. Do powyższych uwag załączam dla przykładu streszczenia 3 typowych przypadków własnych.

10) M. H. lat 21. *Lues latens. Tumor albus syphiliticus genu dextri.*

Chora podaje, że dotychczas była zawsze zdrowa. W lutym 1935 r. operacja wyrostka robaczkowego. Aczkolwiek prawie kolano już od dłuższego czasu było opuchnięte, dopiero w grudniu 1934 r. po raz pierwszy chora poczuła bóle w tym stawie, wzmagające się w nocy, co nie przeszkadzało jej w pracy w fabryce. Nadmieniam ona, że w tym czasie odgniotła sobie pr. kolano skrzynką od przędzy, po czym nastąpiło pogorszenie cierpienia w postaci szybko wzrastającego powiększenia obwodu tegoż stawu. Podczas pobytu w szpitalu z powodu zapalenia wyrostka stwierdzono, że obwód zajętego stawu o spistości twardawo-elastycznej osiągał wielkości głowy kilkuletniego dziecka. Przy palpacji brak większego wysięku, jedynie umiejscowiona bolesność przy ucisku na kłykcie piszczeli. Narządy wewnętrzne bez zmian. Przy nakłuciach zajętego stawu wydobyto 10—25 cm³ płynu bezbarwnego. W mazankach, barwionych sposobami Grama i Ziel-Nielsen, żadnych drobnoustrojów nie znaleziono. Krętki blade w ciemnym polu również nieobecne. Hodowle punktatu jałowe. Serologiczne badanie płynu wysiękowego oraz krwi wykazało odczyn wybitnie dodatni.

Roentgen z dnia 15.III.1935 r.: lekkie zwięźlenie zewnętrznej połowy szpary stawowej, zaostrenie konturów stawowych, nieznaczny ubytek istoty kostnej na kłykciach kości piszczelowej oraz nawarstwienia okostnowe. W celu diagnostycznym wtarto w okolicy kolana szarą maść rtęciową, po czym chora poczuła silne bóle w kolanie, temperatura podniosła się do 38. Po 24 wcierkach szaruchy obrzmienie kolana znacznie mniejsze, ruchy w stawie jeszcze ograniczone i nieco bolesne. Przez cały czas pobytu w szpitalu przebieg cierpienia stawowego był bezgorączkowy. Wypisana ze szpitala dnia 27.IV. 1935 i wysłana do Buska, gdzie chora otrzymała kąpiele błotne i siarczane.

St an z dnia 3.VI.1935 r.: obwód pr. stawu kolanowego o 2 cm³ większy w porównaniu z l. stawem, lekkie ograniczenie ruchów, zwłaszcza przy zginaniu, przy tym tarcie i trzeszczenie; ograniczona bolesność przy ucisku na główkę strzałki. Chora nieregularnie uczęszczała do ambulatorium i przedwcześnie przerwała leczenie.

12.II.1936. Wa R. dodatni. Obwód pr. stawu kolanowego jeszcze o 1½ cm powiększony w porównaniu z lewym stawem. Brak wyraźnych miejsc bolesnych przy ucisku na nasady kostne, zarówno jak bólów podczas chodzenia i w nocy.

Zdjęcie rentgenowskie z dnia 21.XII.1935 r. wykazało: l. staw kolanowy bez zmian. Prawy staw kolanowy-szpiczaste zarysy kłykci piszczeli z nieznacznymi nawarstwieniami okostnowymi. Zwięźlenie zewnętrznej połowy szpary stawowej. Zaostrenie zarysów wyniosłości międzykłykciowych.

Następne zdjęcie z dnia 30.VI.1936 r. wykazało nieco dalej posunięte zmiany, odpowiadające początkowemu okresowi zniekształcającego zapalenia stawu.

St an z dnia 1.VII.1936 r.: lekkie ograniczenie ruchów w prawym stawie kolanowym; podszkwałe opuchnięcie na wewnątrz od rzepki o spistości miękkiawo-elastycznej (*bursitis exsu-*

dativa). Brak bólów, również przy ucisku na kłykcie kości udowej i piszczelowej. Nieznaczne powiększenie obwodu stawu, tarcie i trzeszczenie przy wykonywaniu ruchów. Po nałożeniu opatrunku z szarą maścią rtęciową brak reakcji.

W tym przypadku powolny przebieg i stopniowy rozwój cierpienia stawowego, nocne bóle, możliwość pracy w fabryce pomimo znacznego opuchnięcia prawego stawu kolanowego, twardawo-elastyczna spistość ziarniny wewnątrzstawowej, nieznaczny wysięk, wystąpienie reakcji miejscowej i ogólnej zarówno po nałożeniu opatrunku z szarą maścią rtęciową, jak i po pierwszych wstrzykiwaniach Neo. i Bi., dodatni odczyn W a R. w płynie wysiękowym i we krwi, wreszcie dobry wynik leczenia swoistego przemawiają na korzyść rozpoznania rzekomogruźliczego schorzenia stawowego na tle kiły utajonej. Badanie radiologiczne, wykonane dopiero w kilka miesięcy po rozwinięciu się klinicznego obrazu chorobowego, wykazało już zmiany, odpowiadające początkowemu okresowi zniekształcającego zapalenia stawu, w wyniku przejścia pierwotnej sprawy kilakowej, odbywającej się w obrębie torebki stawowej, na powierzchnię chrząstkową i części kostne przystawowe. Pomimo zaznaczonej poprawy klinicznej wymienione zmiany radiologiczne pozostały nadal obecne, a nawet uległy pogorszeniu, prawdopodobnie wskutek niejednokrotnie powtarzającego się urazu w obrębie danego stawu podczas pracy w fabryce.

11) St. L. lat 50. *Tumor albus syphiliticus genu dextri.*

Chory zgłosił się dnia 22.VIII.1935 r. do Dra Kacanela-sona z powodu stale powiększającego się obwodu pr. stawu kolanowego i związanego z tymi zmianami utrudnienia w chodzeniu. Podaje, że przed laty przechodził malarię o ciężkim i długotrwałym przebiegu. Choroby weneryczne neguje. Cierpienie stawowe datuje od szeregu miesięcy. Obecnie stwierdza się wybitne powiększenie obwodu pr. kolana, sięgającego wielkości głowy kilkuletniego dziecka; zaznaczona twardawa spistość zawartości wewnątrzstawowej; brak fluktuacji, natomiast obrzęk skóry nie tylko w obrębie stawu, lecz i kilka palców poniżej i powyżej kolana. W dołku kolanowym znajduje się guz wielkości jaja kurzego. Ograniczenie ruchów znacznego stopnia; bóle, podczas chodzenia niezbyt silne, potęgują się w nocy. Zaznaczona bolesność przy ucisku na kłykcie uda i piszczeli. Odczyn W a R. we krwi ujemny, natomiast odczyn citocholowy częściowo dodatni. Zdjęcie rentgenowskie z dnia 25.VII.1935 r.: zwięźlenie wewnętrznej połowy szpary stawowej, zaostrenie brzegów stawowych z nieznacznymi nawarstwieniami okostnowymi. Dotychczasowe leczenie maściami, nasświetlaniami i kąpielami pozostało bez wyniku, natomiast od chwili zastosowania wcierek rtęciowych i śródmięśniowych wstrzykiwań Bi. nastąpiła szybko postępująca poprawa, tak, że po 20 wcierkach i 20 Bi. oraz po kilku flaszkach rozcynu KJ. obwód stawu znacznie się zmniejszył, bóle ustąpiły zupełnie, rozpiętość ruchów w kolanie prawie normalna.

W obu tych przypadkach rzekomogruźliczego schorzenia stawowego na tle kiły nabytej okresu późnego, dotychczas nie leczonej, pierwotna sprawa kilakowa wystąpiła w obrębie torebki stawowej i dopiero w dalszym przebiegu powierzchni stawowe uległy zmianom chorobowym z następczym zwięźleniem szpary stawowej i z reakcją wytwórczą tkanki kostnej, zwłaszcza na brzegach przystawowych. Nie ulega wątpliwości, że do wytworzenia tego rodzaju radiologicznie ujawnionych zmian przyczynił się w dużym stopniu często powtarzający się uraz w obrębie danego stawu. Oprócz urazu jeszcze inne czynniki patogenetyczne, jak konstytucjonalne usposobienie, poprzednio przebyte zakażenia i intoksykacje, nadmierne obciążenie danego stawu przyczynić się musiały do wystąpienia dalszych zmian po-

wierzchni stawowych o charakterze zniekształcającym, pomimo daleko idącego polepszenia stanu klinicznego.

Obraz chorobowy *Tumor albus syphiliticus* rozwinąć się może również wskutek przejścia pierwotnego procesu kilakowego, odbywającego się w jednej z nasad kostnych, na powierzchnię stawową z następczymi, mniej lub więcej ograniczonymi zmianami destrukcyjnymi chrząstki. Wskutek przebiegu ogniska kilakowego (zwłaszcza na brzegach stawowych, rzadziej w nasadowej części powierzchni stawowej) do wnętrza stawu następuje zapalenie wysiękowe maziówki z wytworzeniem ziarniny kilakowej w obrębie torebki stawowej, a w dalszym rozwoju cierpienia i w częściach miękkich okołotorebkowych. W późniejszym okresie dojść może wskutek zrostów rozrośniętych i nacieczonych frendzli maziówkowych, skurczenia i zbliznowacenia torebki i więzadeł oraz wtórnych zmian powierzchni stawowych i części kostnych przystawowych do wybitnego ograniczenia ruchów, do zniekształcenia i do częściowej, a nawet do zupełnej ankiлоzy włóknistej, znaczenie rzadziej do kostnego zeszywnienia stawu, a to w przypadkach, w których obie powierzchnie stawowe uległy daleko sięgającym zmianom chorobowym. Natomiast wczesne i gruntownie przeprowadzone leczenie swoiste zwykle prowadzi do zupełnego wyleczenia zajętego stawu z pozostawieniem radiologicznie widocznego zagęszczenia istoty kostnej w obrębie poprzednich ognisk kilakowych.

12) St. J. lat 8. *Lues congenita. Tumor albus syphiliticus genu sinistri. Polyarthritidis gummosa.*

14.X.1928. Cierpienie stawowe datuje od szeregu lat ze stopniowo rozwijającym się obrzmieniem l. stawu kolanowego. Chora jest jednym z bliźniąt, drugie dziecko zmarło w 4-ym m. ż. Typowe zęby Hutchinsona. Wątroba znacznie powiększona, twarda, niebolesna; śledziona macalna, również twarda. Szmer skurczowy nad aortą, akcentuacja drugiego tonu aorty. W a.R. dodatni. Wybitne powiększenie obwodu i zniekształcenie l. stawu kolanowego wskutek wytworzenia się ziarniny kilakowej i nieznacznego wysięku w obrębie stawu; spoistość zawartości wewnątrzstawowej twardawo-elastyczna, bolesność przy ucisku na kłykiec kości piszczelowej i udowej. Znaczne zgrubienie okostnej w środkowym odcinku wewnętrznej powierzchni l. piszczeli. Dolna część mostka i sąsiednich części żeber zgrubiała i wypukła ku przodowi. Bolesność przy ucisku w okolicy obrzmiących stawów 3, 4 i 5-go mostkowo-żebrowego.

15.3.1929. Znaczna poprawa po pierwszej kuracji. Prawy staw barkowy o normalnym wyglądzie. Zdjęcie rentgenowskie tego stawu wykazało obecność wyraźnego zagęszczenia istoty kostnej w podstawowej części główki kości ramiennej. Natomiast w l. kolanie ujawnia nieostro odgraniczone ognisko rozrzedzenia w kłykiu wewnętrznym kości udowej oraz erozje w przyległej części powierzchni stawowej.¹⁾

25.5.1930. Daleko idąca poprawa po dwóch kuracjach swoistych. Konfiguracja pr. stawu barkowego normalna; tylko nieznaczne powiększenie obwodu l. stawu kolanowego z ograniczoną wrażliwością na ucisk w okolicy kłykcia wewnętrznego. W a.R. ujemny. Zdjęcie kolana z dnia 12.5.1930 wykazało nieregularne zagęszczenie istoty kostnej w dolnej nasadzie kości udowej, szpara stawowa dobrze zachowana.

17.XI.1930. Po 3-iej kuracji l. staw kolanowy o normalnym wyglądzie. W a.R. ujemny. Zdjęcie z dnia 28.XI.1930: ognisko zagęszczenia istoty kostnej w dolnej nasadzie kości udowej oraz

wzdłuż linii nasadowej. Pr. staw barkowy—nieznaczne zagęszczenie istoty kostnej w nasadzie kości ramiennej.

24.3.1934. L. staw kolanowy normalny. Zdjęcie z dnia 20.3.1934 wykazało: bełeczkwatość kostna w obrębie nasady dolnej l. kości udowej zlekka nieregularna. Niewielkie i niegłębokie wciągnięcie powierzchni stawowej w przysrodkowej części kłykcia wewnętrznego.

W tym przypadku kilakowego zapalenia stawów w przebiegu kiły wrodzonej w którym, oprócz pr. stawu barkowego, lewostronnych stawów mostkowo-żebrowych szczególnie l. staw kolanowy był zajęty, badanie radiologiczne wykazało obecność ogniska rozrzedzenia kostnego w przysrodkowym kłykiu kości udowej z powierzchniowym owrzodzeniem chrząstki stawowej, zaś w stawie barkowym wyraźnie zagęszczenie istoty kostnej w podstawie główki kości ramiennej. Po dwóch kuracjach swoistych ognisko kilakowe w nasadzie kości udowej, zarówno jak i wewnątrzstawowa ziarnina kilakowa uległy wchłonięciu z pozostawieniem nieregularnych blizn powierzchni stawowej oraz zagęszczenia tkanki kostnej w nasadzie kości udowej. Dalsze zdjęcia rentgenowskie wskazują na to, że również skleroza istoty kostnej w główce kości ramiennej była pochodzenia wtórnego, gdyż ustąpiła ona po następnych dwóch kuracjach. W przeciwstawieniu do tak zaznaczonego polepszenia sprawy stawowej, graniczącego z zupełnym wyleczeniem, zmiany kliniczne narządów wewnętrznych, zwłaszcza wątroby i śledziony, istniejące bez wątplenia od urodzenia, pozostały po 6-iu latach obserwacji i leczenia bez większej poprawy.

Jak z załączonych piśmiennictwa oraz z przypadków własnych wynika, nie ma ostrego odgraniczenia pomiędzy wysiękowym a rzekomogruźliczym zapaleniem stawów o przewlekłym przebiegu na tle kiły wrodzonej lub nabytej okresu późnego, gdyż zarówno pod względem klinicznym, jak i anatomo-patologicznym istnieją postaci przejściowe, przy czym wysiękowe zapalenie maziówki stanowi pierwszy okres w rozwoju cierpienia stawowego. Jak wykazują badania drobnowidzowe, wykonane w pojedynczych przypadkach *Hydarthros* na tle kiły nabytej lub wrodzonej (d'Arcy Power, Bosse, Borchard, Weliaminow), stwierdzić można w jednych przypadkach tylko zmiany przerostowe maziówki z obfitym unaczynieniem i z zaznaczonym przekrwieniem oraz z niecharakterystycznym naciekiem zapalnym, w innych natomiast rozrośnięta błona maziowa usiana jest prosówkowatymi kilakami, które znajdują się mogą również w zgrubiałej torebce stawowej i we więzadłach; chrząstka stawowa jest zwykle niezajęta, wzgl. wykazuje nieznaczne zmiany degeneracyjne i ograniczone nadżerki. W przypadkach *Tumor albus syphiliticus* zmiany kilakowe są wybitnie zaznaczone, zaś proces wysiękowy oraz nieswoiste cechy zapalne ustępują na tylny plan. Drobnowidzowe badania szeregu autorów (Virchow, Kauffmann, Bosse, Gies, Schuchard, Weliaminow, Beitzke, V. Hoffmann, E. Freund) wyjaśniły sposób powstawania obrazu klinicznego w zupełnej zgodzie z danymi radiologicznymi, tak, że obecnie ogólnie przyjęte jest rozróżnianie pomiędzy postacią maziówkową naskutek rozwoju pierwotnej sprawy zapalnej w maziówce, wzgl. w torebce stawowej lub w częściach miękkich okołotorebkowych a postacią kostną, będącą wynikiem przebiegu pierwotnego ogniska kilakowego w jednej lub w obu nasadach (*osteomyelitis gummosa*) do wnętrza stawu, przy czym postać ta jest zwykle o cięższym przebiegu i prowadzi do bardziej

¹⁾ p. Fortschritt auf d. Geb d. Röntgstr. 1931, T. 44, str. 487, zdj. Nr 3.

zaznaczonych zmian zapalnych i destrukcyjnych chrząstki stawowej i części kostnych przystawowych oraz do silniejszego zniekształcenia wtórnego powierzchni stawowych, niekiedy do częściowego, a nawet do zupełnego unieruchomienia danego stawu. Należy jednak podkreślić, że kliniczne odróżnianie tych dwóch postaci rzekomogruźliczego zapalenia stawu jest często rzeczą niemożliwą, gdyż zwykle mamy do czynienia z rozwinętym obrazem chorobowym, tak, że trudno ustalić punkt wyjścia pierwotnej sprawy zapalnej.

Patogeneza wysiękowego i rzekomogruźliczego zapalenia stawów, zwłaszcza kolanowych, na tle kiły wrodzonej lub nabytej jest dotychczas niewyjaśniona. Szczególną predylekcję stawu kolanowego do zmian kiłowych można objaśnić przede wszystkim skomplikowaną budową tego stawu, przedstawiającego liczne i dogodnie schówki do usadowienia się w nich zarazków kiłowych i do pozostania w stanie utajonym aż do pierwszej dogodnej okazji do ujawnienia swej żywotności. Oprócz niezbędnej obecności krętków białych lub ich endotoksyn w zajętych stawach główną rolę w występowaniu objawów chorobowych odgrywa reakcja ustroju, a zwłaszcza tkanek danego stawu na zadziaływanie czynnych zarazków. W odróżnieniu od zwykle wielostawowej ostrej lub podostrej sprawy zapalnej w przebiegu kiły okresu późnego, będącej wynikiem niecharakterystycznego odczynu zapalnego, wysiękowe wzgl. rzekomogruźlicze schorzenie, dotyczące przeważnie jednego lub dwóch stawów, odznacza się przewlekłym przebiegiem oraz gruzelkowatą budową ziarniny wewnątrzstawowej. W zależności od wzrastającego uczulenia w przebiegu kiły okresu późnego liczba pozostałych przy życiu zarazków ustawnie maleje, nadwrażliwość tkankowa względem antygenu krętkowego ulega stopniowemu nasileniu, wewnątrz- i niekiedy okołostawowy odczyn alergiczny (hiperergiczny), a w związku z tym swoista budowa ognisk zapalnych jest bardziej zaznaczona, sprawa zapalna jest więcej ograniczona. Tym objaśnić można liczne spostrzeżenia wielu autorów, którzy zgodnie potwierdzają, że stosunkowo często schorzenie jednego lub niewielu stawów jest jedynym objawem czynnej kiły wrodzonej lub nabytej. Nierzadkie współistnienie *Keratitis parenchymatosa* z wysiękowym zapaleniem jednego lub obu stawów kolanowych na tle kiły wrodzonej skłania nas do pojmowania wymienionych objawów chorobowych w świetle zjawisk odpornościowo-biologicznych. Wtargnąwszy podczas życia płodowego do wnętrza poszczególnych stawów oraz do jednej lub obu rogówek (pomijając ew. inne narządy), krętki blade z początku nie wywołują żadnej reakcji zapalnej i powoli ulegają rozpadowi, uczulając jednocześnie maziówkę stawową oraz tkankę ulega rogówki i tym samym wytwarzając stopniowo nadwrażliwość względem wywoływacza kiłowego. W związku z ponownym zadziałyaniem krętków białych, które przedostały się z jakiegokolwiek utajonego ogniska drogą obiegu krwi lub wskutek zaktywowania istniejącego jeszcze w obrębie danego stawu lub rogówki antygenu krętkowego, nastąpić może powolne wiązanie z poprzednio wytworzonymi przeciwciałami, w wyniku czego ujawni się klinicznie przewlekła sprawa zapalna o charakterze mniej lub więcej swoistym. Rola urazu w umiejscowieniu zmian stawowych lub ocznych należy podkreślić tym bardziej, że rozchodzić się może o częste i stosunkowo nieznaczne zadziaływanie z zewnątrz, które jednak spowodować mogą ujawnienie dotychczas utajonej zdolności wymienionych narządów do reakcji alergicznej

(hiperergicznej). Oprócz czynników urazowych należy jeszcze konstytucjonalnym właściwościom ustroju, przebytem zakażeniom i w związku z tym nabytym zdolnościom odpornościowym, różnym warunkom statycznym i dynamicznym przyznać pewną rolę usposabiającą. Z racji tych rozumowań nie możemy uznać specjalnych właściwości krętków białych do usadawiania się tylko w pewnych narządach, np. w stawach, tak samo, jak nie można tego przyjąć w stosunku do kiły układu nerwowego. Pod względem patogenetycznym należy zatem reakcji odpornościowej zakażonego ustroju i zdolnościom uczuleniowym tkanek poszczególnych narządów przypisać daleko większą rolę w występowaniu ostrych lub przewlekłych schorzeń stawowych w przebiegu kiły wrodzonej lub nabytej okresu późnego, niż odrębnym cechom lub skłonnościami zarazka kiłowego, aczkolwiek ilość obecnego białka bakteryjnego oraz wydzielonych endotoksyn, jak i zjadliwość szczepu będzie miała odpowiedni wpływ zarówno na umiejscowienie, jak i nasilenie wewnątrzstawowego odczynu alergiczno-hiperergicznego.

Streszczenie.

Na podstawie 12 spostrzeżeń własnych (z tych 8 przypadków kiły wrodzonej) omówione są przewlekłe wysiękowe i rzekomogruźlicze postaci kiły stawów okresu późnego. Pośród 7 przypadków *Hydarthros* na tle kiły wrodzonej (z tych 3 u chłopców) sprawa wysiękowa dotyczyła jednego stawu kolanowego u 4 chorych, u 3 innych zaś obu stawów; w 4 spostrzeżeniach istniała jednocześnie jedno- lub obustronna *Keratitis parenchymatosa*. U 2 kobiet z kiłą nabytą *Hydarthros* dotyczył tylko lewego stawu kolanowego. W 2 przypadkach rzekomogruźliczego zapalenia prawego stawu kolanowego (postać maziówkowa) badanie radiologiczne wykazało zmiany, odpowiadające początkowemu okresowi zniekształcającego zapalenia stawu pochodzenia wtórnego. W 3-im przypadku (na tle kiły wrodzonej) pierwotne ognisko kilakowe istniało w kłykcium zewnętrznym I. kości udowej. We wszystkich spostrzeżeniach, oprócz jednego, odczyn W a R. był dodatni, zaś leczenie swoiste spowodowało, z wyjątkiem jednego zaniedbanego przypadku, daleko idącą poprawę, wzgl. wyleczenie sprawy chorobowej.

