

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. 334-87.

Rok XVI

WARSZAWA, 9 LUTEGO 1939 R.

Nr. 6

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

O wartości zapobiegawczej i leczniczej wyciągu z łożyska w odrze, płonicy i śwince.

Podąła

Matylda BIEHLER (Warszawa).

Wiemy, zważywszy liczbę ofiar, jakie odra zabiera corocznie, zwłaszcza wśród małych dzieci, że walka z tą chorobą ma duże znaczenie społeczno-ekonomiczne. Zasadniczo może chodzi nie o samą odrę, która nie jest tak groźną, ile o tzw. *status morbillosus* i wzgl. *status postmorbillosus* z szeregiem powikłań, zwłaszcza u dzieci, dotkniętych krzywicą (w szczególności klatki piersiowej), skazą wysiękową i obarczonym gruźlicą. Dane statystyczne wykazały, że we wczesnym dzieciństwie umiera 10 razy więcej dzieci (Müller) na odrę, aniżeli w późniejszym, że powikłań ze strony płuc jest 4 razy więcej u dzieci, dotkniętych krzywicą, niż u niekrzywicznych, i że, jak mówi Pfaunder, 4 razy więcej dzieci, dotkniętych krzywicą, umiera z powodu zapalenia płuc w odrze, niż wolnych od tego cierpienia. W pierwszym okresie życia umiera dzieci w ogóle więcej na odrę, niż na inne choroby zakaźne. Potwierdzają to między innymi i dane statystyczne, zebrane przez Bernarda i przedstawione przez niego Komitetowi hig. Urzędu Zdrowia (Office international d'hygiène), z których widzimy, że w Europie (wyłączając Rosję i półw. Bałkański) umarło w latach 1900—1910

na odrę	700.167	dzieci
„ krztusiec	661.743	„
„ błonicy	589.250	„
„ płonicy	470.235	„

Do obliczeń tych nie wchodzi dane, odnoszące się do przyczyn śmierci, zapisanych jako „zapalenie płuc“ i „gruźlica“, które w wielu przypadkach stanowią powikłanie odry.

Dane, dotyczące odry w Polsce, są na ogół skąpe — ostatnio podaje ściślej i obszerniej wiadomości Grzegorzewski, który, opierając się w większej części na materiałach statystycznych miejskiej służby zdrowia i miejskiego wydziału statystycznego, określa rolę odry „jako nieduże niebezpieczeństwo indywidualne i poważną klęskę społeczną“. Odra wykazuje i u nas największą śmiertelność, podobnie jak w innych krajach w pierwszym roku życia; dzieci umiera w ogóle najczęściej do 5-go roku życia, po czym z każdym rokiem śmiertelność się obniża. I dlatego i u nas należy walkę z odrą uważać za jedno z najważniejszych zagadnień zdrowia publicznego.

Oczywiście, walka z odrą nie należy do łatwych nie tylko dlatego, że początek tej choroby nie jest specyficzny, że najbardziej zaraźliwy jest okres przed wystąpieniem koplików i wysypki, wtedy kiedy nie wiemy, że mamy do czynienia z odrą, ale i dlatego, że dzieci są niezmiernie wrażliwe na zarazek odrowy, że zarazek jest ogromnie lotny, a przede wszystkim, że brak jest dokładnych wiadomości o zarazku, który zasadniczo znany jeszcze nie jest. Wiemy tylko, że zarazek należy do grupy bakterii niewidzialnych — przesączalnych, podobnie jak zarazki różyczki, ospy naturalnej, ospy wietrznej, gośca i w. in., że krąży we krwi na 24 godziny przed wysypką i że zamiera w 48 godzin po wystąpieniu wysypki. Wiemy jeszcze, że stwarza długotrwałą odporność, i że odporność ta przechodzi z matki na dziecko drogą łożyska i pokarmu (mleka), wskutek czego bardzo rzadko chorują dzieci do 3-go miesiąca, rzadko między 3 a 6-ym miesiącem, najczęściej od 6-go miesiąca, gdy wygasła odporność nabyta od matki. Wśród niemowląt od 6-go miesiąca skłonność wynosi 100%. Nosiciele nie ma — toteż zamykanie szkół i przychodni po wyłączeniu dzieci podejrzanych o odrę nie ma znaczenia, także i dlatego, że zarazek jest bardzo lotny, i zarażenie odbywa się przez powietrze (z odległości nawet 2 metrowej), tak, iż trudno byłoby go umiejscowić.

Od szeregu lat starano się zabezpieczyć dzieci przed odrą — chorobą znaną już od 17-go wieku, dzięki pracom Sydenham'a, nie zawsze ze skutkiem pomyślnym.

O uodpornieniu odrowym wspominał już Monro w Berlinie w 1757 r., za nim poszedł Home w 1758 r. w Edynburgu. Uodpornienie czynne zaczęli stosować w wieku 19-tym różni autorzy w różnych krajach, że wymienię Hermana, który stosował wstrzykiwanie krwi chorych na odrę zdrowym, Nicolle'a, Degkwitza, Caronia i w. in. Pierwsze jednak próby osiągnięcia czynnej odporności przeciw odrze nie dały oczekiwanych wyników. Zwrócono się do uodpornienia biernego, które dało lepsze wyniki, zaczęto stosować surowicę ozdrowieńców nie tylko dlatego, by opóźnić zachorowanie, lecz aby osłabić przebieg choroby. Tutaj należy wymienić prace Weissbechera, Nicolla i Conseila, Degkwitza, Debré i Joannona a także prace autorów polskich Grzegorzewskiego, Kamlera, Zembrzuskiego, Hirsfeldów i w. in.

Powstała seroprofilaktyka odry. Od surowicy krwi ozdrowieńców, od krwi osób dorosłych, które przebyły odrę, zwrócono się ostatnio do zapobiegawczych własności łożyska, i tu należy na pierwszym miejscu wymienić prace prof. de Souza, który w r. 1929 po raz pierwszy zastosował, a w 1932 po raz pierwszy opisał dobroczynne działanie krwi z łożyska.