Pod względem patogenetycznym należy wziąć pod szczególną uwagę oprócz zadziaływania krętka bladego oraz jego endotoksyn na tkanki stawowe, jeszcze odczyn alergiczny tych tkanek w związku z reakcją odpornościowo-biologiczną zakażonego ustroju. W zależności od stanu uczulenia ustroju oraz od stopnia nadwrażliwości tkanek wewnątrzstawowych, zwłaszcza maziówki, względem antygenu kiłowego, odczyn zapalny będzie mniej lub więcej zaznaczony, zaś budowa ziarniny wewnątrzstawowej odznaczać się będzie charakterem bardziej swoistym, przebieg cierpienia będzie więcej przewlekły, sprawa stawowa dotyczyć będzie tylko pojedynczych stawów. Poza tym należy właściwościom konstytucjonalnym oraz innym warunkom pomocniczym, zwłaszcza urazowym, przyznać pewne znaczenie zarówno w umiejscowieniu, jak i w występowaniu oraz w przebiegu schorzenia stawowego.

PIŚMIENNICTWO.

- Achard: Journal des Praticiens. 1928, Nr 47 bis, str. 769. — Bering: Arch. f. Derm. t. 106, 1911, cyt. wedle Stümpke. M. m. Woch. 1918, Nr 35. — Bonnet i Gardière: Lyon méd. 1924.

Nr 29. — Borchard: Dtsch. Zschr. f. Chir. t. 61, cyt. wedle Schlesingera. — Bosse: Beitr. z. kl. Chir. 1905 — 1906, t. 51, cyt. wedle Weliaminowa i Schlesingera. — Beitzke: Hand. d. spez. path. Anat. 1934, t. IX. — Broca: Presse méd. 1921, Nr 88. Cantonnet: Paris méd. 1919, str. 182. — Chesney, Alan, Jarolld, Kemp i Baetjer: J. clin. Invest. 3, 1926, cyt. wedle Zbl. — H. Clutton: Lancet, 1886, str. 391, cyt. wedle Klaudera i Robertsona. — Diaz Salvatore: Policlinico. 1922, str. 375. cyt. Zbl. f. Haut u. Geschl. 1922, t. 7, str. 61. — Freund: Virch. Arch. t. 289, z. 3, 1933. — Gastinel i Boutelier: Bull. méd. 1923, Nr 31. — Gatéi Charpy: Bull. de Derm. 1933, str. 38. — Gatéi, Proby i Michel: Reunion dermat. de Lyon. 21 dec. 1933, str. 184. — Gies: Dsch. Zschr. f. Chir. 1881, t. 15, cyt. wedle Schlesingera. — Gerskovitz i Brenner: Dtsch. Zschr. f. kl. Med. 1933, t. 175, z. 6. cyt: Derm. Woch. 1934, Nr 3. — E. Hoffmann: Klin. Woch. 1933, Nr 47, str. 1817. — V. Hoffmann: Hand. d. Haut u. Geschl. kr. t. 17, z. 3, str. 214. — Harvier i Bariéty: Paris méd. 1925, str. 199. —

Hippel: M. m. Woch. 1903, str. 1321, cyt. wedle Klaudera i Robertsona. Jeans i Cooke: Prepubescent syphilis. 1930, cyt. wedle Kl. i Rob. — Kling: Amer. Journ. of the med. Sc. 1932, Nr 4, str. 538. — Klauder i Robertson: Journ. of the med. Assoc. 1934, t. 103, str. 236. — Levaditi: cyt. wedle Acharda. — Louste i Queyrat: Bull. de Derm. 1924, Nr 3, str. 112. — Louste i Rougier: Ibid, str. 137. — Leredde: Ibid, str. 112. — Léri i Barthélemy: Ibid, str. 112. — Montpellier i Lacroix: Ann. de mal. ven. 1922, Nr 4. — Ménard i Moser: J. de Méd. de Paris, Nr 26, 27, 29. cyt. Zbl. t. 14, str. 96. — S. Neumark: Fortsch. a d. Geb. d. Röntg. 1931, t. 44, str. 481. — Neviasser: cyt. Zbl. 1932, t. 40, str. 534. — Pöhlmann: D. Zsch. f. Chir. 1923, t. 112, z. 3/4: — Power d'Arcy: A system of syphilis. 1914, cyt. wedle Kl. i Rob. — Roeder i Lix: Bull. de Derm. 1924, Nr 3, str. 137. — Schuchard: cyt. wedle Schlesingera. — H. Schlesinger: Die Arthrolues tarçiva. 1925, Wien. — Weliaminow: Syphilis sustawow, 1910. — Wile i Seneat: Am. J. med. Sc. 1916, str. 689.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Instytutu Curieterapii w Krakowie i Pracowni Chemicznej Fundacji Pearsona w Wiedniu.

O ciałach przysadki mózgowej regulujących wzrost i ich znaczeniu w patogenezie raka.

Podali

Dr med. Henryk WACHTEL (Kraków) i Dr. chem. Bernard LUSTIG (Wiedeń).

1. Wpływ wyciągów, otrzymywanych z różnych narządów, na wzrost doświadczalnego raka.

Ześrodkowanie zainteresowań naukowych w problemie raka na danych, uzyskiwanych metodami badań morfologicznych guzów rakowych, przyniosło bardzo bogaty materiał, dotyczący biologii tej choroby. Okazało się jednak, że w ten sposób nie można przekroczyć pewnej granicy poznania, tak, że koniecznym było zająć się intensywniej badaniem zaburzeń ogólnych organizmu, właściwych chorobie raka. Metody, którymi posługujemy się przy tym, są różne. Punkt wyjścia niniejszych badań stanowiły próby znalezienia w ustroju ciał, które w sposób szczególnie wpływać mogą na powstawanie i wzrost raka.

W ostatnich latach otrzymano z różnych narządów wyciągi, które wpływają na wzrost doświadczalnego raka w sposób dodatni lub ujemny. Odnośne badania, szczególnie nad wyciągami, które hamują wzrost raka, pozwalały wnioskować, iż tą drogą uzyska się nowy wgląd w istotę zaburzenia ogólnego, właściwego chorobie raka, a może też nowy czynnik, który da się zastosować w leczeniu. W tym względzie przedczesne nadzieje wzbudziły preparaty (np. Fichery, Blumenthala i in.) organoterapeutyczne, które jednak nie dały pozytywnych wyników praktycznych.

Działanie, hamujące wzrost raka, wyciągów śledziony stwierdzili już Braunstein (Berl. Kl. Wsch. 1911. 45), Lewin i Meidner (Z. f. Krebsforsch. 11. 366) i Oser i Pribram (Z. f. exper. Path. u. Ther. 12. 295. 1913). Karmienie grasicą dało już Foulertonowi (Arch. Middles. Hosp. 4. 1904) wyniki, hamujące rozwój raka. Zahamowanie wzrostu guzów wyciągami z nadnerczy otrzymali Flaks (Z. f. Krebsforsch. 30. 145. 1929), Sokoloff i Taylor (Arch. exper. Zellforsch. 11. 114. 1931), jako też Michthenko, Fomenko i Bournas (Waprossy Onkologii. Kharkoff, 1930. 3. — Index Analyt. Cancerolog. 6), którzy uzyskali też za-

hamowane raków szczurzych przez śledzionę i grasicę. Fodor, Erös i Künos (Z. f. Krebsforsch. 38. 1933) stwierdzili, że wyciągi z śledziony, wątroby, trzustki i ośrodkowego układu nerwowego opóźniają wzrost przeszczepialnego raka myszy. Działanie podobne wywoływały też w stopniu słabszym wyciągi z szpiku kostnego, przytarczycy, jajnika i ciążka żółtego. Karmienie mózgiem dało zahamowanie raka w doświadczeniach Roffo (Bull. ist. med. exp. Canc. Buenos Aires. 5. 170. 1926) i Kretschmera (Z. f. Krebsforsch. 28. 154. 1927). Auler (Z. f. Krebsforsch. 25. 1927) obserwował po zastrzykiwaniu wyciągów z ośrodkowego układu nerwowego kilkakrotnie znikanie guzów rakowych. Harnes (J. Lab. et Clin. Med. 20. 1077. 1935) otrzymał po podskórnych zastrzykiwaniach wyciągu alkoholowego z mózgu opóźnienie wzrostu i przerzutów u raka króliczego. Konsuloff i Dimitracoff (Z. f. Krebsforsch. 36. 37. 1932) otrzymali zahamowanie wzrostu guzów za pomocą wyciągów z trzustki wolnych od insuliny. Zahamowanie guzów uzyskali też wyciągami z przytarczycy Goldzieher i Rosenthal (Z. f. Krebsforsch. 13. 321. 1913) i Thompson (Brit. Med. J. 1931. 819). Vasiliadis (C. r. Soc. Biol. Paris 118. 1241. 1935) uzyskał znaczne zmniejszenie liczby raków smołowych u myszy po zastrzykiwaniu eterowych wyciągów z nadnerczy. Przez dodanie $Mg Cl_2$ lub $Ca Cl_2$ do wyciągu otrzymał strąty, które zawierały substancję czynną (Ibid. 11243). Wyciągi z tarczycy hamowały wzrost guzów w doświadczeniach Gilroya (Biochem. J. 24. 589. 1930) i in. Hamujący wpływ ciążka żółtego stwierdził też Fornero (Tumori 13. 255. 1927). Wyciągi z jąder hamowały wzrost guzów w doświadczeniach Elsnera (Z. f. Krebsforsch. 23. 28. 1926), Sturma i Duran-Reynalsa (J. exp. Med. 56. 711. 1932), Pribrama (Z. f. Krebsforsch. 39. 399. 1933) i in. Wpływ przeciwny rakowi wyciągów z przysadki mózgowej obserwowali już Walker i Wittingham (Lancet 1913. 10. 10) i Seel (Z. f. Krebsforsch. 22. 1. 1925), który działanie to stwierdził w wyciągach tylnego płata przysadki. Vasiliadis (C. r. Soc. Biol. Paris 118. 1241. 1935) i Narimatsu (Japan. J. obstetrics Gynecol. 20. 387. 1937) otrzymali również frakcje wyciągów z przysadki, które działały hamująco na wzrost guzów. Z tkanek płodowych otrzymali wyciągi, hamujące guzy, Higuchi (Rep. Imp. Res. Fund. 1912) i Fichera (Z. f. Krebsforsch. 36. 1. 1932), a z łożyska Murphy i Sturm (J. exper. Med. 60. 1934).

Z drugiej strony otrzymywano jednak często wyciągi z narządów, które wzmagały wzrost guzów rakowych. Z grasicy i jąder otrzymali Caillan i Juster (Bull. Ass. Canc. 1934) wyciągi, które przyspieszały u królików wzrost raków smołowych. To samo działa-

nie uzyskał R é m o n d (C. r. Soc. Biol. Paris 101. 1934) frakcjami z narządów układu siateczkowo-śródbłonkowego. Wzmożenie wzrostu guzów przez przytarczycę stwierdzili Paik (Amer. J. Cancer 15. 756. 1931) i Goerner i Shafiroff (J. Canc. Res. 12. 294. 1929). Działanie, sprzyjające rakowi, stwierdzili w wyciągach z nadnerczy Karnicki (Z. f. Krebsforsch. 35. 523. 1931), Lapidari (Riv. Pat. Sper. 7. 11. 1931) i in., w wyciągach z jąder Hoffmann, Parker i Walker (Amer. J. Path. 7. 523. 1931), jako też Duran-Reynals i Claude (Proc. Sos. Exp. Biol. Med. 32. 67. 1934). Vasiliadis (C. r. Soc. Biol. Paris 118. 1483. 1935) otrzymał z wątroby i mózgu po uprzednim usunięciu z nich lipoidów acetonem i eterem wyciągi wodne przy pH 8,4, które, domieszane do potraw, przyspieszały u myszy rozwój raków smołowych i benzpyrenowych. Dieta, zawierająca dużo wątroby, przyspieszała wzrost raka w doświadczeniach Maisina i François (Ann. de Med. 24. 455. 1928), Caylora, Baldesa i Manana (Arch. Path. 11. 854. 1931), jako też Haddowa (Amer. J. Cancer 22. 308. 1931). Działanie, sprzyjające wzrostowi guzów rakowych wyciągów z przysadki, szczególnie z jej płata przedniego, podali już Robertson i Burnett (J. exp. Med. 21. 280. 1915), i od tego czasu zostało to wielokrotnie potwierdzone.

Wyniki doświadczeń wykazują więc, że można wyciągami z narządów uzyskać zarówno działania hamujące, jak i wzmagające w r o s t r a k a. Wielokrotnie udawało się też otrzymać w wyciągach z narządów oba te czynniki obok siebie i oddzielić je przy pomocy odpowiednich metod. Maisin, Vasiliadis i Godenir (C. r. Soc. Biol. Paris 120. 259. 1935) otrzymali z wątroby działaniem alkoholu i eteru wyciąg, który przemyto acetonem. Reszta, dodawana do potraw, zmniejszała liczbę uzyskiwanych guzów benzpyrenowych u myszy. Ponieważ to działanie hamujące zwiększało się po zagotowaniu wyciągu, przyjmują autorowie, że w wyciągu znajdują się też ciała, wzmagające wzrost, które giną przy zagotowaniu. Maisin i Pourbaix (Rev. Belge Sc. méd. 8. 1. 1936) stwierdzili, że dodawanie do pokarmu świeżego mózgu wołowego, suchej śluzówki żołądka i sproszkowanych gruczołów chłonnych u smołowanych myszy zmniejsza liczbę guzów i hamuje ich wzrost. Podobnie, lecz słabiej działała grasica cielęca i szpik kostny cieląt. Ciała hamujące można było wyciągnąć eterem. Z wątroby można było eterem uzyskać wyciąg słabo hamujący, podczas gdy w reszcie, pozostałej po wyciągu eterowym, znalazły się ciała, które wzmagają wzrost guzów. Także z mózgu można było otrzymać obok hamującego wyciągu eterowego resztkę, która działała wzmagająco na wzrost raka. Ciała, wzmagające wzrost, znajdowały się też w wodnym wyciągu śledziony. Ciała hamujące okazały się termostabilne. Gardner (Amer. J. Hyg. 23. 415. 1936) i Narimatsu (l. c.) otrzymali z wyciągów z przedniego płata przysadki zarówno czynnik hamujący, jak i czynnik, wzmagający wzrost raka.

Nie ulega więc wątpliwości, że w narządach znajdują się ciała, które wpływają na wzrost raka w sposób wręcz odmienny, i że wyciągi z narządów zawierają je w różnej, zmiennej ilości. Niewątpliwie otrzymuje się też wyciągi, gdzie czynniki wzmagające i hamujące wzrost raka reprezentowane są w jednakiej sile, tak, że działanie ich znosi się wzajemnie. To tłumaczy liczne sprawozdania doświadczalne autorów, którzy w odnośnych badaniach nie zdołali stwierdzić żadnego działania wyciągów na wzrost raka.

Należało rozstrzygnąć, czy obserwowane działanie wyciągów z narządów dotyczy specyficznie guzów rakowych, czy też chodzi o działanie niespecyficzne,

które przejawia się w stosunku do wszelkiego wzrostu w organizmie w ogóle. W tym względzie ważną wskazówkę stanowi stwierdzenie obecności czynników, działających hamująco lub wzmagająco na wzrost komórek w moczu. Odnośne badania przeprowadzili Rhodenburg i Nagy (Amer. J. Canc. 29. 66. 1937) na pierwotniaku *Colpidium campylum*. Okazało się, że przy odpowiedniej technice można uzyskać w moczu czynniki, zarówno wzmagające, jak i hamujące podział komórek. Wydzielanie w moczu czynnika wzmagającego występuje najsilniej wieczorem, podczas gdy zresztą w ciągu doby przeważa czynnik hamujący. Stosunek czynnika hamującego i wzmagającego zależy od stanu zdrowia badanej osoby. Czynnik wzmagający przeważa, jeżeli w organizmie znajduje się ognisko proliferacji komórek, podczas kiedy normalnie przeważa czynnik hamujący. W tym względzie uprzednio już wskazał E. Freund (Wien. Klin. Woch. 1933), że w związku z uszkodzeniem lub reparacją narządów organizmu występują w moczu szczególne ciała, które można wykazać, posługując się ich właściwością rozszczepiania ciał nukleinowych, wyosobnionych z chorego narządu („biochemiczna analiza moczu“). Rhodenburg i Nagy (Amer. J. Canc. 30. 335. 512. 1937) zbadali swą metodą też działanie różnych wyciągów z narządów. Stwierdzili we wszystkich narządach, które badali, obecność czynnika, sprzyjającego podziałowi komórek, i czynnika, hamującego podział komórek pierwotniaka. Ciała hamujące znalazły się w całości w wyciągach acetonowych z wątroby, nerki, śledziony, skóry i żołądka. Ciała wzmagające znajdowały się w wyciągach wodnych reszty, pozostałej po wyciągu acetonowym. Na ogół liczba ciał, aktywujących i hamujących, była wszędzie jednaka. Natomiast w wątrobie, śledzionie i guzach złośliwych przeważały znacznie ciała aktywujące. Działanie stymulatora ulega bardzo silnej redukcji przez domieszanie frakcji hamującej. Wystarczała 1 część ciała hamującego, aby zupełnie znieść działanie 4 części aktywatora. Dodanie 1 części inhibitora do 8 części stymulatora sprawiło, że działanie wzmagające, które powinno było wynosić 180%, spadło na 10%. Dodanie 1 części inhibitora do 80 części stymulatora obniżyło działanie wzmagające z 316% na 40%.

Działanie aktywatorów i inhibitorów, wyosobnionych z moczu, nie przejawiało się w żaden szczególny sposób w stosunku do raka. Po zastrzykaniu aktywatorów u myszy otrzymali Rhodenburg i Nagy przy zastosowaniu większych dawek nekrozy wątroby, podczas gdy słabsze dawki spowodowały zmiany w układzie siateczkowo-śródbłonkowym i zakrzepy naczyń. Nie udało się natomiast w ten sposób doprowadzić do powstawania raka. Zastrzykiwanie inhibitorów u szczurów z mięsakami nie dało żadnego działania ani w organizmie zwierząt, ani na guzach. Działanie substancji, wyosobnionych z moczu, musi więc być uznane za pozbawione specyficzności w stosunku do raka.

Jeżeli jeszcze uwzględnić, że Carrel wykazał na hodowlach komórkowych w osoczu krwi obecność ciał, wzmagających i hamujących wzrost komórek, i że sok płodowy wywiera silne działanie, wzmagające wzrost (trefony), to wątpliwości, czy substancje, wpływające na wzrost, które można, jak widać, wykazać wszędzie w tkankach, mają działanie specyficzne w sto-

sunku do raka, okazują się bardzo uzasadnione. Decydujące w tym względzie okazały się wyniki badań, które przeprowadziliśmy dla stwierdzenia działania wyciągów z narządów na kiełkowanie i wzrost roślin przy pomocy podanej przez nas metody (Lustig i Wachtel, Biochem. Z. 296. 13. 1938). Stwierdziliśmy bowiem, że hormony wywierają na przemianę materii roślin działania podobne do właściwego im działania na przemianę materii zwierząt i człowieka. Tak więc hormon przytarczycy wpływa na przemianę materii wapnia i magnezu, a tyroksyna na przemianę materii jodu i fluoru u roślin (w druku). Stwierdziliśmy też, że substancje wzrostowe zwierzęce działają na wzrost zarówno roślin, jak i młodych zwierząt w sposób analogiczny, co pozwoliło użyć rośliny jako testu przy badaniu działań wzrostowych wyciągów z narządów. Test ten pozwala przy naszej metodzie otrzymać w ciągu 3—4 dni rezultat doświadczenia wzrostowego.

Wyciągi nasze z narządów przygotowaliśmy w ten sposób, że z każdego badanego narządu otrzymywaliśmy najpierw wyciąg acetonowy, następnie z reszty, pozostałej po wyciągu acetonowym, przygotowaliśmy kolejno wyciąg eterowy, wyciąg solą fizjologiczną, wreszcie wyciąg roztworem sody. Każdy z otrzymanych wyciągów badany był na działanie na kiełkowanie i wzrost rzeżuchy (*cardamine*). W ten sposób uzyskiwaliśmy obraz całości czynników, działających we wszystkich wyciągach, które można było uzyskać z badanego narządu. Badania nasze wykazały, że we wszystkich narządach znajdują się ciała, które albo wzmagają, albo hamują wzrost roślin, i że bardzo często można obecność obu tych czynników stwierdzić w narządach obok siebie, nawet niejednokrotnie w tym samym częściowym wyciągu z narządu.

W świetle tych faktów doświadczenia, dotyczące działania wyciągów z narządów na wzrost raka, muszą być ujęte jako szczegółowy przypadek niespecyficznego działania wzrostowego substancji, zawartych w wyciągach z narządów, które przejawia się w stosunku do każdego wzrostu w organizmie zwierzęcym i roślinnym. Dochodzimy do wniosku, że w tkankach organizmu odbywa się szczególnie przemiana materii ciał, działających na wzrost dodatnio lub ujemnie, i że normalny wzrost organizmu polega na harmonijnym współdziałaniu stymulatorów i inhibitorów wzrostu. (C. d. n.)

Ze Szpitala Ś-go Antoniego w Łodzi.
(Dyrektor: Bronisław Frenkiel).

Psychozy endogenne u dzieci.

Podali

Bronisław FRENKIEL i Maksymilian MAŚLANKA (Łódź).
(Dokończenie — patrz nr 35).

Niezmiernie ciekawy jest przypadek XIII. B. lat 11. Bez wyraźnych powodów uporeczywy brak łaknienia, a wkrótce potem wybitne chudnięcie. Zmiana usposobienia; zamieranie wzroku w pewnym kierunku, milczenie. Skryta. Wszystko robi powoli: myjąc ręce, zatrzymuje się i stoi nieruchomo z mydłem w ręku. Zimą próba wysłania na kolonie z koleżankami. Tam

dziwne zachowanie: 2 razy obnaża się przed koleżankami, nie mówiąc. Dwukrotnie oddaje stolec pod siebie. Po powrocie gorączkuje; ze stroń narządów wewnętrznych i ze stroń układu nerwowego nie stwierdziliśmy żadnych zmian. Mimo stosowanych środków stan się stale pogarszał, i dziewczynka gorączkuje do 38°, wystąpiło rozwolnienie, stolce cuchnące. Interniści nie mogli ustalić rozpoznania, przede wszystkim myśląc o gruźlicy jelit. W stanie silnego wyczerpania została przewieziona do Wiednia, gdzie w dalszym ciągu prowadzone badania nie mogły jednakże potwierdzić przypuszczenia gruźlicy. Po kilku miesięcznym trwaniu choroby, po pobycie na Soemmeringu i w Otwocku, cierpienie ustąpiło, dziecko jeszcze w stanie gorączkowym odzyskało dobre samopoczucie i apetyt i wkrótce wróciło do kwitnącego stanu zdrowia. Zaczęła znowu chodzić do szkoły, rozwijając się doskonale fizycznie i psychicznie. Po roku dwutygodniowy okres nieumotywowanego braku łaknienia, złego samopoczucia i apatii.

W tym przypadku nie ulega dla nas wątpliwości, że pierwotnym cierpieniem była depresja, a cierpienie cielesne tłumaczyć sobie należy jako powikłanie w tym sensie, że infekcja kiszkowa nabrała specjalnie ciężkiego przebiegu w wyniszczonym już z powodu depresyjnej anoreksji organizmie.