Pierwszymi, którzy sprawę walki z odrą postawili na gruncie ochrony za pomocą surowicy ozdrowieńców, byli Nicolle i Conseil. Opierali się oni na tym, że chory na odrę wytwarza w swoim ustroju przeciwciała, które przechodzą do krwi. *Maximum* ciał ochronnych znajdujemy we krwi między 7—9 dniem, jest to zatem najodpowiedniejszy okres do zbierania krwi i otrzymania czynnej surowicy ozdrowieńców. W tej dziedzinie znane są też prace Nobécourta i Parafa, Debré, Degkwitza, Mery, Harvier i Younga, Wrighta, Gunna i w. in.

Degkwitz stosował surowicę ozdrowieńców *larga manu* i otrzymywał stale nader zachęcające wyniki, radzi on do 4-go dnia inkubacji dawać dzieciom zagrożonym jedną tzw. jednostkę ochronną (*Schutzheit*), tj. ilość antytoksyn, zawartą w 2,5—3 cm³ surowicy, 5 i 6-go dnia 2 jednostki, tj. 5—6 cm³, począwszy od 7-go dnia nie można już spodziewać się zabezpieczenia przed odrą, nawet gdyby się powiększyło dawki. Ponieważ jednak o surowicę ozdrowieńców dosyć jest trudno, i jest to środek kosztowny, i na dużą ilość materiału mogą sobie pozwolić tylko szpitale, posiadające duże oddziały odrowe, dlatego Degkwitz radzi brać zamiast surowicy ozdrowieńców krew dorosłych, którzy chorowali na odrę; krew taką łatwo zdobyć w otoczeniu chorego; pamiętać jednak należy, że krew dorosłych posiada mniej antytoksyn, aniżeli krew dzieci, które przeszły, odrę i dlatego należy w celach ochronnych dawać większe dawki. Degkwitz daje 20—30 cm³ krwi dorosłych, uważając, iż posiada ona w stosunku do surowicy ozdrowieńców tylko $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{6}$ wartości ochronnej.

Aby uniknąć ścinania się krwi, należy zabieg wykonywać szybko i zaraz po pobraniu z żyły dawcy (bez *Natr citr.*) zastrzykając domięśniowo zagrożonemu osobnikowi. Małym dzieciom zastrzykiwać należy w 2 różne miejsca (w pośladki, w mięsień ramienia itp.), gdyż na jednorazowe zastrzyknięcie jest krwi za dużo. Często bardzo i tak duża ilość (20—30 cm³ i więcej), nie daje uodpornienia, wywołuje natomiast bardzo opóźniony i osłabiony przebieg odry (bez powikłań, gorączki itp.). Bardzo dobre wyniki po zastosowaniu surowicy otrzymali Park i Freeman. Statystyka, którą podali w 1926 r., wykazuje, że na 979 dzieci, zagrożonych zarażeniem, którym zastrzyknięto surowicę, 95% nie zachorowało, pomimo, iż dzieci znajdowały się w środowisku odrowym; należy tylko stosować surowicę wcześniej. Stosowanie surowicy w 6—9-ym dniu okresu wylęgania nie daje uodpornienia, łagodzi natomiast przebieg choroby, ma to więc znaczenie przeważnie dla dzieci małych (poniżej 2-letnich) i w zakładach zamkniętych.

Clarence M. Hyland i L. R. Anderson stosowali surowicę ozdrowieńców u 423 osobników, wystawionych na zakażenie, i otrzymali odporność w 307 przypadkach, tj. w 72,5%. 106 przebyło odrę, tj. 25,2% o przebiegu bardzo łagodnym — ogółem osiągnięto wynik dodatni w 97,7%. Autorzy ci, podobnie jak i inni, uważają za najodpowiedniejsze dawki następujące: dla dzieci poniżej 3 lat do 5 cm³, powyżej 3 lat do 7,50 cm³,

dla dzieci starszych i dorosłych 10—15 cm³. Najlepiej stosować surowicę między 4—5 dniem okresu wylęgania, po 5-ym dniu uzyskuje się przeważnie tylko osłabienie przebiegu choroby. W niewielkiej liczbie przypadków stwierdzali wyżej wymienieni autorzy nawet lecznicze działanie surowicy, co potwierdzają i inni. Tak np. Felsenfeld stosował w zakładzie w Kosumberku do 1936 r. surowicę według przepisu Degkwitza i otrzymywał wyniki dodatnie. Na 88 dzieci tylko 2 zachorowało na odrę, przebieg był łagodny. Dawano od 5—20 cm³, co było zupełnie wystarczające pod warunkiem, by zastrzyknięcie zrobione było jak najwcześniej — w przeciwnym razie dzieci po zetknięciu się z chorym odrowym zachorowują.

Surowicę zarówno z krwi dorosłych, jak też i z pępownicy (20—30, *maximum* 60 cm³ na dawkę) stosował także Dulitzki w Moskwie, przygotowując surowicę według wskazówek Finkelsteina z Kijowa. Na 520 dzieci, szczepionych krwią ludzką, zmarło na odrę 22 wskutek powikłań. W innej serii przypadków na 2401 szczepionych zachorowało na odrę 930, uodporniono zatem 1471 co stanowi 61%. Śmiertelność u szczepionych wynosiła 4,6%, u nieszczepionych 39,6%.

Wskutek trudności w otrzymywaniu krwi ozdrowieńców i konieczności stosowania dużych dawek, nie zawsze dobrze znoszonych przez pacjentów, Dulitzki zarzucił tę metodę i zaczął stosować krew z łożyska. Tą samą metodą zaczął się posługiwać w 1929 Salazar de Souza, nie wiedząc nic o poczynaniach lekarza rosyjskiego. De Souza wychodził z założenia, że „krew z łożyska posiada własności kwasów aminowych oraz ich przemian, i że produkty, wytwarzane przez łożysko, podobne są do innych produktów hipotetycznych wydzielania wewnętrznego“, działających jak nie specyficzne antygeny i odchylających tworzenie się przeciwciał bądź ze strony matki, bądź płodu, wywołujących uodpornienie niespecyficzne, lecz grupowe dla stanów anafilaktycznych. Różnica w doświadczeniach Dulitzkiego i de Souza polegała na tym, że pierwszy posługiwał się tyndalizowaną przy 56—58° surowicą krwi z łożyska z dodaniem fenolu. De Souza zaś zarzucił dodawanie formolu, jak to czynił w 1932 r., gdyż to zmniejszało odsetek uodpornionych — zarzucił również dodawanie tzw. merthiolat Lily. Nr 45 (1 : 1000) 1 cm³ na 3 cm³ surowicy, chociaż środek ten nie wpływa na własności uodparniające surowicy, i czynił to tylko w przypadkach, gdy nie był pewien sposobu, w jaki surowica z łożyska została zebrana, tj. czy było to dokonane dość aseptycznie. De Souza podaje, że krew z łożyska powinna być zebrana aseptycznie do baniek sterylizowanych, zatapianych natychmiast w płomieniu Bunzena; krew w bankach należy tyndalizować godzinę (przy 52—54° bez formolu). W ten sposób otrzymaną krew przepuszczał de Souza przez gazę sterylizowaną, na której zatrzymywał się skrzep, po czym poddawał bankę jednorazowej tyndalizacji przy 54° w ciągu jednej godziny i rozlewał surowicę do baniczek sterylizowanych mniejszych, zatapianych w płomieniu Bunzena. De Souza, zastrzykując dzieciom surowicę krwi z łożyska, doszedł do wniosku, że zastrzyknięcie daje odporność na jeden miesiąc, *maximum* na dwa, że chcąc uniknąć powtarzających się epidemii trzeba szczepić dzieci za każdym razem („odnawiać szczepienie“) o ile od szczepienia upłynął miesiąc, i o ile, oczywiście, dzieci znajdują się w środowisku odrowym. Każ-

de uodpornienie działa samo jako takie i działa przejściowo; rewakcyjnacja nie wpływa na dłuższe trwanie odporności, przesuwając jednak wiek zachorowania, co jest niezmiernie ważne — zwłaszcza dla małych dzieci. Najlepsze wyniki otrzymywał de Souza, stosując szczepienie u zdrowego jeszcze, zaraz po zetknięciu się jego z chorym, między 4—5 dniem okresu wylegania, po piątym dniu odsetek dobrych wyników zmniejsza się, chociaż złagodzenie przebiegu odry wyłączone nie jest.

Autor zaleca stosowanie dawek następujących:

u dzieci do lat 10 — 4—5 cm³

„ „ powyżej 10 — 10 cm³

u dorosłych — 10—15 cm³

Zestawiając otrzymane dane de Souza stwierdza, iż szczepienie obniża procent śmiertelności. U nieszczepionych śmiertelność wynosi 12,7% u szczepionych 2,27%. W 1934—1935 śmiertelność wyniosła u szczepionych i nieszczepionych 4—5% — różnica była tym razem znikoma.

Bazan i Sujoy stosowali nie krew, lecz wyciąg z łożyska w celach profilaktycznych (u dzieci, które się stykały z chorymi) i leczniczych. Na 79 dzieci, którym zastrzyknięto globulinę przeciwoodrową tylko 15 zachorowało (w tym jedno ciężko). Działanie było tym lepsze, im wcześniej zastrzyknięto wyciąg (po 5-ym dniu rzadko zdobywa dziecko odporność). Na 46 chorych na odrę, u których stosowano globulinę, 2 przybyłych w stanie bardzo ciężkim zmarło u 43 przebieg bardzo łagodny, jedno zmarło z powodu ciężkiego zapalenia krtani i tchawicy. Już w 24 godziny po zastrzyknięciu globuliny diepłota spadała, wysypka bladła i szybko znikła, objawy kataralne ustępowały.

Ogółem otrzymali autorzy wyniki dodatnie profilaktyczne w 80% i jeszcze lepsze wyniki lecznicze.

Ostatnio podaje i Felsenfeld dodatnie wyniki stosowania wyciągu z łożyska zamiast surowicy krwi ozdrowieńców. Prace nad wyciągiem z łożyska podjął Felsenfeld w zakładzie w Kosumberku (w Czechosłowacji), przeznaczonym dla 800 dzieci gruźliczych. Globuliny łożyskowe, wyodrębnione i przygotowane według metody Hann i Chu w zakładzie państwowym Higieny w Pradze, pochodzą z łożysk kobiet zdrowych i uodpornionych przeciw odrze przez przebycie choroby. Na 209 dzieci, którym zastrzyknięto podczas czterech epidemii odry globulinę, zachorowało dwoje (około 1%), i to na postać poronną. Bardzo liczny autorom (Thomey i Autest, MacKhan i Chu, Coady, Tezner, Goldhauer, Berender, de Souza i w. in.) udało się wywołać z globulinami objaw wygasania w płonicy i to w znacznie większej liczbie przypadków, aniżeli z krwią z pępowny lub z krwią obwodową z żyły zgięcia łokciowego. MacKhan i Chu stwierdzili 96% wyników dodatnich przy stosowaniu uodpornienia w odrze za pomocą wyciągów z łożyska, a tylko 87,8 w uodpornieniu krwią z łożyska.

Znane są również badania nad działaniem krwi z łożysk zwierzęcych (Berendes). Może w przyszłości będzie można, opierając się na szeregu dokonanych badań, uodparniać dzieci za pomocą krwi i wyciągów z łożysk nie tylko kobiet, ale i zwierząt. Może uda się otrzymać produkt określony o charakterze nie tyle dokrewnym, ile produkt specjalnej przemiany komórek łożyska o składzie stałym i stworzyć jednostkę biologiczną.