Przypadek XIV. S. A. l. 8. U dziewczynki występuje wyraźnie zespół depresyjny, bezsenność, apatia, brak łaknienia, zamieniając się w szybkim czasie w zespół charłactwa przysadkowego Simmondsa.⁵⁾ Dalsza obserwacja choroby, a następnie sekcja stwierdziła guz mózgu, którego pierwszym zespołem objawowym był stan, najzupełniej przypominający stan depresyjny psychozy okresowej. Z drugiej strony chcielibyśmy tu podkreślić konieczność ściślej obserwacji podobnych przypadków, ponieważ rzucić one mogą pewne światło na niewyjaśnioną jeszcze patogenezę stanów i psychoz depresyjnych.

Przypadki VIII i IX, powyżej opisane, udowodniły nam możliwość występowania typowych okresów maniakałnych w przebiegu chorób zakaźnych, a ostatnio omówione przypadki XIII i XIV pozwalają wnioskować znowu o wielorakiej zależności przyczynowej, zachodzącej pomiędzy zespołami depresyjnymi a cierpieniem somatycznym, bądź to mózgu, bądź narządów wewnętrznych.

W rzędzie psychozy maniakałno-depresyjnej omówimy jeszcze przypadek XV.

M. Moniek lat 12, z 6-ga rodzeństwa trzeci, po jego urodzeniu matka zachorowała psychicznie, i w ciągu 10 lat cierpienie wielokrotnie się powtarzało (psychoza maniakałno-depresyjna?). W maju 1937 roku wystąpił bez wyraźnych powodów stan podniecenia, zachowywał się niespokojnie i niesfornie, nie miał żadnej chęci do pracy i jedzenia, dobrze spał. Po 6-o tygodniowym trwaniu tego podniecenia nagle wystąpiły: zahamowanie psychiczne, zupełna apatia i bezsenność. Po tygodniu, w ciągu jednego dnia był zupełnie psychicznie zdrowy i normalny. I znowu 6 tygodni podniecenia, tydzień depresji i dzień zdrowia. Ta okresowość regularnie powtarzała się do lutego br. W ostatniej depresji, w czasie której właśnie pacjenta badaliśmy, występuje nowy objaw: urojenie, że ktoś, będąc w sklepie u rodziców jednocześnie z nim, nasywał mu do kieszeni popiołu, zapach tego popiołu prześladowuje go jeszcze teraz (po kilku dniach), i w jakiś sposób popiół ten wywołuje palenie, czy spalania w jego żołądku.

Jesteśmy świadkami powstawania zespołu rozszczepieniowego w przebiegu dość typowej psychozy okresowej dziecka.

⁵⁾ Przypadek ten został dokładnie opisany przez Mandelsovą i Ściesińskiego w Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim Nr 33/34, r. 1937.

Przypadek XV. J. Kazimierz, lat 13, jest 6-ym z kolei dzieckiem z siedmiorga rodzeństwa, troje zmarło w niemowlęctwie, urodzony na czasie, w pierwszym roku życia zaczął chorować, zawsze był wątlwy i często się zanosił; w piątym roku życia miewał napady krzyku i spazmatycznego płaczu, a w nocy konwulsje (?). Umysłowo rozwijał się dobrze, do szkoły zaczął chodzić w 7-ym roku życia, w szkole dobrze notowany, uchodził za wzorowego ucznia. Przed 2-ma laty w grudniu 35 roku wystąpił nagle atak silnego podniecenia (ojciec określa to jako atak furii): silnie podrażniony, krzyczał, hałasował, rzucił się na otoczenie, groził zabójstwem, usiłował wykonać swe groźby. Wobec częstego powtarzania się tych ataków odesłany do Kochanówki, gdzie przebył 9 miesięcy z dwukrotną przerwą urlopową. Wszystkie badania laboratoryjne dały wynik ujemny. W jesieni 37 roku dwukrotnie umieszczony w Kochanówce z powodu podobnych ataków furii. Z początkiem roku szkolnego ponownie wstąpił do szkoły, uczy się dobrze i jest dobrze widziany, z kolegami szkolnymi przyjaźni się, w zabawach ustępliwy i zgodny. Od 23.XII.37 r. z dwukrotną przerwą u nas w szpitalu, gdzie zachowuje się bez zarzutu. W domu natomiast omówione powyżej okresy podniecenia powtarzają się, zresztą bez widocznych ku temu przyczyn. Z anamnezy rodzinnej: stryjeczny brat dziadka (ze strony ojca) był psychicznie chory. Budowy prawidłowej, bład, odżywienie mierne, zorientowany, przystępny, wydaje się, że jest zadowolony ze swej roli obiektu zainteresowania ze strony lekarzy. Szczegółowo opowiada o swym pobycie w szpitalach, z których jest zadowolony. O swych stanach podniecenia tłumaczy, że jest wówczas bardzo „nerwowy“, i że wszystko wyprowadza go z równowagi, i „z byle czego“ wpada w szał; pamięta, co w takich stanach mówił i robił, zaprzecza, by chciał kogoś zabić, mówił tak, ale nie zabiłby nikogo; względem nikogo nie jest wrogo usposobiony, nikogo też nie posądza, by jemu chciał szkodzić, omamów nie miewa.

Okresy silnego podniecenia, występujące w tym przypadku, odróżniają się od podniecenia w psychozie okresowej przede wszystkim brakiem gonitwy myśli. Zaliczyć je zapewne należy do tak zwanych Wutanfälle (Z i e h e n), które powstają na tle epileptoidalnej konstytucji.

W ścisłym tego słowa znaczeniu trudno ten przypadek zaliczyć do psychoz endogennych, omawiamy go dlatego, aby wykazać, że nawet okresowo ponawiające się stany maniakalne mogą być odrębnego pochodzenia, niedostatecznie jeszcze pod względem patogenezy wyjaśnionego.

Przypadek XVII. L. Fela, lat 5 i 1/2, jedynaczka. Rodzice zdrowi, matka „nerwowa“, w rodzinie chorób nerwowych, ani psychicznych jakoby nie było. Mówić i chodzić zaczęła wcześniej, rozwijała się normalnie. Gdy miała dwa lata i 3 miesiące, stała się niespokojna, płakała dużo, krzyczała, mówiła, że w nóżce utkwiał jej kawałek szkła z potłuczonego lusterka; stan podniecenia i lęków trwał 4 tygodnie, po czym dziecko znowu było zupełnie normalne. Obecny stan psychotyczny wystąpił w 2 tygodnie po usunięciu zęba. Zaczęła wypowiadać obawy, że niecały ząb został usunięty, ciągle językiem dotyka dziąseł, staje się niespokojna, płacze, krzyczy. Woła, że ząb gnije, ciągle pluje przed siebie, przestaje przyjmować pokarmy, niepokój ruchowy wzrasta; po 4-ch, 5-ciu dniach, po zjedzeniu bułki, staje się jeszcze bardziej niespokojna, woła, że wraz z bułką połknęła całą masę szpilek, czuje, jak te szpilki wędrują we wnętrzościach, jak usiłują przez skórę wyjść na zewnątrz, czuje klucia w różnych miejscach. Urojenia te utrzymują się przez szereg dni, aby następnie dać miejsce innym, również o charakterze hipochondrycznym: nagle zaczyna lamentować, że jej wypłynęło oko, i że nic na oczy nie widzi. Przez ten cały czas 8-iu tygodni chora miewa zmienne nastroje: całymi dniami

bywa smutna, płacziwa, przygnębiona, nie odzywa się do nikogo. Następnie przechodzi w stan podniecenia, dużo mówi, biega, robi dowcipne uwagi, mówi do rymu; ciągle pluje; zapytana o powód płucia, mówi, że sama nie wie, dlaczego tak robi, nie wie, czy jej kto każe tak robić, czy jej się zdaje, że jej ktoś mówi, żeby pluła.

Jest dzieckiem umysłowo bardzo dobrze rozwiniętym, kontakt psychiczny daje się z nią łatwo nawiązać, aczkolwiek uwaga jest upośledzona i łatwo odwracalna. W stanie zdrowia nie umie się z dziećmi bawić, jest autorytatywna, narzuca swą wolę towarzyszom.

Dość otyła, z wyglądu przypomina typ pykniczny lub może nawet dystroficzny.

Po 8-iu tygodniach psychoza ustąpiła, dziecko wraca do szkoły i obecnie nie wykazuje żadnych anormalności.

Niełatwo jest rozstrzygnąć, z jaką psychozą w danym przypadku mamy do czynienia. Hipochondryczne obawy: obce ciało w nóżce w pierwszym okresie psychotycznym, a w drugim gnijący ząb, wypłynięcie oka, połknięcie szpilek, które wędrują, stereotypia w postaci bezustannego płucia przemawiają za rozszczepionym charakterem epizodu psychotycznego. Kolejne okresy apatii i podniecenia, a przede wszystkim zachowany żywy kontakt z otoczeniem, szczęśliwe zejście stanów chorobowych skłaniają nas do przypuszczenia, że przecież jest to przypadek psychozy maniakalno-depresyjnej, w której, jak to autorzy zaznaczają, zahamowanie depresji zastąpione jest przez podniecenie ruchowe, a sama depresja przez lęki, w tym przypadku natury hipochondrycznej. Występuje tu może „etate mixte“ stanów nastrojowo-uczuciowych i podwójne cechowanie epizodów psychotycznych, schizoidalne i cyklotymiczne, z czym zresztą nierzadko spotkamy się w psychozach ludzi dorosłych.

Przypadek XVIII. K. Tusia, l. 4, jedynaczka, wątlwa, chorowita, skrzywienie kręgosłupa (z tego powodu przez 2 lata leżała w łóżeczku gipsowym). Gruczoły wętkowe powiększone, przebyte zapalenie miedniczek. Przed 6-iu tygodniami zapalenie płuc, i po tym zachorowaniu nastąpiła zmiana w zachowaniu się dziecka. Stała się podniecona, dużo biega, skacze, bije otoczenie, wymawia brzydkie wyrazy. Przed 2-ma tygodniami nagły skok ciepłoty do 39° w ciągu jednego dnia; od tego czasu podniecenie wzrosło, stała się bardzo niespokojna, „nie wie, co się z nią dzieje“. Prócz tego wystąpiły napady, które ojciec opisuje w następujący sposób: dziecko podbiega do ojca, wybałusza oczy, wykrzywia twarz w grymas, krzyczy, czerwieni się na twarzy, po czym zaczyna się dziko śmiać, blednie, ciężko oddycha. Ataki takie powtarzają się bardzo często w ciągu dnia. W nocy po kilka razy budzi się z krzykiem, kręci się w łóżku, płacze, mówi niezrozumiale, następnie zasypia. Zapytana przez ojca o powód tego zachowania odpowiada: „nie powiem ci, nie chcę ci powiedzieć“. Z dziećmi nie umie się bawić, bije je, rwie za włosy. Kilkakrotnie oddała mocz pod siebie. Przed zachorowaniem zachowanie się dziecka nie pozostawiało jakoby nic do życzenia.

W anamnezie rodzinnej: siostra matki schizofreniczka, zachorowała w 12-tym roku życia. Dziecko wykazuje dużą ruchliwość, nie można go utrzymać na miejscu. Kontakt daje się bardzo łatwo nawiązać, rezolutnie odpowiada na pytania, pod względem umysłowym wydaje się ponad wiek rozwinięta. Niedorzeczności żadnych nie wypowiada, omamów, jak się zdaje, nie miewa, badanie neurologiczne nie wykryło żadnych odchyleń od normy. Stan psychotyczny trwa już od 3-ch miesięcy, bardzo zmienny w nasileniu; są tygodnie, kiedy dziecko jest prawie spokojne, chętnie bawi się na podwórzu; są okresy kilkudniowe, kiedy prawie zupełnie odmawia przyjmowania pokar-

mów, jest niespokojne. Liczba napadów wyżej opisanych jest również bardzo zmienna, nie udało się nam wykryć regularnej ich okresowości, ani powodów, które wpływają na ich częstotliwość; nie reagują na preparaty barbiturowe, ani na brom, ustępują jedynie po dużych dawkach chloraldehydu.

Interpretacja tego przypadku mimo kilkumiesięcznej obserwacji nastęrcza duże trudności. Zbyt mało mamy tu elementów, przemawiających za schizofrenią, ku czemu skłaniałoby nas obarczenie dziedziczne. Kilkumiesięczne trwanie psychozy przemawia przeciwko psychozie okresowej, która w wieku dziecięcym, jak to wynika z wyżej podanego naszego materiału i z piśmiennictwa, przebiega w okresach raczej krótkotrwałych, a z drugiej strony żywość intelektualna i łatwość kontaktu z chorą przemawiają za zaliczeniem jej stanu do podnieceń cyklotymicznych. Zmiany charakteru oraz nie dające się ściśle sprecyzować ataki mogłyby być przejawem podobnym do zmian, które występują po przebytych zapaleniu mózgu, ale znowu nie mamy żadnych podstaw w wywiadach, ani w badaniu somatycznym do przyjęcia takiej właśnie patogenezy w naszym przypadku.

Na podstawie naszego materiału mamy prawo, jak nam się zdaje, do wypowiedzenia następujących wniosków.

Psychozy endogenne spotykamy niewątpliwie również i w wieku dziecięcym.

Psychoza maniako-depresyjna występuje u dzieci już w wieku poniżej lat 10-ciu w postaciach zupełnie typowych, ale również w formach nietypowych, jako nieumotywowana, okresowa anoreksja, okresowa bezsenność, okresowe stany lękowe.

Im wcześniej występują okresy psychotyczne, tym przeważnie są krótsze i mniej typowe, z biegiem czasu okresy psychotyczne zbliżają się pod względem swego charakteru i trwania do typowych psychoz endogennych wieku dojrzałego.

Im wcześniej psychoza w rozwoju osobniczym występuje, tym trudniejsze jest ustalenie rozpoznania i nieomylnie zaliczenie okresu psychotycznego do jednej z grup psychoz endogennych.

W naszym materiale niewątpliwie psychozy maniako-depresyjne stwierdziliśmy tylko u dzieci rodzin żydowskich.

W naszym materiale nie udało się nam stwierdzić szczególnie wybitnego udziału przestraszenia w patogenezie, czy etiologii psychozy.

PIŚMIENICTWO.

1. Bark H. et Y. Geraudau. La psychose periodique chez l'enfant. Formes pures et formes associées à la chorée et aux syndromes infundibulo-hypophysaires. Ann. med.-psych. 1937. 2. Bauman u. Velder. Schizophrenähnliche Zustände bei jungen Kindern. Niderl. Gensk. 1936. 3. Benon R. Epilepsie infantile et manie chronique. Arch. Med. Enf. 1933. 4. Bereteroide e Pozzo. Ueber einen Fall von ganz frueher Dementia praecox ref. Zbltt. f. Pef. 26. 5. Bloise Nicolas et Jauregui M. A. Dementia praecox vor der Pubertaet. ref. Zbltt. f. Ped. 20. 6. Blum K. Die Psychosen im Kindesalter. Ergebn. inner. Med. 32. 7. Bornstein Maurycy. O psychozach u dzieci. Warsz. Czas. Lek. 30. 8. Brissot M. et Maillefer J. Catatonie pure chez un enfant de seize ans. Bull. med. psych. 37. 9. Burnet James. Mental disease in infancy and children. Intern. Clin. 24. 10. Delmas Ach. Cyclothymie infantile. Ann. med.-psych. 37. 11. Furt H. Ueber Schizophrenie im Kindesalter. Monat. Psych. 31. 12. Gelbart. Polska gazeta lekarska. 36, nr 43. 13. Hart Henry H. Psychosis in a child aged seven years. Arch. of neur. a. psych. 27. 14. Henyer G. J. Dublinau et Chabert. Les demences infantiles. Arch. inter. Neur. 34. 15. Henyer G. A propos du procès verbal: la psychose periodique chez l'enfant. Annal. medpsych. 37. 16. Higier H. Klinik der selt. fruehinfantil erworben. Demenzform. Ztsft. f. d. ges. Neur. Psych. 24. 17. Horwitzówna Kamilla. Rocznik psych. 25. 18. Gakkebus V. i Fundyler R. Psychoneurologja dzieci. Postacie schizofrenji u dzieci (ros.) Sovet. Psichoneur. 31. 19. Grebelskaja-Albatz. Zur Klinik der Schizophrenie des frueher Kindesalters. Schweiz. Arch. Neur. 34 i 35. 20. Jancke H. Zwei Faelle von Dem. infat. Arch. Kindrhlk. 27. 21. Kuenkel F. W. Die Kindheitsentwick. der Schizophren. 24. Mon. f. Psych. Neur. 20. 22. Maier H. W. Beziehungen der Schiz. zum Kindsalter. Verch. d'Hilpaed. 31. H. 2. 23. Mandelsowa i Ściesiński. Guz mózdzku z wtórnym zespołem objawów Simmondsa. Warsz. Czas. Lek. 37. 24. Neustadt-Szeinfeld. Ueber Psychosen im Kindesalter. Arch. f. Psych. 32. 25. Pilcz. Al. Welche Psychosen kommen in der Pubertaet. Wien. kl. Woch. 33. Schweiz. Arch. Ner. 34 i 35. 26. Schabel Ilse. Die Prognose der psychischen Stoerungen des Kindes u. Entwicklungsalters nach dem Material der Zuericher psych. Klinik 1870—1920. Ttsch. f. g. Neur. Psych. 21. 27. Schwab Georg. Die psychosen des Kindes u. Jugendalters. Bertz. Heilpaed. 31. 28. Strecker Edw. A. Psychoses and potential psychoses of childhood. New-York, med. journ. 21. 29. Sucharewa. Die Schizoide Psychopathien im Kindesalter. Mon. f. Psych. u. Neur. 26. 30. Sucharewa i Kogan. Prognosa dziecięcej i młodzieńczej schizofrenji (ros.). Sov. Psichoneur. 33. 31. Urechia et Michalescu. Sur un cas de demence infantile. Arch. int. de neur. 24. 32. Weber. Dementia praecox im Kindesalter. Muench. med. Woch. 20. 33. Ziehen Th. Die Geisteskrankheiten im Kindesalter. Berlin 1926 (wykaz dawniejszego piśmiennictwa).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Z Państwowego Zakładu Higieny, Dział Bakteriologii i Medycyny Doświadczalnej.

(Dyr.: prof. L. Hirszfild).

O antyhormonach.

Podał

Antoni LANDE (Warszawa).

Pojęcie antyhormonów powstało w piśmiennictwie stosunkowo niedawno: zostało ono wprowadzone w roku 1934 przez Andersona i Collipa, którzy w szeregu przekonywających i ładnie pomyślanych doświadczeń wykazali, że surowica zwierząt, którym przez

3—4 tygodnie podawano stale określone dawki hormonu, nabiera z czasem zdolności zobojętniania danego hormonu.

Praca Collipa i Andersona — której treść omówimy jeszcze dokładniej — stanowi wprawdzie punkt zwrotny w rozwoju badań nad antyhormonami, nie jest jednak pierwszym spostrzeżeniem w tej dziedzinie.

Pierwsze prace nad substancjami antyhormonalnymi, zawartymi w surowicy, datują się sprzed 20 lat bez mała. Ballet, Enriquez, Hallion, Möbius, Sainton i inni badacze doszukiwali się w surowicy zwierząt, pozbawionych tarczycy swoistych

przeciwciał, które miały zobojętniać jady, krążące we krwi chorych na chorobę Basedowa. Te pierwsze próby seroterapii w przypadku zaburzeń hormonalnych, połączonych z nadczynnością poszczególnych gruczołów dokrewnych, miały podobno dawać niekiedy świetne wyniki. Tak np. S a i n t o n na 221 przypadków choroby Basedowa, leczonych tą metodą, widział w 175 polepszenie, a w 23 nawet wyzdrowienie. Ponieważ jednak w pracach doświadczalnych nie potrafiiono wykazać, że surowica zwierząt, pozbawionych tarczycy, zawiera naprawdę jakiegoś ciała antyhormonalne, metoda ta straciła na popularności, i dziś można ją już uważać za przebrzmiałą.

Teoretyczne podstawy pod współczesną naukę o antyhormonach położyła serologia: stworzenie pojęcia swoistości zarządowej oraz wykazanie, że można uzyskać surowice odpornościowe, skierowane nie tylko przeciw białkom i węglowodanom, ale także przeciw związkom chemicznym o dowolnie małych rozmiarach drobinowych (kwas winowy np.), pozwoliło a priori przypuszczać, że otrzymanie surowic antyhormonalnych nie jest niemożliwością.

Bezpośrednich wreszcie dowodów, przemawiających za istnieniem odporności przeciwhormonalnej, dostarczyły spostrzeżenia całego szeregu autorów (M c P h a i l, Z o n d e k i in.) nad działaniem prolanów na zwierzęta doświadczalne. Okazało się, że wstrzykiwanie królikom przez dłuższy okres czasu preparatów prolanowych powoduje spadek wrażliwości zwierzęcia na podawane mu hormony: jajniki jego reagują coraz słabiej na wprowadzany prolan, a w końcu, po upływie kilku tygodni, czynna początkowo dawka nie wywiera żadnego uchwytnego efektu. Podobne zjawisko obserwował w r. 1930 A r o n w stosunku do tyreostymuliny (hormonu teryotropowego przysadki), badając histologicznie zmiany, zachodzące pod wpływem tego hormonu w tarczycy świnki. Początkowo występowała nadczynność tarczycy, z czasem obraz się zmieniał — tarczyca ulegała zanikowi.

Wszystkie te spostrzeżenia nosiły jednak charakter przypadkowy i nie zostały rozbudowane systematycznie. Toteż za pierwszą w tej dziedzinie należy uważać wspomnianą już wyżej pracę A n d e r s o n a i C o l l i p a, która da się pokrótce streścić w sposób następujący:

Podawanie szczurom preparatów przysadki, zawierających tyreostymulinę, powoduje wystąpienie wzrostu przemiany materii o 13—16%. Przy dalszym codziennym podawaniu tyreostymuliny zwierzęta doświadczalne wykazywały wprawdzie zwiększoną przemianę materii w porównaniu ze zwierzętami kontrolnymi, ale różnica ta była z każdym dniem mniejsza, po 21—22 dniach zmalała do zera, zjawiał się natomiast u zwierząt doświadczalnych spadek podstawowej przemiany materii, dochodzący na 37 dzień do —29%. Podawanie surowicy szczurów opornych na działanie tyreostymuliny zwierzętom zdrowym łącznie z wyciągiem tyreotropowym powodowało stale zahamowanie działania tego ostatniego i spadek, ew. utrzymanie się w normie podstawowej przemiany materii. Tego ochronnego działania przeciwhormonalnego nie posiadały ani surowica szczurów normalnych, ani też zwykła surowica końska. Podobnie do surowicy zwierząt opornych na podawanie hormonu tyreotropowego działał wodny wyciąg ze śledziony i z wątroby tychże zwierząt.

Wyniki prac A n d e r s o n a i C o l l i p a zo-

stały wkrótce potwierdzone przez O u d e t a. Autor ten, podając świnkom i królikom przez dłuższy okres czasu tyreostymulinę, uzyskiwał zjawienie się w surowicy tych zwierząt własności antyhormonalnych po 10—15 dniach „uodparniania“.

Następne lata przynoszą cały szereg prac, poświęconych badaniom nad antyhormonami. Prace te doprowadziły do bliższego poznania struktury antyhormonów, pozwoliły zrozumieć mechanizm i warunki ich powstania oraz ocenić w sposób wysoce prawdopodobny znaczenie antyhormonów dla fizjologii i patologii człowieka. I chociaż badania nad antyhormonami nie wyszły jeszcze poza granice laboratoriów, znaczenie ich dla diagnostyki i terapii schorzeń wewnątrzgruczolowych wydaje się niewątpliwe. Prace nad antyhormonami nie stanowią jeszcze zamkniętego rozdziału medycyny doświadczalnej: wskazuje na to zwiększająca się z dniem każdym liczba prac, ogłaszanych na ten temat, jak również brak jednoznacznych wyników i rozmaitość ich interpretacji. Szereg zagadnień czeka jeszcze na swe rozwiązanie, na niektóre pytania brak jeszcze odpowiedzi. Oto pokrótce przegląd zagadnień, jakie wyłoniły się w toku dotychczasowych badań, oraz streszczenie uzyskanych wyników.

1. Istota antyhormonów.

a) Antyhormony — chalonami.

W doświadczeniach A n d e r s o n a i C o l l i p a długotrwałe podawanie tyreostymuliny dawało w pierwszej fazie pobudzenie tarczycy, w drugiej — jej niedoczynność. Podobnie R o w l a n d s i P a r k e s, podając przez dłuższy okres czasu szczurom prolan, dostrzegali po przejściowym pobudzeniu czynności jajników zahamowanie ich funkcji, B a c h m a n, C o l l i p i S e y l e zaobserwowali w analogicznych warunkach wystąpienie w drugim okresie wyraźnego zaniku jajników zwierząt, „uodpornianych“ prolanem. Pierwszą tedy nasuwającą się koncepcją była teza o wyczerpywaniu się odpowiednich gruczołów pod wpływem długotrwałego podawania pobudzających je hormonów. Koncepcja ta nie tłumaczyła jednak, skąd biorą się antyhormonalne własności w surowicy zwierząt „uodpornianych“. Zakładano więc, że pobudzany gruczoł broni się, produkując hormony antagonistyczne, tak zwane c h a l o n y *), których zadaniem jest przywrócenie zachwianej równowagi wkrwnej. Jednak spostrzeżenia O u d e t a, że odporność względem tyreostymuliny można także uzyskać i u zwierząt, uprzednio pozbawionych tarczycy, jak również doświadczenia innych badaczy, dowodzące, że surowice, skierowane przeciw prolanom, można otrzymać od zwierząt kastrowanych (S u l m a n), a działanie ich rozciąga się także na zwierzęta, pozbawione przysadki (A n d e r s o n i C o l l i p), zdają się wskazywać, że powstawanie antyhormonów nie stoi w żadnym związku z wyrównawczymi mechanizmami, działającymi w obrębie układu gruczołów dokrewnych.

b) Antyhormony — przeciwciałami.

Drugą koncepcją, która narzucała się już pierwszym odkrywcom antyhormonów, była teza o identyczności antyhormonów z innymi ciałami odpornościowymi. I rzeczywiście, mechanizm powstawania antyhormonów w wielu punktach przypomina kształtowanie

*) z greckiego od chalos — usypiam, obozwładniam, termin, wprowadzony przez E. A. Schaefera.

Streszczenia pojedyncze.

Patologia kliniczna i doświadczalna

MIENSIKOW. Czynność krwiotwórcza szpiku w doświadczalnej awitaminozie C. (Klinическая Медицина. Nr 1, r. 1938).

Objawami gnilca u człowieka, jak i u doświadczalnych zwierząt są niedokrewność, obniżenie ilości hemoglobiny oraz zjawienie się elementów jądrzastych — ze zwiększeniem liczby retikulocytów. Autor przeprowadzał doświadczenia na 4 grupach świńek: pierwsza była kontrolna, druga otrzymywała dietę niedoborową (brak witaminu C), trzecia po zachorowaniu na gnilca otrzymywała już witamin C i czwarta wreszcie otrzymywała kwas askorbinowy w nadmiarze. Badano krew na początku, po 18 dniach robiono krwiopust, po czym badano codziennie krew aż do śmierci zwierząt. W pierwszej grupie świnki powracały do zdrowia na 6—7 dzień po krwiopuściu. W drugiej grupie liczba erytrocytów nie zwiększała się i pozostawała przez cały czas na równie niskim poziomie. Wzrastała natomiast liczba retikulocytów, która w niektórych przypadkach w chwili śmierci była wyższa od normy. W trzeciej grupie podawanie diety pełnowartościowej z dodatkiem 40 jednostek witaminu w szybkim czasie powodowało powrót liczby czerwonych krwinek do normy, natomiast liczba retikulocytów była niższa niż w grupie drugiej. Wreszcie w grupie czwartej pod wpływem nadmiaru witaminu C liczba retikulocytów zarówno przed jak i po krwiopuściu pozostawała na niższym poziomie, natomiast powrót do stanu normalnego po krwiopuściu następował szybciej niż zwykle. Pod wpływem więc braku witaminu C następuje wzrost liczby retikulocytów przy zmniejszeniu się ogólnej liczby krwinek czerwonych, nadmiar witaminu C działa odwrotnie. Niedokrewność w gnilcu doświadczalnym mogłaby być wywołana następującymi czynnikami: osłabieniem czynności szpiku, krwotokiem i wzmocnionym rozpadem. Dla wyłączenia tej ostatniej przyczyny badano zachowanie się sterkobiliny. U wszystkich świńek z doświadczalnym gnilcem ilość sterkobiliny w kale nie wzrastała. W gnilcu doświadczalnym a prawdopodobnie i u człowieka pod wpływem braku witaminu C następuje obniżenie czynności szpiku, ale obok tego ustępują zaburzenia w dojrzewaniu krwinek, gdyż we krwi obwodowej pojawiają się postaci jądrzaste i w dużej liczbie retikulocyty. W niedokrewności złośliwej powinniśmy więc otrzymywać wyniki dodatnie przez podawanie witaminu C, gdyż wpłynie on regulująco na czynność krwiotwórczą szpiku. Witamin C i tyroksyna działają na ogół antagonistycznie, w przypadku wpływu na szpik kostny przyjąć musimy pewną synergię, gdyż tyroksyna działa pobudzająco na czynność krwiotwórczą szpiku, a witamin C działa tylko regulująco i sprzyja przechodzeniu retikulocytów w erytrocyty. Nie można więc wyłączyć działania witaminu C na szpik kostny za pośrednictwem tarczycy.

M. Szejnman.

Diagnostyka.

ADENSKIJ. Znaczenie rozpoznawcze odczynów skórnych u chorych na gościec. (Klinическая Медицина. Nr 1, r. 1938).

Wszystkie odczyny skórne są prawdopodobnie spowodowane alergią ustroju względem podawanego antygeny. Ze względu na częste pokrewieństwa chemiczne antygenów otrzymać możemy reakcję alergiczną grupową — to znaczy odczyn nie na jeden ściśle określony antygen, ale na szereg spokrewnionych ze sobą ciał. Rozpoznanie cierpień gośćcowych na ogół nie przedstawia większych trudności, są jednakże przypadki, gdzie postawienie rozpoznania jest b. trudne, a praktycznie b. ważne chodzi bowiem o wczesne postacie zapalenia wsierdza i przewlekłe stany podgorączkowe. Do odczynów skórnych używane były szczepionki lub toksyny paciorkowców bądź ze szczepów wzorcowych, bądź wyhodowane z krwi chorych na zapalenie wsierdza, pobrane z nalotów na migdałkach itp. Szczepionkę poda-

wano doskórnie — tak, aby utworzyła się wyraźna wyniosłość. Nieraz bezpośrednio po wstrzyknięciu zarówno szczepionki jak i kontroli, dokoła powstawał rumień, który był spowodowany odruchem naczyniowym, a nie pozostawał w żadnym związku ze stanem alergicznym ustroju. Właściwy odczyn powstaje dopiero po upływie 6—16 godzin. Odczyn ten polega na rumieniu o mniejszym lub większym nasileniu, na wytworzeniu nacieku. W przypadkach bez tła gośćcowego ani razu nie otrzymano dodatniego wyniku. Zestawiając wyniki badania 114 chorych, autorzy zauważyli, że w ostrych sprawach stawowych odczyn zazwyczaj wypada słabo dodatnio, w zapaleniu opłucnej, wsierdza lub w zapaleniu płuc odczyn był ujemny, prawdopodobnie wszystkie te czynniki do pewnego stopnia odczulają ustrój. Jeżeli u chorego na gościec rozwijało się np. zapalenie płuc, to odczyn początkowo dodatni stawał się ujemny, a po zlikwidowaniu sprawy płucnej znowu dodatni. Podobnie przebiegał odczyn w ostrej sprawie stawowej. W złośliwie przebiegających zapaleniach wsierdza odczyn wypadał ujemnie, gdyż ustrój znajdował się w stanie anergii. W ten sposób odczyn skórny obok wartości rozpoznawczej posiada również i pewną wartość rokowniczą.

M. Szejnman.

KAPNIK, MELNIK. Sondowanie dwunastnicy a rozpoznawanie duru brzuszego. (Klinическая Медицина. Nr 1, r. 1938).

Sondowanie dwunastnicy w celu posiania żółci i otrzymanie w ten sposób definitywnego rozpoznania duru brzuszego było już niejednokrotnie zalecane. W stosunku do nosiciela metoda ta okazała się b. cenną — natomiast wobec chorych w ostrym okresie napotkała na sprzeciw całego szeregu klinicystów. Autorzy przeprowadzili sondowania w przypadkach duru brzuszego, posługując się techniką zwykłą: żółć A i B po podaniu MgSO₄ lub oliwy, posiew na pożywcę Rapaporta. Obok posiewów żółci dokonywano posiewów krwi, kału i moczu oraz określano odczyn Widala. Ze względów technicznych nie wszystkie próby dokonywane były równocześnie. Procentowo w 2—3 tygodniu choroby najpewniejsze wyniki dawał odczyn Widala — dodatni w 65,2%, później posiew żółci — 60,8%, wreszcie posiew krwi 31,4%, a później kału i moczu (18% i 5,1%)! Wyniki z posiewu żółci wyprzedzały czasami występowanie odczynu Widala. Również i tam oddawał on duże usługi, gdzie odczyn Widala był paradoksalny lub grupowy przy jednakowo wysokim mianie. Wyhodowane z żółci szczepy nie różnią się niczym od szczepów, hodowanych ze krwi. W rzadkich przypadkach szczepy te nie dawały odczynów zlepnych z surowicą wzorcową. Jednakże po dłuższym hodowaniu reakcja zwykle wypadała dodatnio. Czasami posiew żółci A był jałowy, a z żółci B wyrastały pałeczki Eberta lub odwrotnie. Zależy to od okresu choroby. Początkowo pałeczki znajduje się w dwunastnicy, dokąd zawędrowały z niżej położonych odcinków jelita, podczas zdrowienia treść jelitowa pałeczek już nie zawiera. Są one natomiast w woreczku żółciowym. Podkreślić wreszcie należy, że w porcji żółci B znajdował się szereg najrozmaitszych innych bakterii i że posiew ten w durze brzuszonym, gdy mamy obniżenie kwasoty w żołądku i zaburzenia w czynności ruchowej, prawie nigdy nie jest jałowy.

M. Szejnman.

Lecznictwo.

LEŻNIEWA. Znaczenie lecznicze diety jabłkowej. (Klinическая Медицина Nr 1, r. 1938).

Uzasadnienia naukowego diety nie znamy. Można przypuszczać, że działa ona głównie mechanicznie przez wiązanie treści jelitowej i w ten sposób oczyszcza przewód pokarmowy. Natomiast Heisler na pierwszym miejscu stawiał działanie kwasu jabłkowego, mogącego spowodować zmianę flory bakteryjnej, wiązanie i ścinanie kolloidów. Małyotky,

podkreślając dużą ilość pektyn, zawartych w jabłkach, przypuszcza, że ciałami głównie działającymi są tu właśnie pektyny. Posiadają one dużą zdolność adsorpcji, działają jako moderatory i posiadają dużą zdolność pęcznienia. Ciała pektynowe *in vivo* (ale nie *in vitro*) posiadają zdolność przyspieszania krzepnięcia krwi. Badania doświadczalne autorki wykazały, że ciała pektynowe *in vitro* — obok dużej zdolności adsorbcyjnej działają czasami jako koloidy ochronne. Kotom wlewano do żołądka roztwór błękitu metylenowego, po czym niektórym wlewano roztwory pektyny. Badanie sekcyjne wykazało, że u kotów, które otrzymały pektynę, treść przewodu pokarmowego była zabarwiona na kolor jaskrawo-niebieski, natomiast ani w moczu, ani w żółci, ani w ścianie jelita niebieskiego zabarwienie nie stwierdzało się. Wrecz przeciwnie było u kotów, które nie otrzymały pektyny. Mocz, żółć i śluzówka jelić zabarwione były na niebiesko, podczas gdy treść pokarmowa zawierała tylko ślady błękitu. Podkreślić wreszcie należy, że po podaniu pektyny zawartość jelić przesuwiała się dwukrotnie prędzej niż u kotów normalnych, co świadczy o zdolności pobudzania ruchu robaczkowego przez ciała pektynowe.

M. Szejnman.

MACHLINA. Lecznice działanie diatermii w chorobie wrzodowej żołądka. (Kliniczka Miedicina. Nr 1, r. 1938).

Autorka wykazała doświadczalnie, że pod wpływem przegrzewania diatermicznego w trakcie samego zabiegu wzrasta czynność wydzielniczo-ruchowa żołądka, po czym następuje długotrwała faza uspokojenia. Autorka wypróbowała w 92 przypadkach leczenie choroby wrzodowej diatermią. Przegrzewano od 25 do 30° przy natężeniu prądu 0,9—1,3A. Ogółem stosowano 20 lub nawet więcej przegrzewań. Jedna z ołowianych elektrod leżała w okolicy żołądka, druga w okolicy krzyża. Na ogół we wszystkich przypadkach przegrzewanie dało dobre wyniki: bóle, odbijanie, palenie zmniejszało się. Choremu przybywało na wadze, na rentgenie nisza zmniejszała się lub znikła, utajone krwawienie również znacznie się zmniejszało, natomiast ogólna kwasota przeważnie pozostawała bez zmiany, czasem malała, rzadko wzrastała. Obok leczenia przegrzewaniami stosowane było równocześnie i leczenie dietetyczne, co również wpływało na wynik. U chorych ambulatoryjnych wyniki osiągnięte były podobne, ale utajone krwawienie utrzymywało się dłużej.

M. Szejnman.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszów.

NOSOW. Zagadnienie intubacji w błonicy u dzieci. (Kliniczka Miedicina. Nr 1, r. 1938).

Intubacja, wprowadzona w r 1885, wyparła prawie zupełnie tracheotomię w przypadkach krup. Dawkowanie surowicy w krupie jest większe niż w innych postaciach błonicy. W klinice autora chory otrzymywał średnio około 30.000 jednostek, przy czym liczba wstrzyknień wynosiła 3,1. Zabieg robiony był w 53 przypadkach i sprowadzał się do intubacji; tracheotomia robiona była po nieudanej lub nieskutecznej intubacji. Zagadnienie wczesnego lub późnego operowania również nie jest rozstrzygnięte, bo z jednej strony zabieg ułatwia powstanie zapalenia płuc, z drugiej duszność, zwłaszcza długotrwała, osłabia znacznie odpornościowe siły ustroju, a powstający stan niedodmy w płucach również ułatwia powstanie procesu zapalnego. % śmiertelności jest na ogół mniejszy przy zabiegach, dokonywanych niezbyt późno. Autor jako wskazanie do zabiegu uważał początek sinicy, niepokój dziecka, wypadanie tętna przy wdechu, nieustępujące zwężenie. W przypadkach procesu, toczącego się poniżej krtani, intubacja nie dawała żadnego wyniku. W pewnych przypadkach otrzymywało się poprawę, jeżeli po usunięciu rurki intubacyjnej równocześnie usuwano i błony do niej przyczepione. W ten sposób dokonywało się mimowoli „wymiatanie krtani“ francuskich autorów, polegając na szybkim wprowadzaniu i wydalaniu rurki w celu zahaczenia i częściowe-

go przynajmniej usunięcia błon. Pewne trudności przy wprowadzeniu rurki intubacyjnej powodować może kurcz krtani, przy użyciu siły stosunkowo niewielkiej zawsze udaje się przezwyciężyć opór. Obrzęk migdałków nieraz może zmusić do zrezygnowania z intubacji i spowodować konieczność tracheotomii. Przeciwnie po 2—3 dniach wydobywano rurkę intubacyjną, przy czym często zachodziła konieczność założenia rurki po raz drugi. Jeden z chorych był intubowany nawet 13 razy. Ogółem 53 chorym dokonano 113 intubacji. Podawanie narkotyków tylko w niewielkim stopniu przyczynia się do zmniejszenia duszności. W kilku przypadkach po wielokrotnych intubacjach rozwijało się zapalenie płuc. Wówczas prawdopodobnie na drodze odruchowej następował rozkurcz krtani, gdyż chory wykastywał rurkę i nie zachodziła ponowna konieczność jej założenia. W przypadkach przegryzienia nitki najlepiej jest rurkę zaraz usunąć, gdyż może się utworzyć węzeł i zatkać rurkę, przyczyniając się w ten sposób do śmierci dziecka. Po długotrwałym leżeniu rurki wytworzyć się mogą odleżyny. Nie stanowi to przeciwwskazania do zakładania rurki, gdyż w żadnym przypadku autor nie obserwował późniejszego bliznowacenia lub zwężenia krtani.

M. Szejnman.

Choroby narządów trawienia.

GOSSET, R. A. GUTMANN i BERTRAND. Wczesnie operowany rak żołądka, niewidzialny *in situ*. (Bul. hôp. Paris, 1938, nr 22).

Jak już kilkakrotnie referowałem, Gutmann i jego współpracownicy, opierając się przeważnie na kryteriach radiologicznych, mieli możliwość wielokrotnego rozpoznawania wczesnego raka żołądka w okresach, gdy nawet po rozcięciu wyciętej części nie można było bez badania histopatologicznego rozpoznać nowotworu. Przypadek, o który chodzi, dotyczył mężczyzny l. 59, dotkniętego radiologicznie stwierdzonym wrzodem żołądka o banalnym przebiegu. Leczony metodami pospolitymi w krótkim czasie pozbył się dolegliwości bólowych, ale nieznacznie schudł. Radiografia, wykonana równo w miesiąc po pierwszej, wykazała niszę wrzodową w tej samej okolicy, co poprzednio, ale o rozmiarach nieco większych, co skłoniło autorów do rozpoznania rakowacenia wrzodu i skierowania chorego na operację. Pomimo sprzecznych zdań innych konsultantów, chory zgodził się na zabieg, podczas którego żołądek okazał się całkowicie prawidłowy, i rezekcję wykonano jedynie wskutek nalegania internistów. Natomiast histologicznie, przy braku współistnienia jakiegokolwiek powiększenia gruczołów, stwierdzono niewątpliwie utkanie rakowe, otoczone małym obszarem przerostej, nieżytkowo zmienionej śluzówki, przy czym komórki nowotworowe należały do kilku typów. Przypadek opisany, jeden z bardzo wielu dotąd przez szkołę Gutmanna podanych w piśmiennictwie, skłania autorów do podkreślenia raz jeszcze konieczności rewizji dotychczas przyjętych kryteriów klinicznych i chirurgicznych w zakresie rozpoznawania raka żołądka. Oczywiście, w sensie przyjęcia zdobyczy tej szkoły do arsenału diagnostyki codziennej.

A. Wajngot.

R. SINGER. O gospodarce witaminowej C w schorzeniach żołądka i dwunastnicy. (Wien. med. Wschr. nr 24/1938).

W schorzeniach żołądka i dwunastnicy są częste hipowitaminozy C. Udało się je wykryć u 24 spośród 25 chorych. U chorych z bezkwaśnością znaleziono najmniejsze ilości kwasu askorbinowego w moczu. Podawanie witaminy C okazuje u tych chorych bardzo cenne usługi. Wyraźne działanie lecznicze występowało tylko wtedy, gdy przekraczano liczby nasycenia. Do tego celu są potrzebne u chorych z nadkwaśnością mniejsze ilości (300 mgr), niż u chorych z niedokrewnością i bezkwaśnością (przynajmniej 2.100 mgr).

H. L.

L. v. FRIEDRICH. Dolegliwości żołądkowe po leczeniu histaminą. (Wien. med. Wschr. nr 30/1938).

Jak wynika z doświadczeń autora, jontoforeza histamino-

wa powoduje nawrót przewlekłych dolegliwości żołądkowych, zwłaszcza niezbyt żołądka, przebiegających z nadkwaśnością; powracające dolegliwości należy położyć na karb zwiększonego wydzielania żołądkowego, spowodowanego jontoforezą histaminową. Przed rozpoczęciem leczenia histaminą należy też dokładnie zebrać wywiady. Jeżeli zawierają one dane co do przewlekłego niezytu żołądka lub wrzodu, albo jeżeli chory podaje objawy, budzące podejrzenie wrzodu, należy zaniechać leczenia histaminą.

H. L.

FRIEDRICH. Niedrożność jelit a rak odbytnicy. (Wien. med. Wschr. nr 32—33/1938).

Wysoko umiejscowiony rak odbytnicy częściej i znacznie wcześniej doprowadza do niedrożności jelit aniżeli rak bańki. W tym ostatnim obok wzrostu poziomego duże znaczenie dla występowania niedrożności jelit posiada również wzrost w pionowo-dośrodkowym kierunku.

H. L.

Choroby serca i naczyń.

O. A. KOVANIC. Coramina w dusznicy bolesnej. (Aerztl. Korresp. Rocz. 9, zeszyt 7/8).

Autor wypróbował Coraminę w przypadkach prawdziwej i rzekomej dusznicy bolesnej. Zgodnie z doświadczeniami autorów, jak Petschacher, Beutel, Brower i Korry, nie znalazł u hipertoniców z dusznicą bolesną żadnego podniesienia ciśnienia krwi, zwiększyła się jedynie amplituda ciśnienia. Tętno zarówno po podawaniu doustnym, jak i podskórnym stało się pełniejsze, istniejący częstoskurcz zwalniał się. Na sam napad działanie Coraminy jest wprost specyficzne. Autor miał zawsze wrażenie, że napad skracał się, i nasilenie jego było łagodniejsze. Przy dłuższy czas trwającym leczeniu Coraminą, napady występują rzadziej. Dawkowanie zależne jest od każdego poszczególnego przypadku. Wystarcza zwykle 1—2 amp. po 1,7 cm³ podskórnym lub 1—3 razy dziennie po 10—30 kropel. Dawki te w czasie napadu mogą być znacznie zwiększone. Coramina wykazała również znaczny wpływ na ciężkie samopoczucie w przypadku napadu dusznicy bolesnej prawdziwej. Męczące uczucie strachu i promieniujące bóle zniknęły lub zmniejszyły się natychmiast po zastosowaniu podskórnym Coraminy, po zastosowaniu zaś doustnym ustępowały po krótkim czasie. Jeśli Coraminę zastosować zaraz na początku napadu, wówczas objawy już nie osiągają szczytu. W kilku przypadkach badano wpływ Coraminy za pomocą elektrokardiogramu. Jeśli chodzi o dusznicę bolesną rzekomą, to działanie Coraminy jest najprawdopodobniej spazmolityczne, w dusznicy bolesnej prawdziwej należy przyjąć wpływ, wzmacniający czynność serca i krążenie. W obydwu formach dusznicy bolesnej uderzające było szybkie wchłanianie się Coraminy i szybko występujące działanie. Ta zaleta Coraminy ma wielkie znaczenie praktyczne w leczeniu dusznicy bolesnej.