De Souza przypisuje duże znaczenie tak naz-

wanemu przez siebie czynnikowi tkankowemu (le facteur —tissu) i stara się sprawdzić, czy substancja ochronna, zawarta we krwi łożyska, jest specyficzna, i czy łożysko innych zwierząt mogłoby służyć jako materiał do uodpornienia. Na razie de Souza skłania się do twierdzenia, że odporność nie jest specyficzna, lecz grupowa i zależna jest od przemiany (metabolisme) właściwej komórkom łożyska. Produkt białkowy tych komórek (globuliny i euglobuliny) jest ściśle określony i działa w ten sposób, co i antygen grupowy — stwarza uodpornienie. Roli czynnej łożyska zaprzeczyć nie można, jednak mechanizm tego działania nie jest jeszcze dokładnie określony. Ciekawe są w tym względzie badania japońskiego lekarza K. Ueda nad własnością antytoksyczną jako czynnością życiową łożyska, tego narządu ochronnego matki i płodu, i badania porównawcze ze strychniną, acetylcholiną, pituglandolem i morfiną, badania te są jeszcze w toku.

Krew oraz wyciąg z łożyska stosowano też i w celach leczniczych, podając w przebiegu odry 5—10 cm³. Autorzy (de Souza, Khann i Chu, Felsenfeld i in.) stwierdzili, że zastrzyknięcie krwi lub globulina usuwa gorączkę i objawy toksyczne — w ogóle łagodzi przebieg choroby i chroni przeciw powikłaniom, zwłaszcza ze strony płuc — co ma niezmiernie ważne znaczenie dla dzieci, obarczonych krzywicą i gruźlicą.

Ponieważ obserwacja wykazuje, że noworodki odporne są też i na inne choroby, nie tylko na odrę, i że przypuszczalnie dzieje się to za sprawą łożyska, zaczęto stosować globuliny i w innych chorobach zakaźnych, zarówno w celach profilaktycznych, jak i leczniczych.

Felsenfeld zaznacza, że podczas epidemii płonicy w zakładzie w Kosumberku w r. 1936, gdy zmuszony był starać się o to, by ochronić przed płonicy 352 dzieci, narażone na zarażenie się, zastosował wtedy w celach profilaktycznych globulinę. Chcąc jednak przekonać się, jakie wyniki otrzyma po zastosowaniu innych środków, podzielił dzieci na grupy i zastosował w pierwszej grupie globulinę, w drugiej surowicę ozdrowieńców i w trzeciej grupie surowicę antytoksyczną końską i przekonał się, jak to widzimy z podanej poniżej tabliczki, że stosowanie globuliny dało najmniejszy procent zachorowalności — surowice i globuliny stosowane były między 1—3 dniem od chwili zetknięcia się zdrowych z chorymi. Przebieg choroby bez powikłań był łagodny, jednakowy w każdej grupie. Zastrzyknięcie profilaktyczne globulin nie wyłączało objawów ze strony skóry (wysypka, łuszczenie).

	liczb. dzieci	liczba zachorowań %
dzieci uodpornionych globulinami	191	2%
„ „ surowicą ozdrowieńców	136	2.9%
„ „ antyt. zwierz.	25	8%

Zastrzyknięcie globuliny w celach leczniczych łagodziło nieco objawy choroby i powikłań (które u leczonych występują rzadko), jednak ich zupełnie nie wyłącza.

Autorzy są również zdania, że działanie globuliny jest bezsprzeczne i w innych chorobach zakaźnych, t. np. Felsenfeldowi udało się drogą zastrzykiwania globuliny wstrzymać szerzenie się epidemii świnek w Zakładzie w Kosumberku oraz osłabić przebieg samej

choroby (zmniejszenie gorączki, obrzmienia obuustronnego gruczołów, skrócenie czasu trwania choroby itd.).

W różycze nie dały autorowi globuliny łożyskowej żadnych wyników — w celach profilaktycznych globulin nie podawał, wobec tego, iż różyczka przebiega zazwyczaj łagodnie. Nie stosował również i w błonicy, gdyż dzieci szczepione były anatoksyną *R a m o n a* — podejrzanane o nosicielstwo były odosobnione. Chorych nie było, badań więc w tych przypadkach nie przeprowadzał.

W przypadkach wietrznej ospy i krztuśca globuliny nie stosowano, stosowano natomiast surowicę ozdrowieńców i tzw. surowicę wzbogaconą (*serums enrichis*). Na ogół zarówno zastrzyknięcie profilaktyczne, jak i lecznicze globuliny przechodzi prawie bez objawów — niekiedy stwierdza się przejściowe podniesienie ciepłoty, bez objawów alergii.

Tak więc widzimy, że bardzo znaczna liczba autorów wypowiada się za stosowaniem globulin, nie tylko w celach profilaktycznych, lecz i leczniczych przede wszystkim w odrze, niemniej jednak i w innych chorobach zakaźnych, takich, jak płonica, świnka i in.

Nie wszystkie jednak głosy są tak entuzjastyczne, jak wyżej cytowanych autorów, że wspomnę tutaj za przykładem de Souza zdanie *Accordiniego*, który stosując wśród dzieci w celach profilaktycznych krew z łożyska, otrzymał wyniki ujemne w 100%! Myślę jednak, iż wyniki te można wytłumaczyć zbyt spóźnionym stosowaniem zastrzykiwań, bo między 5—8 dniem od chwili zetknięcia się zdrowych z chorymi. *De Souza* zwraca jeszcze uwagę na jeden błąd *Accordiniego* — mianowicie na określenie okresu wylegania dla odrzy jako 5-dniowego, co nie wytrzymuje krytyki, trudno też przypisywać, mówi de Souza a, ujemne wyniki różnicy, jaka by mogła zachodzić między własnościami krwi i wyciągami z łożyska włośzek i kobiet innych krajów, de Souza twierdzi, że to nie byłoby już biologią, lecz anarchią biologiczną. Ja zaś ze swej strony pozwolę sobie zaznaczyć, iż wątpliwy jest fakt, pomimo obecnego nastawienia, by w dziedzinie czynności łożysk kobiecych miał coś do powiedzenia rasizm!

Rozpatrując wyniki, podane w piśmiennictwie, i abstrahuując od owego *votum separatum Accordiniego*, ten jeden głos nieprzychylny, oparty, zresztą, na mylnych przesłankach, należy stwierdzić, że globuliny wzbogaciły nie tylko arsenał zapobiegawczy, ale i leczniczy nie tylko w stosunku do odrzy, ale i do innych chorób zakaźnych. Dzięki globulinie możemy wstrzymać rozwój odrzy, złagodzić jej przebieg i wreszcie, powtarzając zastrzykiwania, przesunąć wiek zachorowania, co, jak wiadomo, nie jest bez znaczenia dla dzieci małych, dotkniętych zwłaszcza krzywicą lub gruźlicą. Zdarza się również, że szczepienie odnawiane (co nie jest szkodliwe i nie daje objawów anafilaktycznych, gdyż białko jest równogatunkowe), może pobudzić ustrój do wytwarzania tą drogą odporności trwałej.

Zachęcona wynikami autorów, zwłaszcza zaś pracami prof. de Souza, zaczęłam i ja stosować globulinę łożyskową przede wszystkim w odrze, ponadto w innych chorobach zakaźnych (płonica, świnka). Ponieważ rozporządzałam tylko materiałem z praktyki prywatnej, przeto nie mogłam zebrać dużego materiału ani na polu leczniczym, ani na polu profilaktycznym. Dla celów profilaktycznych korzystałam z dzieci tych rodzin, w których jedno dziecko lub kilkoro dzieci za-

chorowało na odrę lub wśród najbliższych krewnych znajdujących się w kontakcie z chorymi.

Trudności w przeprowadzeniu szczepień nie miałam żadnych — nie tylko ze względu na autorytet lekarza, lecz przeważnie i dlatego, że w ogóle jesteśmy obecnie w terapii pod „znakiem zastrzykiwan”, i ludzie bez nich prawie nie rozumieją leczenia!

Otóż w celach profilaktycznych szczepiałam dzieci 80, z tych zachorowało dzieci dwoje — dodatni wynik stanowią 2,5%, przebieg odrzy był u tych dzieci bardzo łagodny, wysypka bardzo nikła, powikłań nie było. Jeżeli uznać i te 2 przypadki odrzy osłabionej za wynik dodatni, to było dodatnich wyników 100%. Były to przeważnie dzieci w wieku od 1—8 lat. Stosowałam globulinę przygotowaną przez P. Z. H. w ilości 5 cm³, u starszych (od 5 roku życia) więcej nikiedy, u młodszych nieco mniej, najczęściej w 4—5 dniu wylegania; 2 razy tylko zastrzyknęłam w 7-ym dniu, i te właśnie dzieci zachorowały na odrę, przebieg był jednak, jak to zaznaczyłam, łagodny.

W trzech przypadkach zaszczepiałam 6 dzieci, już raz szczepione powtórnie, gdyż bawiły się z dziećmi (sąsiadów) chorymi na odrę, a rodzice sądzili, że szczepienie z przed miesiąca nie chroni od zarażenia. Żadne z dzieci nie zachorowało.

Wartość lecznicza globuliny jest również wybitna. Stosowałam globulinę zarówno w przypadkach ciężkich, jak i lżejszych. W przebiegu choroby nie zauważałam nigdy objawów ubocznych. W przypadkach cięższych dzieci odzyskiwały szybko przytomność, ciepłota spadała, wysypka bledła 2-go—3-go dnia. Dzieci nie miały światłowstrętu, objawy kataralne były nikłe, powikłań nie było żadnych. Przebieg był znacznie łagodniejszy w tych przypadkach, w których zastosowano globulinę wcześniej, zwłaszcza w okresie kataralnym, a nie w okresie wysypki. Globuliną leczyłam 28 dzieci w wieku od 1½—5 lat.

Nie mogę się wypowiedzieć w sprawie działania surowicy ozdrowieńców, gdyż środka tego z powodu trudności natury technicznej nie stosowałam, nie mogę również wyrazić swego zdania o działaniu krwi dorosłych, gdyż stosowałam ją zaledwie w kilkunastu przypadkach. Za globulinami przemawia oprócz dodatnich wyników łatwość zabiegu i otrzymania środka, który stale jest na składzie w P. Z. H. i w aptekach.

Globulinę stosowałam również w płonicy profilaktycznie u dzieci z otoczenia chorego, nie szczepionych szczepionką przeciwpłoniczą. Dzieci na płonice nie zachorowały. Liczba przypadków (10) nie upoważnia mnie jednak do wypowiedzenia się, co ochroniło dzieci — globulina, czy też odporność wrodzona. W 8-iu przypadkach zastrzykiwałam globulinę dzieciom z otoczenia chorego, szczepionym przed rokiem szczepionką *G a b r y c z e w s k i e g o*. Na płonice zachorowało z tych 8 dzieci, dwoje dzieci. I tu trudno powiedzieć, co ochroniło te 6-ro dzieci, szczepionka, czy globulina. Co się tyczy przebiegu płonicy u dzieci, które zachorowały, to był on nader łagodny i bez powikłań.

Globuliny stosowałam też w płonicy leczniczo w 15-u przypadkach. Dzieci otrzymywały w zależności od wieku po 5—10 cm³ — były to przypadki średnio ciężkie, nie leczone surowicą. Zastrzyknięcie globuliny obniżało ciepłotę, usuwało objawy toksyczne, powikłań nie było.

Cztery razy zastosowałam globulinę w przypadkach ciężkiej płonicy, leczonych surowicą. Globulinę

zastosowałam w 2 dni po spadku ciepłoty, mając na celu ewentualne uniknięcie powikłań. Powikłania jednak wystąpiły w 2-ch przypadkach, w jednym przypadku zapalenie nerek, w drugim zapalenie ucha środkowego.

Stosowałam jeszcze globulinę w 6-ciu przypadkach świnki u chłopców. Ciepłota spadła w kilka godzin po zastrzyknięciu, zmniejszyły się również obrzęczenia gruczołów oraz bolesność na uciski i podczas jedzenia. Powikłań nie było, przebieg był znacznie skrócony.