F. Mikulska.

J. SCHLÖSSER i H. SCHWARZ. Badania kliniczne nad skutecznością środków pobudzających w niedomodze krążenia. (D. Arch. f. kl. Med. Tom 182, zeszyt 2, str. 176—182, 1938).

Aczkolwiek literatura farmakologiczna nie tłumaczy z całą pewnością mechanizmu nasercowego działania Cardiazolu i Coraminy, to jednak jest prawdopodobne, że mają one pośrednie działanie nasercowe przez lepsze ukrwienie serca. Autorzy badali skuteczność Coraminy i Cardiazolu w niewyrównanych schorzeniach krążenia — za kryterium służyła wysokość żylnego ciśnienia po domięśniowym wstrzyknięciu wymienionych preparatów. Z badań wynika, że wstrzyknięcie Cardiazolu i Coraminy wykazuje niewątpliwe działanie w niedomodze serca z podwyższeniem ciśnienia żylnego. Skuteczność tych środków stwierdzona została we wszystkich stopniach zastójności żylnego. Punkt zaczepienia działania Coraminy i Cardiazolu na krążenie nie został z całą pewnością wyjaśniony przez autorów.

Wł. Kurowski.

Choroby kości i stawów.

TALBOT, PARLANGE. Zapalenie szpiku spowodowane bakteriami Friedländera. (Revue de Chirurgie Nr 4, r. 1938).

Przypadki zakażenia ogólnego, wywołanego przez bakterie Friedländera, są wprawdzie znane, ale są niezmiernie rzadkie. Przebiegać one mogą albo pod postacią bardzo ciężkiego zakażenia ogólnego, kończącego się zazwyczaj zejściem śmiertelnym albo jako zakażenie z umiejscowieniem sprawy w jakimś narządzie, wreszcie jako ropnica. Tę ostatnią postać spotyka się najrzadziej. Autorzy cytują przypadek, gdzie po zapaleniu ucha środkowego powstało zapalenie szpiku z równoczesną obecnością bakterii Friedländera we krwi. Rozpoczęła się sprawa chorobowa od przebiegającego bezboleśnie zapalenia ucha środkowego, które się wygoiło; po miesiącu dołączyło się zapalenie wyrostka sutkowego. Po pewnym czasie i po zlikwidowaniu się sprawy poprzedniej — nowy podskok gorączki, spowodowany skrzepliną w żyłę jarzmowej, wreszcie ropień okołogardłowy — zapalenie miedniczek i obrzmienie i bolesność w okolicy stawu łokciowego. Znamienne jest, że za każdym razem wyhodowano z ropy bakterie Friedländera, że każda z poszczególnych spraw goiła się i była oddzielona od następnej pewnym okresem czasu zupełnego zdrowia. Po roku pacjent zgłosił się ponownie z ciężkim zapaleniem miedniczek i pęcherza, do którego dołączył się ropień płuc. Po zastosowaniu autoszczepionek i intensywnego leczenia miejscowego pacjent wyzdrowiał. Lambret, Blin i Carlier udowodnili, że bakterie Friedländera, wstrzyknięte do krwi, mogą umiejscawiać się w szpiku. Sprawy kostne, wywołane przez bakterie Friedländera, przebiegają mogą w czterech postaciach: 1) jako zapalenie okostnej, 2) jako zapalenie szpiku; 3) jako zapalenie szpiku rozległe, obejmujące obydwie nasady i wreszcie, 4) próchnica okolicy nasad bez wydzieliny ropnej. Poza tym odnotowano raz zmiany w obrębie piramidy kości skroniowej, która została całkowicie zmieniona w gąbczastą masę, przepojoną ropą. Usiłowania lecznicze są dziś bezowocne. Proces chorobowy przebiega prawie niezależnie od naszych usiłowań. W każdym bądź razie nie należy zaniedbywać ani leczenia miejscowego — ani ogólnego. Leczenie swoiste również jest mało skuteczne, gdyż surowic ani szczepionek rzeczywiście czynnych nie znamy. Znaleziony jako swoisty bakteriofag nie został dotychczas na człowieku wypróbowany. Autorzy przypuszczają, że punktem wyjścia zakażenia mogą być nos i jama ustna — z tego też względu, gdy tylko rozpozna się cierpienie, — należy dokładnie zbadać usta i nos i w razie stwierdzenia w nich bakterii Friedländera — starać się je tam wytepić.

M. Szejnman.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

A. TOURAINE. Wrodzone zgrubienie substancji paznokciowej z rogowaceniem skóry i rogowcami w skórze i śluzówkach (Zespół Jadassohna i Lewandowskiego). (Presse Méd. No 89, 6/XI 1937).

Spostrzeżenia, dotyczące zespołu Jadassohna i Lewandowskiego są stosunkowo rzadkie. Objawy podstawowe występują na kończynach i tułowi. Objawom tym towarzyszą zjawiska rogowacenia w śluzówkach, najczęściej jamy ustnej, rzadziej występują inne zbroczenia rozwojowe pochodzenia zarodkowego. Wszystkie te objawy są wrodzone, stałe i ostateczne. 1. Objawy skórne: należy do nich zaliczyć przede wszystkim zgrubienie paznokci u rąk i nóg. Paznokcie zginają się ku dołowi i zakręcają, jak pazur lub szpon. Stałym objawem jest również nadmierne rogowacenie naskórka na dłoniach i podeszwach, które rzadko występuje w postaci rozlanej lub jako pasy, częściej zaś w postaci małych wysepek lub rogowców. Objawowi temu towarzyszą nadmierne poty miejscowe. W wyjątkowych razach występują rogi skóry na palcach rąk, nóg, na kostkach zewnętrznych, w okolicy ścięgna Achillesa i na łokciach. Rogowacenie

torebki włosowej jest również częstym objawem na wyprostnych kończyn i na miejscach, wystawionych na urazy mechaniczne. Włosy na ogół mało ulegają zmianom; zaobserwowano jednak kilka przypadków niedostatecznego uwłosienia, a nawet wyłysienia. II. Zmiany w słuzówkach — zaobserwowano u 87% chorych, zwłaszcza w jamie ustnej (język, policzki). Występują one w postaci białawych, przylegających nalotów z komórek zrogowaciałych. III. Z innych wadliwości pochodzenia zarodkowego w tym zespole wymienić należy zaburzenia psychiczne, naczyniaki języka, podniebienie łukowate, przerost kości długich, nadmierne uwapnienie kośćca oraz wadliwe uzębienie. Zmiany histologiczne skóry zrogowaciałej są mało charakterystyczne. Omawiane cierpienie jest wrodzone, dziedziczne, rodzinne, zależne od wadliwego rozwoju listka zarodkowego; występuje przeważnie u mężczyzn. Schorzenie to nie stwarza specjalnych przeszkód w życiu codziennym, nieraz tylko utrudnia chodzenie i jest przykre ze względów estetycznych. Co się tyczy leczenia, to wskazane są jedynie miejscowe zabiegi ortopedyczno-chirurgiczne.

H. G a b a y o w a.

PAUTRIER. Choroba Besnier-Boeck-Schaumanna; postać gruźliczo-płucna bez objawów skórnych. (Ann. de Derm. styczeń 1938 r.).

Choroba ta jest znana na ogół wyłącznie w swojej postaci skórnej. Ponieważ jednak jest to cierpienie układu siateczkowo-śródbłonkowego, możliwe są lokalizacje bez zajęcia skóry. Kilka przypadków (Lesné, Weissenbach, Tillgren) zostało opisanych, w których zajęte były przede wszystkim gruźliczo-chłonne, kości, śledziona, płuca, i w których biopsja wykazała typowe dla tego cierpienia utkanie limfocytarne-nabłonkowe. Autor przytacza własne spostrzeżenie, w którym u osobnika 18-letniego, dotychczas zupełnie zdrowego wystąpiło powiększenie całego szeregu gruźliczo-chłonnych, zwłaszcza w okolicy szyjnej, twardych, niebolesnych, ruchomych. Zdjęcie płuc wykazało gęsto rozsiane plamki wielkości prosa. Inne narządy — bez zmian. Badania laboratoryjne nie wykazały odchyłań od normy. Intradermo- i cutireakcja tuberkulinowa dały wynik ujemny. Badanie wycinka z zajętego gruźliczo-chłonnego wykazało typowe ogniska nabłonkowe. Po wyłączeniu gruźlicy prosówkowej i choroby Hodgkina autorzy dochodzą do wniosku, że jest to typowy przypadek choroby Besnier-Boeck-Schaumanna bez zmian w skórze.

S. G u r w i c z.

B. FREYSTADTL. Badanie zdolności przenikania niektórych środków znieczulających przez nieuszkodzoną skórę. Środki uspokajające ból i swędzenie. (Derm. Wschr. Nr 3, 1938 r.).

Dotąd uważano skórę nieuszkodzoną jako nieprzenikliwą dla środków znieczulających. Nie mogło być mowy o znieczuleniu nieuszkodzonej skóry. W przeciwstawieniu do tego autor stwierdził, iż pewne środki znieczulające obniżają wrażliwość nerwów czuciowych skóry i wreszcie noszą ją. Różne właściwości czuciowe skóry nie od razu słabną, lecz w pewnym porządku jedno po drugim. Najpierw występuje obniżenie wrażliwości na zimno, dopiero później występuje obniżenie pozostałej wrażliwości. To posłużyło autorowi jako wskaźnik do ustalenia, czy dany środek przenika przez skórę do zakończeń nerwowych. Po obniżeniu wrażliwości na zimno po dłuższym działaniu znieczulającego środka występuje obniżenie wrażliwości na ból, na dotyk, ciepło i wreszcie zupełne znieczulenie. Jeśli wrażliwość na zimno po dłuższym czasie nie ustępuje, dalsze próby są zbyteczne. Dla każdego środka znieczulającego bywa ustalone, w jaki sposób wpływa na te różne właściwości, i stopień znieczulenia bywa mierzony według obserwacji znikania różnych właściwości. Obniżenie wrażliwości na zimno albo zniesienie jej jest najmniejszym stopniem znieczulenia, zniknięcie uczucia bólu jest wysokim stopniem znieczulenia, zniesienie uczucia dotyku i ciepła jest najwyższym stopniem znieczulenia. W celu przeprowadzenia próby stosowano środek znieczulający

w roztworze na pewnym określonym miejscu skóry w ciągu 20 minut i skonstatowano, że Kokaina i Pantokaina nie działają zupełnie, Perkaina zaś jest bardzo skuteczna, i znieczulenie trwa około 10 godzin. Najwygodniejszą formą stosowania jest 1% maść Perkainowa, którą autor stosował w czyraczności przewodzenia słuchowego, w pęknięciach skóry i swędzeniach.

F. M i k u l s k a.

Choroby nerwowe i psychiczne.

J. OLMER. Leczenie wątrobowe w zespołach neuroanemicznych. (Nutrition. 7. 103. III. 1938).

Opierając się na piśmiennictwie i własnym doświadczeniu, autor omawia szczegółowo leczenie wątroba zespołów neuroanemicznych. Wyniki pomyślne są niewątpliwe, ale ostrzeżać należy przed przesadnym optymizmem. Najlepiej dają się opanować objawy polineuropatyczne, nierzadko poprzedzające zaburzenia rdzeniowe (*myelosis funicularis*), mniej już towarzyszące objawy psychiczne, a najtrudniej objawy ze strony mlecza paciierzowego. Słuszna jest uwaga autora, że łatwiej się cofają objawy ze strony pęczków tylnych (inkoordinacja, znieczulenia), niż pęczków bocznych (objawy spastyczne, hiperrefleksja). Świeże przypadki w 1—2-m roku choroby są przystępniejsze w leczeniu. O ile zwykłe dawki słabo działają, trzeba przystąpić do mocniejszych (*forte*) i stosować je długo i energicznie.

H. H i g i e r.

L. RIMBAUD, H. SERRE, J. BOUCOMONT i M. GOD-LEWSKI. Stwardnienie rozsiane u dwu siostr z zejściem śmiertelnym. (Rev. Neur. T. 69. Nr 5).

Opis dwu przypadków cierpienia nerwowego z zejściem śmiertelnym. Jeden dotyczył 49-letniej kobiety z objawami gorączki, chodu spastycznego, z odruchem Rossolimo; zmarła ona po 6 tygodniach choroby. W drugim przypadku — 61-letnia siostra poprzedniej pacjentki zachorowała bezpośrednio po śmierci tamtej przy objawach zwolnienia mowy, drżenia rąk, adiadochokinezy, odruchu Rossolimo oraz spastyczności chodu. I ten przypadek przebiegał piorunująco, gdyż zakończył się śmiercią po 2 miesiącach. Badanie pośmiertne nie było wykonane. Mimo niezwykłości przebiegu i późnego wieku pacjentki autorzy rozpoznają stwardnienie rozsiane pochodzenia zakaźnego u dwu siostr, przebywających razem. Argumentem, usprawiedliwiającym takie rozpoznanie, ma być objaw Rossolimo. Rozumowanie autorów przemawia na korzyść tezy naszego niezapomnianego Mistrza neurologii D-ra Goldflama, a mimo to sądzę, że bez badania histologicznego rozpoznanie nie jest w danym przypadku dosyć mocno ugruntowane.

N. Z. Z.

R. GARCIN, A. VARAY i HADJI-DIMO. Dokumenty dla poznania zaburzeń schematu ciała. (Rev. Neur. T. 69. Nr 5).

W mózgu istnieje najpewniej reprezentacja naszego ciała, i dlatego, mimo usunięcia jakiegoś odcinka, odczuwać go można, jako nadal istniejący. Odwrotnie, w porażeniach połowicznych chory może nie wiedzieć o swym upośledzeniu (anozognozja B a b i ñ s k i e g o); na polecenie wykonania ruchu kończyną porażoną czyni to kończyną zdrową, nie zdając sobie sprawy z różnicy. Niekiedy chory wyłącza z użycia jakiś zupełnie zdrowy odcinek ciała (*van Bogaert*). Zaburzenia takie muszą wiązać się ze zmianami w obrębie obrazów psychicznych o naszym ciele. Najczęściej stwierdzano uszkodzenia okolicy tylnej zawoju środkowego po stronie prawej. W przypadku, cytowanym w pracy, 64-letni chory, dotknięty gwałtownie w okolicy skroniowo-ciemniowej prawej, stał się niezdolny do ubierania się bez pomocy postronnej, albowiem lewa noga nie dawała sobie rady ani ze skarpetką, ani z nogawką. Nie stwierdzano żadnych zaburzeń apraktycznych, agnostycznych lub uczucia stereognostycznego. Najciekawsze było to, że chory cudzą rękę brał za swoją własną i dziwił się jej ruchom, własną bowiem uważał za bezwładną wbrew rzeczywistości.

N. Z. Z.

się przeciwiał odpornościowym: i tu i tam mamy do czynienia z okresem wylęgania, który dla antyhormonów wynosi od 10—15 dni (Oudet — świnki i króle), do 60—120 dni (Fluhman — szczury). Dalej, podobnie jak w serologii, spotykamy się przy wywoływaniu antyhormonów ze zjawiskiem *horror autotoxicus*: tak np. wyciąg z przysadki barana, który powodował wystąpienie antyhormonów w surowicy szczurów, świnek, królików, psów, mała i u konia, okazał się bezskuteczny, mimo 6-ście miesięcznego stosowania, na dwu baranach — u tych ostatnich zwierząt długo-trwałe podawanie tego wyciągu doprowadziło jedynie do przerostu narządów płciowych zewnętrznych i objawów pobudzenia płciowego (Thompson). Podobnie Twombly nie potrafił wykazać w surowicy kobiety, leczonej przez bardzo długi okres czasu podawaniem prolanów, pochodzących z moczu ludzkiego, obecności antyhormonów, ostatnio zaś Katzman, Wade i Doisy donoszą, iż nie udało im się wywołać u szczura antyhormonów przeciw wyciągom, pochodzącym z gruczołów dokrewnych zwierząt tegoż gatunku. Dalej, zarówno przeciwiała, jak i antyhormony zawarte są w frakcji globulinowej surowicy (Thompson). ściślej zaś w pseudoglobulinach, gdzie dają się stężyć (Rowlands i Parkes), co przemawia za podobną strukturą chemiczną tych ciał. Wreszcie w powstawaniu antyhormonów i przeciwiał odpornościowych doniosła rolę odgrywa układ siateczkowo-śródbłonkowy, na co wskazują następujące dwa spostrzeżenia: 1° Anderson i Collip zwrócili uwagę na antyhormonalne własności wyciągów z śledziony i wątroby zwierząt, uodparnianych tyreostymuliną w stosunku do tegoż hormonu. 2° Gordon, Kleinberg i Charipper wykazali, że usuwanie szczerom śledziony albo blokowanie układu siateczkowo-śródbłonkowego błękitem trypanu, względnie też stosowanie obu tych zabiegów jednocześnie zmniejsza w znacznym stopniu zdolność wytwarzania przez zwierzęta te substancji antyhormonalnych i to w sposób równoległy do stopnia uszkodzenia układu siateczkowo-śródbłonkowego.

Jeśli zatem, opierając się na wyżej wyłuszczonych przesłankach, zapagniemy przypisać hormonom własności antygenowe, a proces powstawania antyhormonów sprowadzić do rzędu mechanizmów odpornościowych, musimy uprzytomnić sobie, z jakim typem antygenów mamy właściwie tutaj do czynienia.

Serologia współczesna, oprócz istnienia antygenów właściwych, zakłada jeszcze istnienie antygenów niepełnych czyli tak zwanych haptenu i haptenu połowicznych. Wywoływacze pełnowartościowe czyli antygeny, wprowadzone do jakiegokolwiek bądź ustroju na drodze parenteralnej, powodują powstanie surowicy odpornościowej, z której przeciwiałami potrafią reagować w doświadczeniach *in vitro*. Antygenem może być każde białko obcogatunkowe, obecność zaś przeciwiał można wykazać, posługując się reakcją precypitynową, czy też odchyleniem dopełniacza. Hapten nie posiada sam przez się zdolności wywoływania swoistych przeciwiał; powstaną one dopiero wtedy, gdy wraz z haptenu wprowadzimy dowolny pełnowartościowy antygen. Z tak otrzymaną surowicą odpornościową daje hapten wszelkie reakcje serologiczne. Do haptenu należą lipidy i wyższe węglowodany.

Istnieje wreszcie trzecia kategoria ciał odpornościowych, a mianowicie tak zwane półhaptenu. Ciała tego typu, podobnie jak haptenu, nabierają własności an-

tygenowych dopiero po wprowadzeniu łącznie z pełnowartościowym antygenem, różnią się zaś od haptenu tym, że w doświadczeniach *in vitro* nie dają się wykazać przy pomocy zwykłych metod serologicznych, reagują w sposób dyskretny, wykryć je można dopiero przy pomocy odczynu odchylenia przeciwiała. Do haptenu połowicznych zaliczają się wszystkie ciała, które nie są ani antygenami, ani haptenuami, a więc ciała o dowolnie drobnej cząsteczce, proste związki organiczne, czy też nawet poszczególne grupy alkilowe.

W tych trzech pojęciach: antygenów, haptenu i haptenu połowicznych, mieści się dla serologa całe bogactwo struktur chemicznych świata organicznego, o ściśłości zaś stosowanych przez nich metod niech świadczy fakt, że serologia współczesna z równą łatwością potrafi odróżnić białko zwierzęce od ludzkiego, co lewoskrętny kwas winowy od prawoskrętnego, i to przy użyciu niesamowicie drobnych ilości materiału badanego.

Uprzytomniwszy sobie w ten sposób podstawowe pojęcia serologiczne, przejdźmy do frapującego nas zagadnienia, a mianowicie: do jakiej kategorii wywoływaczy zaliczyć należy hormony?

Początkowo przypuszczano, że hormony należą do pełnowartościowych antygenów. I rzeczywiście, badając surowice antyhormonalne jednocześnie na obecność antyhormonów w doświadczeniach *in vivo* i na odchylenie dopełniacza z wyciągami użytymi do uodparniania, dostrzegano ściłą równoległość w występowaniu tych zjawisk. O wynikach dodatnich badań tego typu doniósł pierwszy Ehrlich, pisząc: „...udało się nam uzyskać swoiste przeciwiała, skierowane przeciw gonadotropowemu hormonowi przedniego płata przysadki. Na tej samej drodze udało się nam ściśle zróżnicować dwa hormony przedniego płata przysadki: gonadotropowy i tyreotropowy, i to przy użyciu metod czysto serologicznych“. Do podobnych wyników doszedł w pierwszych swych doświadczeniach nad prolanem Sulman (1934). Wkrótce jednak rozmaici autorzy poczynają wysuwać najróżniejsze zastrzeżenia: tak więc Kindermann i Eichbaum podkreślają, że pomiędzy wystąpieniem przeciwiał biologicznych i serologicznych, skierowanych przeciw prolanom, leży znaczna rozpiętość czasowa: można otrzymać surowice, dające silny odczyn wiązania dopełniacza, a pozbawione własności antyhormonalnych, które wystąpią znacznie później dopiero. Brandt i Goldhamer donoszą, że surowice antyprolanowe wykazują biologicznie swoistość hormonalną — zobojętniają prolany bez względu na ich pochodzenie gatunkowe —, serologicznie natomiast surowice te posiadają jedynie wąską swoistość gatunkową — reagują wyłącznie z wyciągami homologicznymi. Wreszcie Bachmann, a w późniejszych doświadczeniach i Sulman, stosując oczyszczane preparaty prolanowe, stwierdzili, że hormon ten nie posiada żadnych własności antygenowych, a odmiennie wyniki Ehrlicha tłumaczyli istnieniem w moczu, skąd wydobywano prolan, nieswoistego antygeny moczowego, który opisywany był już dawno przez licznych autorów, i którego zawartość w moczu zwiększa się w okresie ciąży. Te negatywne wyniki dotyczą jedynie hormonu gonadotropowego. Jeśli idzie o hormon tyreotropowy przysadki to, wedle ostatnich badań Eichbauma, Kindermanna, Oestreichera i Reissa, kształtowanie się przeciwiał serologicznych przebiega równoległe do wytwarzania się własności antyhormo-

nalnych w surowicy zwierząt uodparnianych, przy czym zarówno biologicznie, jak i serologicznie można wykazać, że uzyskana surowica zawiera ciała hormono-swoiste, reagujące z tyreostymuliną zwierząt bez względu na gatunek.

Sulman próbował wykazać, że hormon gonadotropowy jest haptenem — uśiłowania te spełzły jednak na niczym. Nie znając pojęcia haptenu połowicznych, zniechęcony negatywnymi wynikami doświadczeń serologicznych, stwierdza kategorycznie: „...surowice królików, zawierające antyhormon, skierowany przeciw prolanowi, nie zawierają przeciwciał. Ich antyhormonalne własności tłumaczyć trzeba obecnością zacyznów ochronnych (wg. A b d e r h a l d e n a)“. Sprawy tej jednak nie wolno uważać za przesadzoną. Ostat-

nie doniesienia (1938) B r a n d t a i G o l d h a m m e r a zdają się bowiem świadczyć, że między powstawaniem przeciwciał i antyhormonów istnieją głębokie analogie.