Z obserwacji moich nad działaniem globuliny mogę powiedzieć, opierając się przeważnie na materiale odrowym, że zarówno z punktu widzenia zapobiegawczego, jako też i leczniczego, środek ten zasługuje na jaknajszersze zastosowanie. Należałoby zorganizować zapobieganie przeciw odrze, drogą szczepień preparatów z łożyska, które dotychczas wykazały dużą wartość. Globulina nie tylko nie szkodzi, nie tylko może być powtarzana w różnych i bliskich odstępach czasu — zmniejsza ona bezwzględnie liczbę zachorowań, łagodzi przebieg choroby, przesuwa wiek zachorowania. Toteż globulina powinna stanowić (oczywiście, aż do chwili znalezienia czegoś lepszego) broń nie do pogardzenia w walce społeczno-ekonomicznej z tak niebezpieczną chorobą dla dzieci, jaką jest odra, a jednocześnie zająć wybitne miejsce w arsenałe terapeutycznym dla odry, a może i w przyszłości dla takich chorób zakaźnych, jak płonica i świnka i inne choroby zakaźne wieku dziecięcego.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z oddziału IV wewnętrznego Szpitala na Czystem w Warszawie
(Ord.: M. Landsberg).

Przypadek zakażenia dróg żółciowych pasożytem *Opisthorchis felineus*. (O. f.).

Podali

H. RAJBENBACH i H. GOLDMAN (Warszawa).

Chora S. E. l. 42 z W-wy zgłosiła się dn. 25.VI.38 r. do oddziału ze skargami na ogólne osłabienie, wychudnięcie, bóle i zawroty głowy, nudności, ściskanie w dołku, brak apetytu, bicie serca i duszność wysiłkową. Dolegliwości te datują się od jesieni 1937 r., nasiliły się jednak znacznie w kwietniu b. r.

Chora stała się b. blada, znacznie osłabła, tak, że od 12 dni pozostaje w łóżku, przy czym miewa stany podgorączkowe do 37,5. W ciągu ostatniego roku zauważyła kilkakrotnie „białe taśmy“ w stolcu. Period straciła 2 l. temu. Z chorób przebytych podaje tyfus brzuszny i ostre zap. stawów.

Badanie przedmiotowe: stan odżywienia upośledzony, skóra i śluzówki wybitnie blade, podżółtaczkowe zabarwienie białekówek. Język wilgotny, nieco wygładzony. Gruczoły chłonne niewiększone. Temp. 37,0. Płuca bez zmian; opukiwanie mostka bolesne. Serce: granice normalne, szmer skurczowy nad wszystkimi ujściami. Tętno 96/min. słabo napięte i wypełnione. RR. 105/55. Jama brzuszna: powłoki wiotkie, wątroba wystaje na trzy palce spod łuku żebrowego, o brzegu ostrym, spistości nieco wzmożonej, powierzchni gładkiej, tkliva. Śledziona wystaje na 1 palec spod łuku żebrowego. Nieznaczne obrzęki w okolicy stawów skokowych. Odruchy kolanowe i Achillea żywe, patologicznych nie stwierdza się. Czuć głębokie normalne. Parestezji brak.

Badania dodatkowe. Mocz: białka i cukru nie zawiera, urobilinogen w normie.

Krew. cz. ciałek 1.180.000. Hb. 35%. Indeks 1,5, b. ciałek 6.100, wzór: segm. 40%, limf. 53%, eożyn. 6%, mon. 1%, bas. 0%. Anizo- i poikilocytoza, megalocytoza. Czas krwawienia 1 min., czas krzepnięcia 5 min., płytek 130000. Bilirubina we

PIŚMIENICTWO.

Accordini G.: Modena La Clin. Ped. 1933. — Bazan F. et Sujoy E.: Essais sur la prophylaxie de la rougeole Arch. de méd. des Enfants Nr 8, 1938. — Degkwitz.: Deutsch. Med. Woch. 1922. Nr 26. — Dulicki.: Profilaktyka odrzy za pomocą surowicy dorosłych i surowicy krwi z łożyska. Żurn. U. R. S. S. listopad 1932. — Grzegorzewski E.: Odra jako zagadnienie zdrowia publicznego. Zdrowie publiczne Nr 6. 1938. — Felsenfeld O.: L'application des globulines de placenta à quelques maladies infect. des enfants. Arch. de méd. de enf. Nr 1. 1938. — Hayland C. M. Anderson L. R.: Amer. Journ. of Des. of Child. t. 54. Nr 2 p. 277—287. — Mac Khann et Chu.: Journ. of infect. diseases, mars-avril 1933. — Mac Khann et Chu.: 1933 Amer. Journ. Dis. Children. — Mac Khann et Coady.: South. med. Journ. 1934. — Kamler i Zembrzusi.: Próba zastrzyków zapobiegawczo osłabiających w zakładzie leczniczo wychowawczym. *Pediatrica Polska* 1927, str. 309. — Muller E.: Die Masern des Kindes. Med. Klin. Nr 23. 1936. — Nicolle et Conseil.: Bull. Soc. méd. des Hôpit. 1918. 337. — Salazar de Souza J.: Immunisation contre la rougeole par le sang du placenta immunisation active, spécifique transitoire. Arch. de méd. des Enfants Nr 5. 1936. — Salazar de Souza J.: Immunisation contre la rougeole par le sang du placenta arch. de Méd. des Enf. Nr 11. 1932. — Tezner Otto u. Goldhauer Helena.: Mon. f. Kind. vol. 58 mai. 1933. — Thorney et Autust.: 1929 Exp. Therapie. — Ueda K.: Jap. Journ. of Obs. and gynecol. 1932. (cyt. wedł. de Souza).

krwi: 1,35 jedn. H. v. B. Odczyn bezpośredni (—). Odczyny WaR i citochol ujemne.