Autorzy ci poddawali hormon gonadotropowy gotowaniu, bądź też niszczyli go przy pomocy utleniania, czy promieni ultrafioletowych. W ten sposób uzyskiwali preparaty biologicznie nieczynne, pozbawione własności hormonalnych. Preparaty te, wstrzykiwane zwierzętom przez czas dłuższy, powodowały powstanie antyhormonów w surowicy tych zwierząt. Zjawisko to przypomina przekształcanie toksyny w anatoksynę i wskazuje, że, podobnie jak w szeregu jądów mówimy o dwu odrębnych grupach toko- i hapto-forowej, tak i w hormonach należy rozróżnić grupę hapto- od hormo-forowej. (Dok. nast.)

Oceny książek.

Prof. K. HANSEN und H. von STAA. *Reflektorische und algetische Krankheitszeichen der inneren Organe.* (Mit 126, zum Teil farbigen Abbildungen. S. 270. Verlag Georg Thieme. Leipzig 1938. Cena 26 Rm. w oprawie 28).

Duża, obficie ilustrowana 270 stronicowa monografia, poświęcona 2 głośnym fizjologom europejskim Freyowi i Headowi. Za podstawę jej służyły podstawowe prace o swoistych bólach i odruchach, towarzyszących chorobom narządowym w internie. A klasycznych prac tych jest zaledwie kilka: anglika Mackenziego: *Symptoms and their Interpretation*, tłumaczona na niemiecki przez J. Müllera (1917), anglika Head: *On disturbances of sensation with a special reference to the pain of visceral diseases*, tłumaczona na niemiecki przez W. Seifferra (1898) i znacznie późniejsza niemiecka I. Knotza: *Die Halbseitenreflexe als diagnostische Wegweiser* (1926). Hansen i Staa rozpatrują prawie wszystkie nerwowe objawy bólowe i ruchowe, towarzyszące odruchowo chorobom wewnętrznym, ważne zarówno teoretycznie ze stanowiska fizjologii i patologii, jak praktycznie, jako wczesne, ułatwiające rozpoznanie. Istnieją bowiem obok bólów narządowych (*Organ-schmerz*) bóle rzutowe (*Projectionsschmerz*) w skórze, mięśniach i głębszych tkankach. Poza segmentalnym bólem, odpowiadającym rdzeniowemu odcinkowi schorzałego narządu (*viscerom, dermatom, myotom, neurotom*), obserwuje się odległy ból lub przeczulicę (pasy bolesne barku, czaszki), nie zawsze zrozumiałe, homolateralne napięcie ograniczone mięśni, rozszerzenie współczulne jednej żrenicy, kurcz powieki, upośledzenie miejscowe gruczołów potowydzielniczych, mięśni włosounoszących, napięcia naczyń skórnych itd.: słowem, obok tzw. pasów przeczulicy (zonen Head), odruchy narządowo-ruchowe, narządowo-czuciowe, narządowo-wegetatywne, narządowo-narządowe (*reflektorische Krankheitszeichen Mackenziego*) i współczulne odruchy jednostronne (*Halbseitenreflexe Knotza*). — Na materiale własnym i obcym, bardzo obfitym z interny i jej pograniczy, materiale, bogato ilustrowanym i bardzo przekonującym Hansen tworzy ciekawe „zespoły odruchowo-bólowe“ z orientacją jednostronną, które spokojnie i wyraźnie z rysunkami w rękę studiować należy. — Ostatnie 30 stronic ciekawej książki autorzy poświęcają zasadniczej w patofizjologii sprawie „bólu“ i „torów bólowych“. Tłumacząc stanowisko głośnego fizjologa angielskiego Langleya, który w swoim *Standardwerku* o układzie sympatycznym, tłumaczonym przez prof. Schilfa na niemiecki, dowodzi, że tory bólowe narządów należą do układu mózgowordzeniowego, autorzy przytaczają jako odrębny, pogląd mój, broniony przeze mnie na *Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich* w r. 1925, według którego to poglądu ból stanowi nie objaw mózgowordzeniowy,

lecz „autonomiczny“, a włókna bólowe są natury „współczulnej“. „Higier versucht in einer sehr gedankenreichen und höchst interessanten Arbeit (*Der Schmerz als sympathische Erscheinung* 1926) die Zuordnung des Schmerzsinnens zum autonomen System“. — Godząc się w głównych zarysach z moją teorią, Hansen skłonny jest poniekąd zająć o tyle stanowisko pośrednie, że zasadniczo zmysł bólowy zajmuje według mnie zupełnie swoiste i odrębne od wszelkich innych rodzajów czuć zmysłowych miejsce w fizjologii. Normalna fizjologia *sensu stricto* nie ma miejsca dla układu bólowego, gdyż on wchodzi w grę tylko w warunkach patologicznych, nigdy w normalnych. Należy przeto przypuszczać, według autorów, obok układu mózgowordzeniowego i autonomicznego jeszcze „ein in sich selbständiges nervöses Functionssystem“, hipoteza, jak łatwo się wyczuwa, dość śliska, na bezdroża prowadząca. — Na ogół książka, w którą włożona kilkoletnia praca zasługuje na poważniejsze studiowanie. H. Higier.

Erich SAUPE. *Röntgenatlas der Asbestose der Lungen.* Stron druku 99, ilustracji 52. Nakładem Georg Thieme, Leipzig 1938.

Przy rozpoznawaniu asbestozy płucnej miarodajna jest li tylko rentgenografia, a nie skopia. Wczesne okresy asbestozy uwidaczniają się jedynie na technicznie nieskazitelnie wykonanych zdjęciach. Autor wprowadził próbę podziału tej postaci chorobowej na cztery okresy (1 okres wstępny i 3 okresy choroby), zastrzegając się jednak od razu, iż nie da się w tych ramkach pomieścić wszystkich spotykanych obrazów. Należy uwzględnić formy przejściowe. Okres wstępny obejmuje nieswoiste wzmoczenie rysunku naczyniowo-oskrzelowego z przewagą zmian w środkowych i dolnych częściach pól płucnych. W obrębie kątów przeponowo-żebrowych i przeponowo-sercowych udaje się już w tym okresie stwierdzić za pomocą lupy obecność drobnych plamistych cieni. W okresie I-ym występuje wyraźnie marmurkowatość pól płucnych. W okresie II-im rysunek ten występuje jeszcze wyraźniej. Drobnoplamiste nakrapianie coraz wyraźniejsze, przy czym największe zmiany znajdują się w odcinkach przysercowych środkowego i dolnego odcinka pól płucnych. Górne odcinki wolne, niekiedy lekka rozedma. W okresie III-im rozedma u góry wybitna. Zacienienie środkowych i dolnych odcinków tak znaczne, iż nie można odróżnić konturów serca. Drobnoplamisty charakter zacienienia przechodzi w jednolity i tylko na peryferiach zachowuje jeszcze rysunek plamisty. Subtelność nasycenia cieni plamistych charakteryzuje obraz asbestozy. Różniczkowe rozpoznanie uwzględnić musi współistniejącą lub samodzielną silikozę i gruźlicę. Pracę ilustrują 44 bardzo ładnie wykonane odbitki.

B. Kryński.

Wskazówki praktyczne.

Wydzielony przez Schliephakego (wspólnie z Maurerem) ze śledziony *Prosplen* oddaje poważne usługi w leczeniu, a mianowicie: 1) obniża kwasotę żołądkową w nadkwasności, dzięki czemu liczne przypadki nieżytu żołądka oraz wrzodu żołądka i dwunastnicy ulegają wydatnej poprawie; 2) obniża poziom cukru we krwi; 3) wzmacnia fagocytozę; 4) chroni przed zakażeniami, co w stosunku do grypy i płonicy zostało udowodnione. (D. m. W. 1938 N. 16).

H. Müller zaleca w ostrych wrzodach trawiennych i obfitych krwotokach żołądkowych leczenie zachowawcze. Takie leczenie wskazane jest we wrzodach wysoko usadowionych, tuż

pod wpustem, w których zabieg chirurgiczny jest prawie niemożliwy. Zabieg taki jest bezwzględnie wskazany w przypadkach przedziurawienia, w organicznych zwężeniach odźwiernika i w razie podejrzenia zwyrodnienia złośliwego. (M. m. W. 1938 N. 31).

Poza dobrymi wynikami stosowania *Prontosilu* (*Antistreptiny*, *Septazyny*, *Azofagu*) w różny, zakażeniu dróg moczowych prądkiem okrężnicy i przewlekłych schorzeniach stawowych na tle ogniska zakaźnego poleca K. Bohland środek ten w ostrym zapaleniu woreczka żółciowego; często pozwala to uniknąć zabiegu chirurgicznego. (Fortschr. Ther. 1938 N. 7).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Walne Zebranie Doroczne

odbyte w dniu 14 marca 1938 r. w Państwowej Szkole Higieny przy ul. Chocimskiej 24.

Obecnych 16.

Zebranie zajął dr Kacprzak.

Przewodniczącym obrało Walne Zebranie prof. Grzywo-Dąbrowskiego, asesorem — d-ra Lubelskiego, sekretarzem — d-ra Landaua.

Przewodniczący odczytał porządek dzienny, potwierdzony następnie przez Walne Zebranie.

W. Knappe odczytał protokół poprzedniego Walnego Zebrania, który został przyjęty bez sprzeciwów.

Dr Knappe odczytał sprawozdanie Zarządu oraz w zastępstwie chorego d-ra Szwarca sprawozdanie Skarbnika.

Protokół Komisji Rewizyjnej, podpisany przez prof. Konopackiego i d-ra Przemysława Rudzkiego, odczytał Dr Knappe.

Na wniosek Komisji Rewizyjnej udzielono ustępującemu Zarządowi absolutorium. Do Zarządu wybrano ponownie ustępujących z racji starszeństwa dra Jana Adamskiego, dra Kazimierza Bacię i dra Marcina Kacprzaka, na zastępców dra Stanisława Higiera, dra Jana Hosera i dra Witolda Odrzywolskiego.

Do Komisji Rewizyjnej wybrano ponownie prof. Mieczysława Konopackiego, dra Przemysława Rudzkiego i dra Juliana Weisblata.

Na wniosek prof. Grzywo-Dąbrowskiego Walne Zebranie wyraziło podziękowanie za usilną pracę dla dobra Towarzystwa jego sekretarzowi generalnemu d-rowsi Knappemu.

Posiedzenie plenarne w dniu 7 kwietnia 1938 r.

Obecnych 7.

Przewodniczył dr Kacprzak.

Odczyt:

Dr P. Macewicz. *Higiena pracy i zawodoznawstwo* (będzie drukowane w „Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim“).

Dyskusja:

Dr Roguski uważa, że wobec daleko posuniętej mechanizacji pracy inteligencja robotnika, do której tak wielką wagę przywiązuje prelegent, przestaje odgrywać rolę. Prof. Rybarski w jednej ze swych ostatnich prac podaje, że zrationalizowane fabryki Baty, rozrzucone po całym świecie, dlatego są bez konkurencji, że góbią na wyjątkowo tępych pracowników, rekrutując ich przeważnie z spośród górali. Oczywiście w dziedzinie rzemiosł i przemysłu artystycznego, sztuki stosowanej inteligencja robotnika odgrywa dużą rolę, tutaj też mogą być przydatne testy.

W odpowiedzi wyjaśnia dr Macewicz, że w Ameryce do pracy monotonnej doбира się specjalnie robotników tępych, którzy najpóźniej zostają znudzeni i zmęczeni jednostajnością pracy. Natomiast dla ochrony pracy, dla zapobiegania wypadkom przy pracy inteligencja robotnika posiada bardzo duże znaczenie. Również w najbardziej zrationalizowanych zakładach przemysłowych do operowania skomplikowaną maszyną potrzebny jest inteligentny robotnik. Jako przykład cytuję prelegent fabryki tytoniowej, w której nadmierna wilgotność powietrza powoduje schorzenia dróg oddechowych, nadmierna suchość — pylicę płuc, i tylko inteligentny robotnik, rozumiejący wskazówki, podane przez lekarza, potrafi uchronić swe zdrowie od tych niebezpieczeństw.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Berlińskiego Towarzystwa Lekarskiego z dnia 1 czerwca 1938 r. (Med. Klin. Nr 30/1938) mówił Umber o wynikach leczenia insuliny magazynowaną (tj. insuliny protaminową i surfenową). Z porównania zachowania się przemiany materii u cukrzycowców chorych, leczonych starą i magazynowaną insuliny, wynika, że ta ostatnia umożliwia 25 — 30% oszczędność na insulinie. Lekko i średnio ciężko chorzy cukrzycowcy otrzymują tylko jedno, ciężko chorzy — dwa wstrzykiwania dziennie, pierwsze rano pół godziny przed śniadaniem, drugie — wieczorem. Łączenie starej i magazynowej insuliny wskazane jest tylko jako metoda przemijająca w ostrych pogorszeniach przemiany materii. Prelegent przestrzega przed łączym ich wstrzykiwaniem. Stosowanie insuliny magazynowanej pozwala na podawanie nieco większych ilości węglowodanów (8 do 12 jednostek białego chleba). Ostatnią porcję węglowodanów należy podawać przed snem. Krzywa cukru we krwi zbliża się do normy, zwłaszcza udaje się osiągnąć normalny poziom cukru we krwi naczno. Należy starannie wystrzegać się niedocukrzenia krwi, które przy stosowaniu insuliny magazynowanej ujawnia się w apatii, nudnościach, braku apetytu; raczej należy się pogodzić z nieznacznym cukromocem. Miejscowych objawów podrażnieniowych nie udaje się z pewnością uniknąć przy żadnej z insuliny magazynowanych; alergicznych odczynów prelegent nie spostrzegł. Zadziwiające wyniki osiąga się u chorych, nadwrażliwych i opornych na insuliny, oraz u dzieci. Insulina surfenowa nie ustępuje na ogół insulinie protaminowo-cynkowej, zaś pod względem oszczędzania insuliny i obniżania poziomu cukru we krwi nieco ją nawet przewyższa.

Na posiedzeniu Zrzeszenia Lekarzy w Monachium z dnia 16 lutego 1938 r. (Med. Klin. Nr 31/1938) podkreślał Kaemmer na przykładzie przypadku trudności rozpoznawcze częściowego obrzęku śluzakowatego u dorosłych. Na właściwą drogę naprowadził tutaj przede wszystkim szczególnie wysoki poziom cholesteroliny we krwi, wynoszący 480 mgr%; rozpoznanie potwierdziły następnie: obniżona przemiana podstawowa, zwolniona akcja serca, podciśnienie, wysoka tolerancja węglowodanowa itp. Szczególnie pouczający był tutaj typowy elektrokardiogram, wykonany metodą Grossa, z olbrzymim spłaszczeniem uchyłka T°, który po dużych dawkach tyreoidyny osiągnął zupełnie normalną wysokość.

Szpital Poznańskich w Łodzi.

III. Posiedzenie kliniczne międzyoddziałowe z dn. 25.II.1938 r.

Kol. Mazur (z oddziału laryngologicznego — Ordynator: Dr Rabinowicz) omawia operowany przypadek całkowitej atrezji przewodu usznego z utajonym przewlekłym zapaleniem ucha środkowego. Przypadek dotyczy 32-letniej pacjentki, która od wielu lat uskarżała się na silne bóle i zawroty głowy i była przez neurologów leczona bez wyniku. Ponieważ ostatnio zaczęła się uskarżać na znaczne przytępienie słuchu ucha prawego, została skierowana do badania otologicznego. Otologicznie stwierdzono całkowitą atrezję przewodu usznego prawego i celem operacji skierowano pacjentkę do szpitala. Słuch ucha prawego równa się zeru. W uśpieniu ogólnym dokonano operacji usunięcia atrezji. Podczas operacji stwierdzono nowotwór bocznej ściany przewodu usznego (*osteoma*) wielkości 2-złotówki. Po oddłutowaniu nowotworu stwierdzono, iż całe ucho środkowe wypełnione jest zrośniętym perlakiem. Opona twarda obnażona, pokryta ziarniną. Usunięto perlak. dokonano doszczętniej operacji. Przebieg pooperacyjny gładki. Po 4-ch tygodniach pacjentka wypisana ze szpitala jako zdrowa.

Przypadek zostępuje na omówienie dla 2-ch przyczyn: 1) rzadka postać atrezji całkowitej przewodu usznego (*osteoma*); 2) utajona postać przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego z komplikacją wewnątrzczaszkową, nie dającą się rozpoznać z powodu całkowitej atrezji przewodu słuchowego.

Kol. Miller i kol. Baum (z oddziału wewnętrzn. B. — Ordyn.: Dr Kryszek — i z oddziału ginekologicznego — Ordynator: Dr Eigerowa) omawiają przypadek ciąży cesarskiego w przebiegu niewyrównanej wady serca.

Przypadek dotyczy chorej K. R. lat 31 L. 2680. Chora przybyła do szpitala w 9 m. ciąży. Od 5-ciu lat bicie serca przy wysiłkach i niewielka duszność. Ciążę do 7 m. znosiła zupełnie dobrze; od 2 m. skargi na zmęczenie przy pracy, szybkim chodzeniu i duszność, w ostatnich 3 tyg. ataki duszności z krwawą płwociną i stany podgorączkowe. Wezwany podczas ataku lekarz stwierdził obrzęk płuc. W wywiadach 2-krotnie angina i kilkakrotnie zapalenie oskrzeli.

St. o b e c n y. Płuca — świsty i fuczenia na całej przestrzeni; nad dolnym lewym płatem rżenia zastoinowe i osłabienie szmerów oddechowych.

S e r c e. Konfiguracja mitralna, lewa granica przesunięta o 2 palce. Nad koniuszkiem szmer przedskurczowy, krótki skurczowy, rozkurczowy. Nad tętnicą główną i płucną nieczysty 1 ton akcent A_2 . P_2 mocniejsze niż A_2 .

B r z u c h. Macica na 3 palce poniżej wyrostka miedzykowego, brzuch b. wzdęty, tak, że wątroby i śledziony wymacać nie można.

Odruchy normalne, ciśnienie 130/96. Liczba oddechów 26'. Na kończynach brak obrzęków. OB — 11'.

R t g. płuc i serca. Serce skośnie ułożone o powiększonej lewej komorze i lewym przedsionku. Wnęki szerokie, ciemne (zastoina). Pola płucne bez zmian.

Badanie migdałków — *tonsillitis chronica*.

Mocz — oddział. kwaśne. C. wł. 1.024; białko — ślad. Osad: do 5 leukoc. w polu widzenia. W a s s e r m a n n — ujemny.

Po zastosowaniu naparstnicy — lekka ogólna poprawa, lepsza diureza i mniejsza duszność. 7 dnia pobytu bóle porodowe. Z powodu nasilającej się duszności i tachikardii zdecydowano się po 36 godzinach na przerwanie ciąży i dokonano ciąży cesarskiego. W kilka godzin po zabiegu skok ciepłoty do 38,5, duszność (liczba oddechów 40), tętno 130, wybitna sinica. 2-go dnia ognisko bronchopneumonii w lewym dolnym płacie. 3-go dnia *herpes labialis*. Po digilanidzie śródżylnie, upuszczenie krwi, ciętych bańkach — poprawa z nadal utrzymującą się wysoką ciepłotą.

Ostatnio ustąpienie objawów nieomogi, zapalenie płuc trwa nadal (ciepłota do 38°, zachodzi podejrzenie nawrotu zapalenia wsierdza).

D y s k u s j a

Kol. Gliksmann zapytuje, dlaczego nie stosowano strofantyny.

Kol. Szyfman: *stenosis mitralis* nie stanowi bezwzględnego wskazania do przerwania ciąży, decydują stan mięśnia sercowego i anamneza.

Kol. Eichner: decyduje też moment socjalny, czy pacjentka pracuje, czy nie.

Kol. Hertz i kol. Weisbrum: przypadek choroby Oslera.

Chora R. H. (ks. szpit. 2045), lat 40, została skierowana do szpitala z powodu trudno dającego się opanować krwawienia z nosa, trwającego od tygodnia. Krwawienia z nosa o różnym nasileniu miewa chora od szeregu lat; z tego powodu kilkakrotnie przebywała w szpitalu. Krwawienie wywoływały bardzo błahe przyczyny (nachylenie się), innych krwawień chora nie miewała. *Menses* regularne, mierne, trwające 3—4 dni. 4 normalne porody. Stryj chorej i 14-letnia córka również miewają częste krwawienia z nosa. Przy badaniu stwierdza się: podmuch skurczowy nad koniuszkiem serca, u podstawy akcent P_{11} . Tętno 80 na 1', miarowe, średnio napięte i wypełnione. Pp 130/80.

Wątroba wystaje na szerokość palca spod łuku żebrowego, niebolesna o powierzchni gładkiej i ostrym brzegu. Śledziona niemacalna. Na błonach śluzowych jamy ustnej, na podniebieniu, dąsłach nieliczne wybroczyny. Na policzkach i tułowi *teletngiectasiae*. Widoczne rozgałęzienie żyłek na policzkach i nad pr. oczodołem. Objaw opaskowy dodatni. OB — 45' W a R — ujemny. Mocz — norma. R o e n t g e n płuc i serca oraz wszystkich kości kręgosłupa i miednicy — bez zmian chorobowych. Morfologia krwi nie wykazuje odchyłań od normy. Płytek — 138.000. Czas krwawienia — 1', krzepliwości — 8'. Dno oka bez zmian. Kapilaroskopia: naczynia włosowate szerokie, gdziegdzie w postaci kielichów. Prąd krwi nierównomierny. Rynologicznie: Na błonie śluzowej przegrody nosowej, jak również na błonie śluzowej podstawy nosa rozsiane drobne i węższe konglomeraty małych naczyń, które przy dotyku krwawia. W różniczkowej diagnostyce musimy odrzucić hemofilie, pseudo-hemofilie, niedokrewność złośliwą, trombopenię essentialną, białaczkę, a zatrzymać się na dziedzicznej skazie krwotocznej, czyli chorobie Oslera, gdyż mamy w naszym przypadku wszystkie kardynalne cechy tego schorzenia, a więc: 1) okresowo powtarzające się krwawienia z nosa, rzadziej z błon śluzowych innych narządów oraz naczyniaki skóry, 2) rozsiane naczyniaki i rozszerzenia naczyń skóry i błon śluzowych, 3) dziedziczne i rodzinne wystąpienie.

D y s k u s j a

Dr Robinzon proponuje zmianę terminologii, gdyż nazwa „choroba Oslera“ oznacza również *Endocarditis lenta*.

Sekretarz:
Dr Mazur.

Z j a z d y

Zjazd lekarzy powiatowych wojew. stanisławowskiego.

Dnia 26 i 27 sierpnia 1938 r. odbył się w Morszynie zjazd lekarzy powiatowych i naczelnich lekarzy miejskich województwa stanisławowskiego.

Zjazd zagał wojewoda gen. Pasławski, omawiając obszernie obowiązki, jakie ciąży na lekarzach powiatowych, i wezwał ich do pracy nad podniesieniem stanu sanitarnego osiedli.

Prof. dr Rencki, jako gospodarz Domu Zdrojowego, w którym Zjazd się odbywał, powitał obecnych i przedstawił po krótko prace i inwestycje na terenie Morszyna, a w szczególności budowę domu zdrojowego.