Badanie kału: sformowany, barwy brunatnej. Próba benzydnowa (—). Lugol (—), Sudan III (—). Drobnowidowo: liczne resztki pokarmów roślinnych, jaja *Bothriocephalus latus* (B. L.) po kilkanaście w p. w. Badanie metodą Telemana stwierdziło obok b. licznych jaj B. l. pojedyncze charakterystyczne jaja, które rozpoznaliśmy jako jaja przywry kociej — O. f.

Badanie żołądka na czczo i po śniadaniu alkoholowym stwierdziło całkowity bezkwas.

Zgłębnikowanie dwunastnicy: w żółci A oraz B stwierdzono znaczną liczbę leukocytów i nieliczne jaja O. f.

Wielokrotnie powtarzane badania kału i żółci zawsze wykrywały te same jaja.

Mamy więc przypadek mieszanego zakażenia O. f. i B. l., przebiegający z ciężką anemią o typie biermerowskim oraz z niezłym dróg żółciowych.

O. f. należy do grupy płazińców, gromady przywr i pasożytuje w stanie dojrzałym w drogach żółciowych wątroby, w woreczku żółciowym, rzadziej w przewodzie żółciowym wspólnym, w trzustce i dwunastnicy. O. f. po raz pierwszy znaleziony został w wątrobie foki przez Rudolphię w 1819 r. i nazwany *Distoma tenuicolle*. Ten sam pasożyt stwierdził Ri v o l t a w 1884 r. — w wątrobie kotów i psów i nazwał *Dist. felineum*. Blanchard zaliczył ten gatunek do stworzonego przez siebie rodzaju *Opisthorchis* i odtąd pasożyt ten otrzymał nazwę O. f. U człowieka O. f. wykryty został po raz pierwszy przez Winogrodowa w 9-ciu przypadkach sekcyjnych w 1892 r. i nazwany przez niego *Dist. sibiricum*. Braun uznał go za identyczny z O. f.

Największy na świecie odsetek zakażenia przez O. f. (85% ludności) stwierdza się na Syberii, a to w związku ze zwyczajem spożywania ryb na surowo. W Europie największym ogniskiem jest Zalew Kuroń-

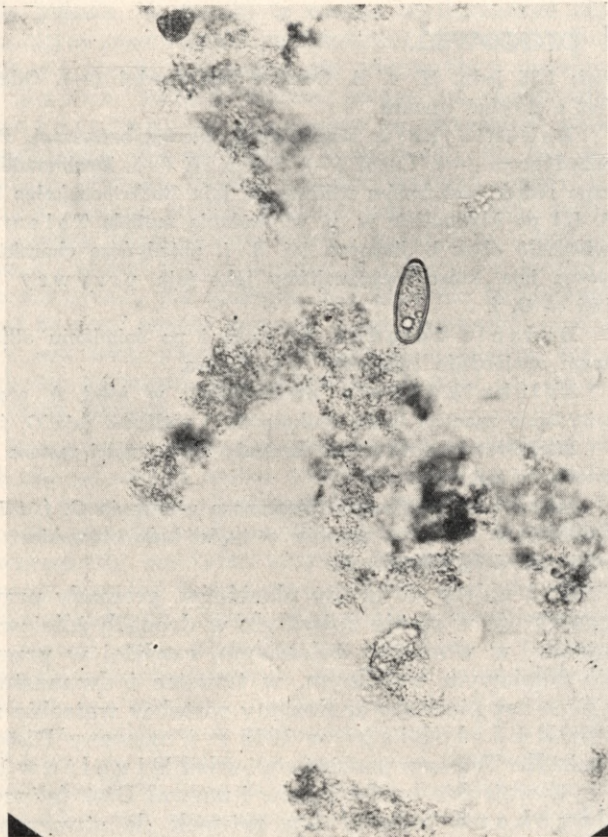
ski — Prusy Wsch. Cykl rozwojowy *O. f.*, ustalony ostatecznie przez *Vogla* w 1932 r., jest następujący:

1. Jajeczka *O. f.* dostają się z kałem ludzi lub zwierząt do wody, zostają połknięte przez ślimaka zagrębkę (*Bithynia leachi*), w którego jelicie wykluwają się urzęsione zarodki — *miracidia*. *Miracidium* przekształca się w sporocystę, w której tworzy się nowa generacja larw tzw. redie. Z redii tworzą się cercarie, które wydostają się ze ślimaka do wody. Cercaria jest jedynym aktywnym stadium pasożyta; żyje ona tylko 24 do 53 godz. i w ciągu tego czasu musi przeniknąć do ciała ryby, w przeciwnym razie ginie.

2. Cercarie dostają się do ryby karpiowej (lin, leszcz, jaź, karp, płotka, rumienica i in.), gdzie otarbiają się w mięśniach, tworząc incystowane stadium metacercarie.

3. Ostatnia faza rozwoju odbywa się w żywicielu ostatecznym (kot, pies i inne zwierzęta oraz człowiek). Po spożyciu ryby w stanie surowym z larwy rozwija się dojrzały robak, który wędruje do dróg żółciowych i w 4 tyg. od czasu wnikięcia zaczyna składać jajeczka.

Jajeczko *O. f.* jest wysmukło-owalne, o zabarwieniu żółto-brązowym, długości 25—36 mikr., szerokości 10—16 mikr. Jeden koniec jest węższy i posiada wieczko, drugi szerszy ma niekiedy guziczek. Skorupka jest dwukonturowa.



Jaja *O. f.* w kale — objekt. 7

Wnętrze jajeczka wypełnione jest całkowicie przez zarodek. Dojrzały pasożyt ma kolor świeżego mięsa z żółto-brązowym zabarwieniem części środkowej. Ciało jego jest płaskie, lancetowate, długości 5—10 mm., szerokości 1,5 do 2,3 mm. *).

*) Szczegóły o biologii i budowie *O. f.* można znaleźć w pracy *Ejssmonta*, zamieszczonej w *Biologii Lek.* paźdz. 1937.

Częstość zakażenia *O. f.* idzie równoległe z rozpowszechnieniem ślimaka-zagrębki, który żyje w wodach stojących i bieżących. Głównymi czynnikami epidemiologicznymi są: obfitość ślimaków i ryb, sąsiedztwo osiedli ludzkich ze zbiornikami wody i spożywanie ryb w stanie surowym.