Inspektor Ministerstwa Opieki Społecznej, Dr Machert, powitał zjazd w imieniu Departamentu Służby Zdrowia, podkreślając jednocześnie znaczenie tego rodzaju zjazdów regionalnych dla podniesienia stanu zdrowotnego kraju.

Dr Borkowski, Naczelnik Wydziału Zdrowia, wygłosił referat p. t. „Stan zdrowotny województwa stanisławowskiego w r. 1937“, z którego wynika, że liczba lekarzy w województwie jest niewystarczająca, ponieważ 1 lekarz obsługuje teren 82 km². Trudno jest o pozyskanie lekarzy okręgowych, niektóre powiaty nie mają zupełnie lekarzy okręgowych. Liczba lekarzy dla leczenia rolników jest skąpa. Pomieszczenie w szpitalach jest nie-

wystarczające dla potrzeb ludności, gdyż na 10.000 ludności przypada 7 i $\frac{3}{10}$ łóżka. Na terenie całego województwa jest 1.090 łóżek, w tym 146 zakaźnych. Stosunek powyższy od 10 lat nie uległ poprawie. Praca w ośrodkach zdrowia nie jest jednolita, a niektóre z nich nie zdołały się wzniesić ponad poziom ambulatoriów dla ubogich. Zauważa się wzrost zachorowań na dur plamisty i czerwone, przy czym liczba zachorowań na dur plamisty dochodzi do poziomu, jaki był w r. 1935. Na terenie województwa były 2 ekspedycje naukowe, a to w Nadwórnej i Sławsku (p. Stryj). Ekspedycja w Sławsku przeszczepiła ludność w 93%. Zwiększyły się również pokąsania przez psy wściekłe, przy czym były 4 zgony na wściekliznę. Zwiększyła się również liczba zachorowań na nagminne zapalenie opon mózgowych. Natomiast stwierdzić należy spadek zapadalności zachorowań na dur brzuszny.

Akcja kolonijna objęła 16,293 dzieci. Bardzo dodatnio na ogólny rozwój dzieci wpłynęły punkty dożywiania, przy czym w roku sprawozdawczym korzystało z nich 24,839 dzieci.

Dr Lachowicz, kierownik filii Państwowego Zakładu Higieny, złożył sprawozdanie z działalności filii Państwowego Zakładu Higieny w roku 1937. Stwierdza, że rozpoznanie duru plamistego i brzuszego, potwierdzone badaniami sero-bakteriologicznymi, wzrosło wybitnie. Należy dążyć, by każdy nosiciel

durum brzuszny był badany. Szpitale nie dokonywują zupełnie badań ozdrowieńców na nosicielstwo przed wypisaniem ich ze szpitala.

Dr Hickiewicz, naczelny lekarz Ubezpieczalni Społecznej w Stanisławowie, wygłosił referat o działalności Ubezpieczalni Społecznej w Stanisławowie za rok 1937. Stwierdził, że Ubezpieczalnia nie otrzymuje sprawozdań z subwencji udzielanych instytucjom społecznym. Z powodu przepełnienia szpitali chorzy ubezpieczeniowi bronią się przed pójściem do niego, a często szpital samowolnie opuszczają. Dążyć należy do tego, by przychodnia gruźlicza w Stanisławowie przyjmowała gruźlików, którym kończy się okres świadczeń ubezpieczeniowych. Należy również dążyć do budowy izolatorium dla gruźlików.

Dr Radło omówił sprawę epidemiologii duru plamistego w Karpatach Wschodnich. Na podstawie obserwacji i badań stwierdził, że ogniska endemiczne duru plamistego ciągną się od głównego gościńca w powiecie leskim aż do Czeremoszu. W województwie stanisławowskim jest 64 ognisk. Ogniska te mieszczą się w nizinach, przytykających do gór, i w górach. Omawia żywotność zarazka duru plamistego. Zapowiada przeprowadzenie dezynsekcji nowym gazem, który jest mniej toksyczny od cyjanowodoru, a silniejszy od siarki.

W roku 1939 nastąpią szczepienia całej ludności w ogniskach endemicznych.

Mgr Perkowski z filii Państwowego Zakładu Higieny wygłosił referat „Kontrola okresowa wody“.

Mgr Cichowski również z filii P. Z. H. omówił dozór nad artykułami żywności.

W drugim dniu zjazdu pierwszy wygłosił referat dyrektor międzykomunalnego Związku Karpat Wschodnich, J. Miketta, p. t. „Źródła mineralne województwa stanisławowskiego“. Na terenie województwa jest ogółem zarejestrowanych 118 źródeł. W roku 1937 zorganizował Związek letniska wyczasowe dla pracowników fizycznych.

Dr Misiński wygłosił referat o walorach leczniczych Morszyna. Dr Dąbrowski omówił opiekę nad matką i dzieckiem. Inspektor starostw mgr Rusiński omówił organizowanie pracy lekarzy powiatowych w biurze i w terenie. Dr Borkowski poruszył usterki w pracy lekarzy powiatowych.

Drugiego dnia uczestnicy zwiedzili szczyb Bonifacego i prze-róbkę soli morszynskiej.

Plan działalności na przyszłość przewiduje ukończenie ośrodków zdrowia w Kosmaczu, Hryniawie, Worochcie i w Nadwornej oraz powołanie do życia Stanisławowskiego Międzykomunalnego Związku Szpitalnictwa.

W obradach zjazdu wziął udział bawiący w Morszynie b. Minister Zdrowia Publicznego, Dr Chodźko.

Krytyka lekarska.

Psychoterapia a rasizm.

Poruszając zagadnienie leczenia w związku ze sprawą rasowości, temat bardzo śliski i mniej sympatyczny, zmuszony będę powołać się w kilku miejscach na własny artykuł, przed rokiem blisko ogłoszony w „Warsz. Czas. Lek.“ pod tytułem: Lekarz a rasa i wyznanie.

Tam omówiłem sprawę zasadniczą: niedopuszczalność artykułów w prasie lekarskiej w rodzaju elaboratów D-ra Riethe: „O hysterii a uszkodzowaniu“, lub D-ra M. Göringa: „Psychoterapia a światopogląd lekarza“, elaboratów, propagujących ostatnio i przemycających chyłkiem do medycyny tendencje spełnienia zwycięstwa hitlerizmu, zgleichszaltowanego zarówno w życiu politycznym i gospodarczym, jak w kulturalnym i religijnym ergo i w medycynie praktycznej.

W roku bieżącym z warsztatu psychoanalizy szwajcarskiego Junga, byłego ucznia Freuda, ukazała się nakładem F. Enkego ze Stuttgartu obszerniejsza monografia Olgi Köning Fachsenfeld o zagadnieniach snu i snów (Wandlungen des Traumproblems 1937). Sam Jung uzasadnia w przedmowie do pracy szwajcarskiej, wydanej nakładem firmy niemieckiej, konieczność (?) powstania tego dzieła. Autorka bardzo umiejętnie syntetyzuje znamiona psychologii XIX i XX-ego wieku i poglądowo ujmuje zjawiska marzeń sennych ze stanowiska metafizyków i fizjologów, psychofizjologów i filozofów, fenomenologów i psychoanalizy.

Ze się autorka szybko załatwia z teorią podstawową samego Freuda, ojca i twórcy psychoanalizy, i że nieco po macoszem traktuje jedną gałąź jej, głośną w Europie i w Ameryce, psychologię indywidualną Adlera, nie mam za złe, gdyż chodzi jej przede wszystkim o wysunięcie na plan pierwszy koncepcji swego nauczyciela i mistrza, Junga, późniejszego odszczepieńca freudyizmu czystego.

Za złe atoli mam jej, że wśród argumentów ściśle rzeczowych, naukowo jako tako uzasadnionych, prze-

myca się jeden dowód, przemawiający rzekomo za wyższością koncepcji szwajcara Junga nad teorią wie- dońców Freuda i Adlera, mianowicie, że Jung, związany z ziemią, na której tworzy, znacznie głębiej potrafi dociec prainstynktów duszy ludzkiej, niż obcy przybysze, piszący jedynie językiem narodu, wśród którego którego mieszkają.

Widzimy, że tu się zaczyna w medycynie teoretycznej i praktycznej formalne legitymowanie naukowca — *modo antiquo*, modłą dawnego żandarma, policjanta i detektywa, — legitymowanie z paszportu, rasy, narodowości, wyznania i przekonań politycznych.

Spotykamy więc tezy, dobrze znane nam, lekarza M. Göringa *minorum gentium*: „Obywatel tak zwanych mocarstw liberalistycznych pracuje zupełnie inaczej od naszego socjalisty narodowego, nie spodziewam się też, że cudzoziemiec czytelnik mnie zrozumie“. „Nasz kierunek polityczny zaprzęta człowieka całkowicie, totalnie, wraz z jego wiarą i wiedzą, nauką i sztuką“. „Totalizm, obowiązujący w Niemczech, obowiązywać również musi i w medycynie“.

* * *

*

Jak się więc bronić mają wobec takiego *verbum acerbum*, wobec takiej *lex dura* genialny psychoneurolog Freud i głęboki znawca duszy Adler, urodzeni semici? Czy mają się zniżyć do polemiki jałowej z powierzchowną koncepcją powierzchownego myśliciela, że Freud lub Adler, pisząc *libido*, myślą o współ-falowaniu wyłącznie „lubieżności zmysłów erotycznych“, podczas gdy aryjczyk Jung rozumie „witalność i siłę życiową“, lub że każdy semita pod „miłością“ rozumie miłość cielesną, erotykę, chuć, ruję, zaś każdy nordyjczyk obejmuje tym miłość ojczyzny, narodu, rasy i płci pięknej, miłość, w której współdzwięczy nuta idealizmu?

Czy wybitni, wczoraj zasłużeni, wysoce cenieni, powszechnie wyróżniani mają dzisiaj dobrowolnie siadać przed ludźmi etycznie nikczemnymi na ławę oskarżonych i skromniuteńko z opuszczoną na dół głową głośno

się kajać wobec uczonych nicponiów? Czy mają w obronie swojej przytoczyć pospolite, chłopską zdrową logiką trącające rozumowanie bezstronne, nieuprzedzonego społecznika Alfreda Kerra w jego brzmieniu dosłownym: Wyobraźcie sobie słynną „Wojnę śpiewaczą na Wartburgu“ z *numerus clausus* dla zdolnych współzawodników. Znaczyłoby to: spośród takich, którzy uchodzą za posiadaczy dobrego głosu, dopuszcza się tylko dwa procent. Ileż w tym tchórzostwa i co za przykre uczucie dla dopuszczonych śpiewaków!

Czy mają się bronić ci „obcy, niedawni przybysze“ z encyklopedią przedanschlusowską w rękę, która głosi czarno na białym, że kłamstwem jest świeże przybyśostwo, że jeszcze za panowania w Austrii Ludwika Dziecięcia w r. 899 wyszło prawo handlowe, „że Z y d z i, kupcy austriaccy, obowiązani są, jak za poprzedniego władcy, wnosić podatek regularnie“. Czy mają przed *forum barbaricum* wystąpić z leksykonem historycznym pod pachą, który nie mniej ciekawie opowiada, że „w roku 1187 Szlama Abram, głośny na cały kraj moneciarny nadworny czyli zarządzający mennicą Leopolda V-go podstępnie jako żyd zamordowany został i okradziony przez krzyżaków, później pod sąd oddanych“?

Czy przybysz z przed tysiąca lat jest jeszcze ciągle przybyszem, piszącym permanentnie jedynie językiem narodu rdzennego, nie zaś myślącym i płacącym, walczącym i cierpiącym obywatelem?

Narodowo-socjalistycznie i rasistowsko nastawieni aryjscy różni krajów mają na ustach w obronie swojej od kilku lat świadka Żyda, premiera angielskiego, kanclerza królowej Wiktorii lorda Beniamina Disraeli Beaconsfielda, który gdzieś kiedyś przed 60-ciu z górą laty w Izbie Lordów podczas namiętnej dyskusji antyimperialistycznej miał się wyrazić, „że kwestia ras stanowi klucz do historii świata, że jedynie znawca teorii ras rozumie treść historii świata“. *Cui bono*, pytam, to mądre powiedzonko? Nie mówił on chyba wówczas w dyskusyjnej doraźnej uwadze jako wielki antropolog, jako rasoznawca, jako genetyk, jako narodowy socjalista nowoczesny, lecz jako dyplomata, polityk, historiozof nawet wielkiej miary.

Innym razem tenże prezes ministrów w ferworze dyskusji, zaczepiony brutalnie przez ultraprawicowca modły neonordyjskiej i urażony co do przybyśostwa brytyjskiego, odpowiedział przekonywająco i do rzeczy, że są dowody historyczne, iż za króla angielskiego Witgława z r. 833 Żydzi w Anglii już mieszkali, a nawet byli krzywdzeni, tak, iż władze przypominały kilkakrotnie mnichom, że ci Żydzi są nietykalni, że właśnie oni ongi duchowieństwu bezinteresownie odstąpili ogromną połąć ziemi przyklasztornej, i że są również dokumenty, że następca tegoż króla w manifeście do poddanych pisał znowu czarno na białym, że *omnes Judaei sub defensione regis esse debent*.

Jeśli oponentowi mojemu tysiącoletni pobyt w kraju, dwukrotnie przez dawnych królów angielskich potwierdzony, nie wystarcza do uznania obywatelstwa — dodał Beaconsfield — to uciec się muszę do dawniejszej jeszcze historii. Gdy pańscy przodkowie — czcigodny lordzie — po dzikich borach za niedźwiedziami się uganiaли i żołądziami się jeszcze karmili, moi przodkowie byli już narodem książki, arystokracją ducha, mieli już królów i sędziów, proroków i kapłanów, poetów i historyków, mieli już kwitnące na Wschodzie mocarstwo, słynną świątynię i księgę ksiąg, tj. Biblię w kilku językach tłumaczoną, mieli już za sobą historię wielkich wojen z podstępnym Faraonem Egiptu, z ry-

cerskim Nebuchadanazorem, królem Babilonii, z 200 tysięczną armią Asyrii, z Cyrusem szlachetnej i przepotężnej Persji, z świętym a okrutnym Rzymem Tytusa, Wespazjana i Nerona.

* * *

Osobiście uważam, cytując mimochodem powyższe, że szanujący się Freud lub Adler nie mają ani potrzeby, ani obowiązku się bronić. Nawet, gdyby Jung wierzył istotnie, że po 800 latach przybyszami w Austrii jeszcze dotąd są jego nauczyciele-konkurenci naukowci, że jeszcze dotąd inaczej czują, myślą i mówią od tuziemców, to nie powinien być tego dyskwalifikującego i postępowującego argumentu o niższości duchowej, tego *Minderwertigkeitsgefühl*, jako gentelman, podsunąć swojej ucznicy w monografii, opatrzonej jego przedmową.

Wolę już mniej współczesny argument fanatycznego duchowieństwa średniowiecznego, że winien być karany więzieniem chrześcijanin, zgłaszający się po poradę do lekarza Żyda niewiernego, gdyż ten go świadomie otruci może.

Od ukrytej naganki Junga, ucznia Freuda, na 40-to letnią pracę 80-cio letniego Mistrza swego Freuda — niezależnie od tego, czy się jest zwolennikiem, czy przeciwnikiem jego nauk — stokroć wolę już szczere i otwarte żądanie władz anchlussowych Wiednia okupu w sumie ćwierci miliona szylingów za wypuszczenie bezbronno starca do Londynu wraz z biblioteką, rękopisami, dokumentami i coupé z ogromnym materiałem bibliograficznym, nb. po wstawieniu prof. Jonesa, przewodniczącego Międzynarodowego Stowarzyszenia Psychoanalityków, księżniczki greckiej Marii Georgii Bonaparte i innych dostojnych bezstronnych obrońców.

Wolę już od utajonej uszczypliwej walki pseudonaukowej z Żydami psychoanalitykami jasny warunek sadystyczny, szczerze ostatnio przez władze hitlerowców austriackich wysunięty, że zgodzą się na podanie Freuda w sprawie wystąpienia z Wiednia do Szwajcarii skrzyni, zawierającej zbiór jego dzieł i prac naukowych, dawnych i nowych, jeśli on jednocześnie wyda polecenie spalania tych dzieł po przybyciu ich na ziemię szwajcarską (sic!).

Tak ja rozumiem brutalną nagankę z odkrytą przyłbicą rycersko-krzyżacką w nauce i sztuce, w rasizmie etniczno-kulturalnym, w aryjskości społeczno-politycznej.

U nas sprawa ta leży zupełnie odłogiem. Dopiero ostatnio ukazała się w Poznaniu nakładem Koła Medyków wydana króciutka broszura zbiorowa „Medycyna wobec Państwa Totalnego“. Znam ją tylko z recenzji, którą referent Dr J. Z. kończy uwagą, budzącą słusznie poważne troski w korporacji lekarskiej, zwłaszcza starszej daty:

„Zagadnienia, poruszane przez autorów, budzą rzeczywiście wśród współczesnego świata lekarskiego poważne troski, gdyż podważają one dotychczasowe zasady medycyny moralnej i etycznej; nasuwają wątpliwości — co robić? jak się zachować? Dawne, istniejące od lat zasady deontologii pękają — coraz większe robią się w nich wyłomy. Co dalej czynić, czy stać nadal twardo i bronić uświęconej przez tradycję etyki zawodowej i zasad medycyny indywidualnej, czy też dostosować je do nowych, zmieniających się form życia zbiorowego. Zagadnienie to wymaga rzeczywiście rozstrzygnięcia radykalnego“.

Streszczenie:

Niedopuszczalne jest w poważnej, szanującej się pracy lekarskiej o treści ściśle naukowej występowanie z argumentami, 1) że nie każdemu lekarzowi służy prawo zabierania głosu w dyskusji, 2) że rdzenny lekarz, związany z ziemią, znacznie głębiej potrafi dociec struktury duszy ludzkiej od obcorasowego lub obcownianowego lekarza czyli obcego przybysza, tamże na-

wet od stuleci osiadłego. A tego nietaktu dopuścił się wobec swego mistrza prof. Freuda i doc. Adlera z Wiednia Jung z Szwajcarii w przedmowie do poważnej monografii naukowej „Wandlungen des Traumpblems“. Wiemy wszak, że dobra monografia jest zwierciadłem życia lekarskiego, nie krzywym, lecz wiernym, od którego nie wolno odwracać wzroku.

H. Higier (Warszawa).

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Organizacja i działalność ośrodka mleka kobiecego w Łodzi.

Podał

Dr H. FRENKLOWA (Łódź).

Pomimo ogromnych postępów, jakie uczyniła nowoczesna pediatria w dziedzinie żywienia niemowląt, i licznych mieszanek leczniczych, jakimi obecnie rozporządzamy, mleko kobiece nie może być niczym zastąpione. Odsetek śmiertelności niemowląt, karmionych sztucznie, jest 3 razy większy, niż karmionych naturalnie, a cięższy przebieg zarówno zaburzeń odżywiania, jak i chorób zakaźnych u niemowląt, karmionych sztucznie, nie podlega dyskusji.

Odsetek niemowląt, żywionych sztucznie, wzrasta stale, gdyż matki karmią swe dzieci coraz rzadziej i coraz krócej, na co składa się cały szereg przyczyn, a przede wszystkim praca zarobkowa kobiet.

Dostarczenie pokarmu kobiecego dziecku, pozbawionemu mleka matki, nie należy do łatwych zadań: mamki, typ na Zachodzie oddawna już mało znany, stały się i u nas obecnie mniej popularne, a zdobywanie pokarmu odstrzykniętego od kobiet, trudniących się zawodowo sprzedażą swego mleka, przedstawia nieraz duże trudności.

W Łodzi jeszcze do roku 1936-go był to jedyny sposób zaopatrywania naszych małych pacjentów w pokarm kobiece odstrzyknięty, i każdy pediatra łódzki pamięta, z jakimi trudnościami było połączone nieraz zdobycie małej ilości tego mleka, szczególnie, gdy potrzebne było natychmiast.

W styczniu r. 1936, korzystając z zajmowanego przeze mnie stanowiska kierowniczkii lekarskiej łódzkiej „Kropli Mleka“, postanowiłam urzeczywistnić dawno obmyślony plan stworzenia ośrodka mleka kobiecego na wzór istniejących za granicą. Uważałam to za jedyne rozwiązanie problemu zaopatrywania chorych niemowląt łódzkich w pokarm naturalny. Dzięki sprężystej organizacji łódzkiej „Kropli Mleka“, ośrodek ten mógł zostać uruchomiony już w lutym i czynny jest dotychczas bez przerwy, rozszerzając stale swą działalność.

Mówiąc o ośrodkach mleka kobiecego, istniejących już od dawna za granicą, mam na myśli przede wszystkim Niemcy, gdyż najstarszą i największą instytucją tego rodzaju jest ośrodek mleka kobiecego w Erfurcie*). Założony z inicjatywy lekarki M. Kayser w r. 1922, ośrodek ten zaopatrywał w ciągu 16 lat swego istnienia nie tylko Erfurt, lecz i okolicę, dokąd odstrzyknięte i sterylizowane mleko kobiece zostaje przesyłane koleją lub samolotem. W ciągu pierwszych 10 lat wydano 27.000 litrów mleka, a ze sprawozdania, wygłoszc-

*) Mayerhofer i Pribram stworzyli już w r. 1909 w Wiedniu podobny ośrodek, o którym brak jednak szczegółowych danych w piśmiennictwie.

nego na Zjeździe Niemieckiego Tow. Ped. w r. 1936 wynika, iż w r. 1935 wydano 4700 litrów.

W referacie swym Dr Kayser zaznaczyła, iż na 10.000 mieszkańców przypada dziennie 1 litr zbytecznego pokarmu. W Erfurcie, mieście o 150.000 mieszkańców, odpowiadałoby to 15 litrom dziennie, i liczba ta istotnie została w r. 1935-ym prawie osiągnięta.

Zgodne z powyższym obliczeniem są również ilości pokarmu kobiecego, wydawanego w małym mieście niemieckim Pforzheim (Badenia): miasto ma około 80.000 mieszkańców i wydaje 200 litrów mleka kobiecego miesięcznie.

W całych Niemczech było w r. 1937-ym 8 ośrodków mleka kobiecego, w których wydawano 3000 litrów miesięcznie. Cena pobierana od odbiorców, wynosi 5 marek za litr, dawkownikom płaci się 2 — 2 marki 50 fen za litr.

Znacznie skromniej przedstawiają się ośrodki mleka kobiecego w innych krajach. W Paryżu założono dopiero w końcu r. 1936 (a więc później, niż w Łodzi) tzw. „lactarium“ przy klinice położniczej miejskiej. Dawkownik w liczbie 5 do 6-ciu mieszkają stale w zakładzie i są pod ścisłą kontrolą, wobec czego mleko w przeciwstawieniu do instytucji niemieckich sprzedaje się w stanie surowym. Ilości mleka wydawanego wynoszą 4 litry dziennie, cena — 100 franków za litr.

W Belgradzie istnieje ośrodek mleka kobiecego, który wydaje stosunkowo dużą ilość 2500 litrów rocznie.

W Moskwie latem 1928 r. powstał duży ośrodek mleka kobiecego przy Państwowym Instytucie Opieki nad Matką i Dzieckiem. Mleko w ilości 25 litrów dziennie wydawane jest głównie dzieciom robotników i urzędników (w stanie surowym).

W Stanach Zjednoczonych pierwsze 2 ośrodki mleka kobiecego powstały w r. 1921; w r. 1931 zorganizowane rozdawnictwo mleka kobiecego istniało już w 10 miastach. W obu instytucjach w New Yorku wydawano duże ilości pokarmu ubogim niemowlętom zupełnie bezpłatnie: w r. 1930 suma, wydana na ten cel, wyniosła 4000 dolarów (sprawozdanie H. Chapina z r. 1931).

W Ameryce Południowej istnieją podobno liczne zbiornice mleka kobiecego, lecz w dostępnym mi piśmiennictwie nie znalazłam odnośnych danych. W „Presse Médicale“ z r. 1928 A. Couvelaire w sprawozdaniu z podróży po Urugwaju wspomina o dobrze zorganizowanym rozdawnictwie mleka kobiecego w Montevideo.

Poza większymi ośrodkami mleka kobiecego istnieją w wielu miastach małe zbiornice przy żłobkach, szpitalach itd., których tu nie omawiam, gdyż mają one znaczenie tylko dla danej instytucji, a nie dla ogółu niemowląt danego miasta. Tego rodzaju mały ośrodek mleka kobiecego istnieje już od kilkunastu lat w Łodzi

w prowadzonym przez mnie oddziale niemowlęcym szpitala Anny Marii. Mleko kobiece pobierane jest od dawczyń na miejscu w ilości od 1 do 2-ch litrów dziennie (oddział ma 20 łózek).

Ośrodek mleka kobiecego przy łódzkiej „Kropki Mleka“, który powstał, jak wyżej zaznaczono, przed 2½ laty, spotkał się od razu z dużym uznaniem pediatrów łódzkich, czego wyrazem było szybkie wzrastanie ilości wydawanego pokarmu, uwidocznione w poniższym zestawieniu.

Rok	Miesiąc	Ilość wydanego mleka	Liczba odbiorców	Liczba dawczyń
1936	II	12 litrów	15	2
"	III	36 "	25	4
"	IV	87 "	46	8
"	V	114 "	57	8
"	VI	66 "	45	8
"	VII	63 "	46	8
"	VIII	88 "	50	10
"	IX	114 "	57	13
"	X	215 "	90	17
"	XI	177 "	82	17
"	XII	195 "	101	15
1937	I	283 "	63	25
"	II	304 "	81	23
"	III	271 "	79	24
"	IV	318 "	90	30
"	V	272 "	82	29
"	VI	206 "	73	29
"	VII	184 "	70	27
"	VIII	256 "	87	34
"	IX	412 "	120	30
"	X	276 "	106	30
"	XI	217 "	101	30
"	XII	259 "	98	28
1938	I	304 "	72	32
"	II	286 "	83	35
"	III	274 "	69	35
"	IV	305 "	76	35
"	V	244 "	54	33

Jak widać z powyższego zestawienia, wydano w roku 1936 — 1167 litrów, w r. 1937 — 3258 litrów, a w ciągu pierwszych 5-ciu miesięcy roku bieżącego — 1413 litrów.

Liczby te, jakkolwiek dalekie od ilości, osiągniętych w Niemczech i w Rosji, należy uważać za dość wysokie, gdyż w przeciwstawieniu do tamtych krajów, gdzie mleko kobiece dostarczane było wielu instytucjom (szpitale, żłobki), u nas odbiorcami były prawie wyłącznie niemowlęta z praktyki prywatnej lekarzy łódzkich. W porównaniu z liczbami, przytoczonymi poprzednio dla „Lactarium“ paryskiego (4 litry dziennie), ilości wydawanego u nas pokarmu były bardzo duże (w roku bieżącym przeciętnie 8 do 10 litrów dziennie). Liczby nasze mogłyby być jeszcze większe, gdyby Zarząd „Kropki Mleka“ nie stosował pewnych — koniecznych — ograniczeń w wydawaniu pokarmu kobiecego, a mianowicie: 1) mleko kobiece wydaje się tylko za receptą lekarską i 2) musi być zamówione poprzedniego dnia. Poza tym dość wysoka cena: 1 zł 10 gr za 100 gr*) uniemożliwia w wielu przypadkach zapisywanie mleka kobiecego. Ubezpieczalnia łódzka pozwala stosować je tylko wyjątkowo i bardzo krótko u jednego pacjenta, a bezpłatne wydawanie mleka kobiecego ubogim niemowlętom na wzór Rosji, czy Ameryki jest nierealnym marzeniem. Na razie z mleka kobiecego korzystają tylko sfery zamożne, dla których cena pobierana przez „Kropkę Mleka“ nie odgrywa roli.

*) Dawczyni otrzymują 70 groszy za 100 gr.

Liczba dawczyń pokarmu wynosiła ostatnio 35, liczba wysoka przy przeciętnej ilości 10 litrów wydawanego mleka. Żle odżywiona proletariuszka łódzka na ogół nie jest w stanie dostarczyć dużo pokarmu jednorazowo; przeciętnie otrzymuje się od jednej kobiety 500 g, nieraz mniej, wyjątkowo więcej. W okresie sprawozdawczym 3 kobiety odciągały jednorazowo po 1200 gr**).

Pobieranie pokarmu odbywa się 1 raz dziennie, w godzinach rannych w Centrali „Kropki Mleka“ w obecności i pod kontrolą funkcjonariuszki „Kropki“ za pomocą pompki ręcznych. Odciągnięte mleko miesza się***), rozlewa do butelek w ilościach, odpowiadających zamówieniom, następnie sterylizuje 3 minuty przy 95° C. Wydawanie odbywa się częściowo w Centrali, częściowo na Stacjach „Kropki Mleka“ w różnych punktach miasta.

Badania laboratoryjne pobranego pokarmu, wykonywane dość często, mają przede wszystkim na celu ustalenie ewent. zafałszowania mlekiem krowim oraz określenie odsetka tłuszczu. Domieszkę mleka krowiego wykazuje metoda bardzo czuła, polegająca na różnej fluorescencji w świetle lampy kwarcowej: mleko kobiece daje fluorescencję błękitną, mleko krowie — żółtą. Zafałszowania dotychczas nie stwierdzono ani razu, a odsetek tłuszczu był również w granicach normy.

Dawczyni nasze są badane w kierunku gruźlicy (radiograficznie) i kiły (odcz. Wassermann), mimo to uważamy za niedopuszczalne wydawanie mleka w stanie surowym. Pasteuryzacja byłaby również niewystarczająca, gdyż laseczniczki gruźlicy giną dopiero w stosunkowo wysokich temperaturach. Podług Heima prątki Kocha, znajdujące się w mleku, zostają zabite po ogrzewaniu:

do 70 stopni w ciągu 10 minut

„ 80 „ „ 5 „

„ 90 „ „ 2 „

„ 95 „ „ 1 minuty

Niezrozumiałe jest wobec tego stanowiska Cately (Lipsk), gorącego przeciwnika sterylizacji mleka kobiecego, który poleca ogrzewanie w ciągu 2-ch minut do 74°. Bessau radzi ogrzewać pokarm do 90° bardzo krótko, a Bernheim Karrer nie przypisuje w ogóle żadnego ujemnego znaczenia sterylizacji. W długoterminowych porównawczych doświadczeniach nad działaniem mleka kobiecego surowego i sterylizowanego u bliźniąt jednojajowych autor ten nie stwierdził żadnej różnicy. Z dawniejszych autorów Thiemich i Goebel również nie stwierdzali ujemnego wpływu stosowania u niemowląt pokarmu gotowanego. Podług Finkelsteina, mleko kobiece gotowane, stosowane u niemowląt zdrowych, jak również u niedonoszonych, bliźniąt i niemowląt chorych, wykazuje nieznaczną niższość w porównaniu z mlekiem surowym, różnica ta nie jest jednak dość znaczna, aby można było kwestionować wartość odżywczą i leczniczą mleka kobiecego gotowanego.

Długie wyjąławianie (wzgl. pasteuryzacja) jest, oczywiście, zbyt częste i przeciwwskazane; np. metoda, podana przez autorów amerykańskich Schuera i Duncana w r. 1936 w celu konserwowania mleka kobiecego, musi budzić duże zastrzeżenia. Autorzy ci polecają 3-krotne ogrzewanie w ciągu 3-ch dni po 30

**) W Belgradzie niektóre dawczyni dostarczały do 3-ch litrów dziennie.

***) Konieczne ze względu na niejednorodny odsetek tłuszczu w mleku poszczególnych dawczyń.

minut przy 175 stopniach Fahrenheita. Mleko, w ten sposób wyjąłowione, ma się przechowywać bez zmiany w ciągu 2-ch lat.

Ze sprawą sterylizacji mleka kobiecego ściśle wiąże się kwestia witamin, a przede wszystkim — witaminy C, gdyż witaminy A i B wytrzymują temperaturę zwykłej sterylizacji do 120 stopni.

Mleko kobiece zawiera witaminę C w ilości znacznie większej, niż mleko krowie, jak to widać z następujących danych:

Mleko krowie — 1,3 mg% podł. W a c h h o l d e r a, 0,07 — 1,1 mg% podług S t e p p a.

Mleko kobiece — 4,2 — 5,6 mg% podług W a c h h o l d e r a, 4 — 7 mg% podług N e u w e i l e r a.

Na zawartość witaminy C w mleku kobiecym wpływa cały szereg czynników, z których najważniejsze są:

1) Czas trwania laktacji. Zależnie od okresu karmienia, odsetek wit. C może wahać się od 4,4 mg% (w początku karmienia) do 2,5 mg% (w końcowym okresie).

2) Ilość mleka wytwarzanego. Im większa jest ta ilość, tym dane mleko zawiera mniej wit. C i odwrotnie.

3) Dieta karmiącej. B a u m a n n przeprowadził badania porównawcze nad zawartością wit. C w mleku mamek (szwajcarskich) z biednej sfery i w mleku karmiących matek ze sfery zamożnej. U pierwszych stwierdził 0,5 — 2,5 mg% wit. C, u drugich 3 — 5 mg%. W związku z większą ilością spożywanych jarzyn i owoców latem, mleko kobiece zawiera więcej wit. C podczas letnich miesięcy, niż zimą.

Na odsetek witaminy C w mleku kobiecym wpływają jeszcze i czynniki indywidualne, gdyż stwierdza się różnice niezależnie od sposobu odżywiania. Autor hinduski C h a k r a b o r t y podaje dla kobiet bengalskich 5 mg%, a dla innych szczepów hinduskich 3 do 6 mg%.

Wyżej przytoczone liczby dla mleka surowego i świeżego ulegają znacznemu obniżeniu w mleku gotowanym lub nawet tylko przechowywanym. Mleko krowie, odstawione w chłodnym i ciemnym miejscu na 6 do 8 godzin, zawiera, podług W a c h h o l d e r a, 0,5 mg% lub nie zawiera wcale wit. C (utrata 50 do 100% wit. C). Gotowanie powoduje utratę znacznej części witaminy C, mianowicie 30—70% podług d e C a r o i S p e i e r a. G i z a stwierdzał po 5 minutowym gotowaniu utratę 23%.

Wobec tych wyników należy przypuszczać, iż również w mleku kobiecym gotowanym znaczna część wit. C ulega zniszczeniu, a z drugiej strony, jeśli idzie o wpływ diety, to dawczyni nasze, pochodzące z ubogiej sfery, na pewno nie odżywiają się tak, aby ich mleko mogło *a priori* zawierać dużo wit. C.

Niedobór witaminy C, tak łatwy do wyrównania, nie zmniejsza wartości ośrodka mleka kobiecego. Instytucja ta ma jednak inne strony ujemne, których w bez-

stronnym sprawozdaniu nie wolno pominąć. Przede wszystkim łatwość zdobywania pokarmu kobiecego i nadużywanie tego wygodnego sposobu dostarczania swemu dziecku mleka kupionego, zamiast swojego własnego! Obowiązek przedstawienia recepty lekarskiej na pokarm nie zabezpiecza w zupełności przed nadużyciami, gdyż lekarze sami polecają kupowanie pokarmu nie tylko w przypadkach koniecznych, ale i tam, gdzie matka z jakichkolwiek względów woli pokarm kupować, niż karmić swoje dziecko sama. W wielu przypadkach mleko matki zanika tylko dlatego, iż noworodek odrazu otrzymywał mleko kobiece „z Kropli“ i nie był przykładany systematycznie do piersi matki. Dodać należy, iż pokarm z ośrodka ze względu na cenę bywa zwykle stosowany niedługo, i niemowlę takie przechodzi wkrótce na karmienie sztuczne.

Drugą ujemną stroną łódzkiego ośrodka jest jego ekskluzywny charakter, tj. mleko kobiece dostępne jest tylko dla sfer uprzywilejowanych, a właściwa klientela „Kropli Mleka“ korzysta z niego na ogół nie może. Lekarz Ubezpieczalni również tylko w wyjątkowych przypadkach może zapisać mleko kobiece zamiast innej mieszanki leczniczej. Jest to tym smutniejsze, iż pacjenci „Kropli“ i Ubezpieczalni najbardziej tego mleka kobiecego potrzebują, gdyż ich własne matki, coraz rzadziej i coraz krócej karmią swe dzieci. Odsetek niemowląt wśród ludności niezamożnej, karmionych dość długo piersią (5 miesięcy, wzgl. dłużej), zmniejszył się w ostatnich „kryzysowych“ latach w sposób przerażający. Pobieżne zestawienie kilku roczników z materiału oddz. niemowlęcego szpit. Anny Marii uwidacznia ten fakt bardzo jaskrawo:

Na 100 niemowląt powyżej 5 miesięcy karmiono piersią

	1924	1929	1934	1937	1938
5 miesięcy i dłużej	81	52	42	35	36
4 miesiące . . .	3	4	—	3	9
3 „	2	9	9	16	20
2 „	4	7	11	11	9
mniej niż, 2 mies.	6	11	23	21	16
nie karmiono . .	4	17	15	14	10

Nasze liczby dla roku 1924 potwierdzają w zupełności pogląd F i n k e l s t e i n a, iż 80 do 92% matek jest w stanie karmić swe dzieci do końca, i że tylko 1 do 5% jest zupełnie niezdolnych do karmienia, natomiast liczby z r. 1937 i 1938 są już bardzo dalekie od tego postulatu, a nie wiadomo, czy dane roku przyszłego nie będą jeszcze gorsze.

Rozważając powyższe, dochodzi się do wniosku, iż łódzki ośrodek mleka kobiecego w jego obecnej postaci jest instytucją wysoce wartościową, lecz dla potrzeb ogółu jeszcze zupełnie niewystarczającą.

Wiadomości bieżące.

— W czasie od dn. 2.X do dn. 4.X r.b. odbędzie się I Ogólnopolski Zjazd w sprawach szpitalnictwa, zorganizowany przez Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa pod protektoratem Pana Prezesa Rady Ministrów Generała Doktora Felicjana Sławoja-Składkowskiego. Program Zjazdu bardzo bogaty.

— Kurs dla lekarzy z zakresu organizacji i działalności Ośrodków Zdrowia odbędzie się w Państwowej Szkole Higieny w czasie od 7 do 26 li-

stopada 1938 r. Zgłoszenia pisemne przyjmuje się do dn. 25 października w sekretariacie Szkoły, ul. Chocimska 24, Warszawa.

— Wystawa farmaceutyczna. W ramach Pierwszej Polskiej Wystawy Szpitalnictwa, która otwarta została dn. 10.IX i trwać będzie do 2.X br. w Warszawie, została utworzona Sekcja Farmaceutyczna, na której czele stoi p. płk. mgr Stefan Krupiński. Sekcja ta posiada dwa działy: przemysł farmaceutyczny i aptekarstwo. Dział aptekarstwa organizuje Polskie

Powszechnie T-wo Farmaceutyczne celem zilustrowania współczesnego stanu aptekarstwa polskiego, które po szeregu reform przeprowadzanych konsekwentnie od chwili odzyskania niepodległości, zajęło jedno z czołowych miejsc w farmacji europejskiej.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	3/VII — 9/VII	10/VII — 16/VII	17/VII — 23/VII	24/VII — 30/VII
Ospa	0	0	0	0
Dur brzuszny	176 (12)*	220 (19)	228 (21)	257 (28)
Dur rzekomy	3 (0)	0	1 (0)	0
Dur osutkowy	31 (2)	33 (0)	31 (0)	20 (0)
Dur powrotny	0	0	0	0
Czerwonka	10 (0)	29 (2)	34 (3)	48 (3)
Plonica	276 (2)	243 (7)	265 (5)	287 (9)
Błonica	199 (7)	149 (7)	203 (8)	196 (5)
Zapal. op. mózgu	22 (11)	24 (7)	22 (6)	19 (7)
Odra	405 (4)	205 (6)	200 (7)	176 (8)
Krztusiec	235 (16)	297 (4)	246 (12)	195 (7)
Malaria	15 (0)	24 (0)	12 (0)	17 (0)
Gorączka pógowa	17 (2)	26 (3)	12 (3)	21 (7)
Chor. Heine-Medina	3 (0)	4 (0)	6 (1)	3 (1)
Zap. mózgu śpiączk.	3 (2)	2 (0)	0	1 (1)
Choroba Banga	2(0)	0	0	0
Trąd	0	0	0	0
Gruźlica	630 (287)	648 (254)	583 (198)	477 (221)
Róża	93 (0)	94 (1)	99 (2)	92 (5)
Jaglica	653 (0)	709 (0)	365 (0)	279 (0)
Twardziel	1 (0)	0	1 (0)	0
Wąglik	2 (0)	3 (1)	1 (0)	6 (2)
Nosaczna	0
Włośnica	0
Wścieklizna	0 (1)	0 (2)	0 (2)	0 (1)

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— O zorganizowanie Akademii Medycznej. Odbiło się organizacyjne zebranie, poświęcone wyborowi komitetu założenia w Łodzi Akademii Medycznej. Sprawę przedświadczył prezydent Godlewski, przewodniczył sen. Jarecki. W zebraniu uczestniczyli przedstawiciele świata lekarskiego i społeczeństwa łódzkiego. Wybrano komitet, złożony z lekarzy miejscowych z JE, ks. biskupem Tomczakiem i prezydentem Godlewskim na czele. Akademia Medyczna jest już dziś rzeczą realną, Łódź posiada bowiem najbardziej pozytywne dane, mając szpitalnictwo różnorodne i bardzo rozbudowane. Myśl ta spotkała się z przychylnym przyjęciem ze strony władz podczas pobytu w Warszawie delegacji łódzkiej.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

3.X. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. Sekcja kliniczna.

J. K. Parnas. Nowe drogi badań biochemicznych.

Résumé des articles originaux.

S. NEUMARK. Sur les formes exsudatives et pseudotuberculeuses chroniques de la syphilis articulaire tardive.

Sur 9 observations d'Hydarthros d'un ou de deux genoux il s'agissait chez 7 malades de syphilis congénitale, parmi eux, dans 4 cas, avec la coexistence de kératite parenchyma-

teuse uni- ou bilatérale. Dans deux cas de tumeur blanche syphilitique du genou droit l'examen radiologique a décélé l'existence des lésions des surfaces articulaires, correspondante au stade initial du rhumatisme déformant d'origine secondaire. Dans une troisième observation (syphilis congénitale) le foyer gommeux initial été localisé dans l'épiphyse inférieure du fémur gauche. En ce qui concerne la pathogénie de ces formes chroniques de syphilis articulaire tardive il faut attribuer aux phénomènes immuno-biologiques le rôle de plus haute importance. En rapport avec l'état de sensibilisation de l'organisme la réaction allergique des tissus intraarticulaires, surtout de la synoviale, est plus ou moins prononcée et se révèle soit par une inflammation non spécifique, soit par un infiltrat gommeux. Il faut en outre prendre en considération les particularités constitutionnelles de l'organisme et des multiples conditions auxiliaires, surtout d'ordre traumatique aussi bien dans la localisation, que dans l'évolution de l'affection.

B. FRENKIEL et M. MASŁANKA. Psychoses endogènes chez les enfants.

L'étude de 18 cas des psychoses infantiles nous autorise à des conclusions suivantes: Sans aucun doute les psychoses endogènes se rencontrent déjà dans la première enfance. La psychose maniaco-dépressive des enfants au dessous de dix ans peut apparaître sous des formes typiques ou atypiques, telles que l'anorexie cyclique, insomnie cyclique ou accès d'effroi. Les cycles psychotiques des enfants plus jeunes sont courts et moins typiques; avec le temps ils se rapprochent de plus en plus des psychoses endogènes de l'âge adulte quand à leur durée et caractère. Le diagnostic et le classement du cycle psychotique est d'autant plus difficile, que l'enfant est plus jeune. Nous n'avons pas réussi de prouver l'importance de l'effroi dans la pathogénie et dans l'étiologie des psychoses.

H. HIGIER. La psychothérapie et la question de race.

Il est inadmissible dans un travail scientifique sérieux de se servir de l'argument: 1) que pas tout médecin a le droit de prendre la parole dans une discussion quelconque, 2) que le médecin autochtone sait pénétrer la structure de l'âme de ces compatriotes plus profondément, qu'un médecin d'une autre race ou d'une autre confession, c'est-à-dire qu'un médecin étranger, même s'il est fixé dans le pays depuis des siècles. Ce manque de tact a commis le Dr Jung de Suisse dans la préface de la monographie scientifique „Wandlungen des Traumproblems“ vis-à-vis de son Maître le prof. Freud et du prof. agrégé Adler — de Vienne. Une monographie scientifique, nous le savons, est un miroir de l'âme de son auteur.

M-me H. FRENKIEL. Le centre des donneuses de lait de femme à Lodz.

L'auteur décrit l'organisation et le fonctionnement du centre des donneuses de lait de femme à Lodz. Ouverte en février 1936 cette institution augmente toujours la quantité de lait débité. Actuellement on vend environ 10 litres de lait de femme (stérilisé) par jour au prix de 11 zł le litre. L'organisation de ce centre est de grande importance vu que dans une ville d'environ 3/4 million habitants il y a d'une part un excès de lait de femme et d'autre — des nourrissons allaités artificiellement qui en ont besoin.

TRĘŚĆ: S. NEUMARK. O przewlekłych wysiękowych i rzekomo-gruźliczych postaciach kily stawów okresu późnego. (Dok.) — H. WACHTEL i B. LUSTIG. O ciałach przysadki mózgowej regulujących wzrost i ich znaczeniu w patogenezie raka. — B. FRENKIEL i M. MASŁANKA. Psychozy endogenne u dzieci (Dok.) — A. LANDE. O antyhormonach (Str. pogl.) — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich i Szpitalne. — Zjazdy. — H. HIGIER. Psychotherapia a rasizm. — H. FRENKLOWA. Organizacja i działalność ośrodka mleka kobiecego w Łodzi. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: S. NEUMARK. Sur les formes exsudatives et pseudotuberculeuses chroniques de la syphilis articulaire tardive (fin). H. WACHTEL et B. LUSTIG. Sur les corps de l'hypophyse régulateurs de la croissance et leur signification dans la pathogénie du cancer. — B. FRENKIEL et M. MASŁANKA. Psychoses endogènes chez les enfants, (fin). — A. LANDE. Sur les antihormones (Rev. gén.). — H. HIGIER. La psychothérapie et la question de race. — M-me H. FRENKIEL. Le centre des donneuses de lait de femme à Lodz.