Rindfleisch ogłosił w r. 1909 40 przypadków zakażenia *O. f.*, przeważnie wśród rybaków z nad Zalewu Kurońskiego. Prawie we wszystkich przypadkach znajdowano również jaja *B. l.* Co się tyczy występowania *O. f.* w Polsce, należy zaznaczyć, że *Ejssmont*, badając w latach 1926—33 52 koty, stwierdził w 25% *O. f.* i zwrócił uwagę na możliwość znalezienia *O. f.* u ludzi. Jak podaje *Ejssmont*, rozpoznał on pierwszy w Polsce jaja *O. f.* w maju 1936 z kału, dostarczonego ze Szpitala Przemienienia Pańskiego (przypadek *Garmaty*). Kał pochodził od Żydówki, cierpiącej na żółtaczkę. Jednakże już w marcu 1936 w naszym oddziale *H. Goldman* i *Bernstein* badając kał chorej z anemią, stwierdzili obecność jaj *O. f.* co zostało potwierdzone przez docenta *Markowskiego* z Zakładu Zoologii *U. J. P.* Był to pierwszy przypadek zakażenia *O. f.* u człowieka w Polsce. Był on demonstrowany w *Tow. Int.* jesienią 1936. W paźdz. 1936 stwierdzono ponownie w naszym oddziale zakażenie *O. f.* (przyp. *Rawicza*). W styczniu 1937 r. doniósł *Płockier* o podobnym przypadku u Żydówki z Pińska. Obecnie demonstrowany przyp. jest więc 5-ty. Wszystkie dotychczas znane w Polsce przypadki dotyczą — rzecz charakterystyczna — Żydówek. W 2-ch przypadkach z naszego oddziału chore podawały, że próbowały surową siekaninę ryb.

Zmiany anatomo-patologiczne, stwierdzone u nosicieli *O. f.*, sprowadzają się, wg. *Winogradowa*, do zap. dróg żółciowych, niekiedy z ogniskami zap. mięszu wątrobowego. Jednakże w 5-ciu przypadkach sekcyjnych z materiału *Rindfleischa* stwierdzono nowotwory wątroby, wychodzące z dróg żółciowych, powstałe prawdopodobnie na tle mechanicznego podrażnienia przez liczne pasożyty. Zakażenie *O. f.* nie zawsze daje objawy chorobowe. Materiał 40 przypadków *Rindfleischa* można podzielić na 3 grupy. U 25 chorych jajeczka znajdowano przypadkowo, bez objawów klinicznych. W 10 przyp. chorzy skarżyli się na bóle w dołku podsercowym i w okolicy wątroby oraz na objawy dyspeptyczne. Obiektywnie stwierdzano powiększenie i tklivość wątroby. Wreszcie w 5 przypadkach za życia był obraz ciężkiej żółtaczki mechanicznej, na sekcji zaś stwierdzono nowotwory wątroby. Co się tyczy materiału polskiego przypadki *Garmaty*, *Płockiera* i *Rawicza* przebiegały jako schorzenia dróg żółciowych. Odmiennie przedstawiają się oba pozostałe przyp. z naszego oddziału. Przyp. *Goldmana* i *Bernsteina* dotyczył 15-letniej dziewczynki z objawami ciężkiej anemii (1.800.000 cz. c.). W kale znaleziono jaja *O. f.* i *Trichoceph. dispar.* Wątroba i śledziona nie były powiększone. Stosowano wielokrotne transfuzje krwi, preparaty wątroby, mimo tego chora zmarła przy liczbie cz. c. 600.000. Na sekcji stwierdzono poza anemią zap. dróg żółciowych. W tym przyp. można było anemię przypisać wyłącznie zakażeniu *O. f.* Również u naszej chorej na pierwszy plan w obrazie klinicznym wysuwa się wybitna anemia o typie biermerowskim. Odmiennie, niż w chorobie *Biermera*, zabarwienie skóry, eozynofilia oraz obecność jaj pasożytów wskazywały, że mamy do czynienia z anemią pasożytniczą. Mieliśmy wątpliwości, czy anemia

ta wywołana została przez *B. l.*, czy też również *O. f.* przyczynił się do tego obrazu. Ciężkie anemie w zakażeniach przywrami były już opisywane przez *Bostroma*, *Biermera* i *Gluzińskiego*. Rozstrzygnięcie tego pytania mogła przynieść tylko dalsza obserwacja. Przede wszystkim należało usunąć *B. l.* Już po pierwszym płukaniu dwunastnicy roztworem $MgSO_4$ odszedł nazajutrz ze stolcem tasiemiec wraz z główką.

Zaaplikowana następnie kuracja wyciągiem z paproci samczej nie dała już efektu. W następnych badaniach kału nie stwierdzano więcej jaj *B. l.* Wobec ciężkiego stanu chorej nie czekano na samoistną poprawę krwi po usunięciu *B. l.*, lecz zastosowano energiczne leczenie przeciwanemiczne w postaci wstrzykiwania wyciągów z wątroby oraz podawania *Fe* doustnie. Poprawę obrazu krwi pod wpływem leczenia ilustruje zestawienie:

Data	Cz. ciałek	B. ciałek	Hb.	I.
28.VI	1.180.000	6.100	35%	1,5
6.VII	2.000.000	5.500	42%	1,0
14.VII	2.800.000	7.000	57%	1,0
21.VII	2.560.000	6.300	65%	1,3
27.VII	3.140.000	3.200		
2.VIII	3.600.000	5.300	75%	1,0
17.VIII	3.600.000		88%	1,2

Od 14.VII. nie podawano przez tydzień wyciągów z wątroby.

Równoległe z poprawą obrazu krwi nastąpiła poprawa subiektywna. Znikły objawy anemizacji mózgu. Chora odzyskała siły i apetyt; przybrała na wadze 12 kg. Skarżyła się tylko na nieznaczne ściskanie w dołku podsercowym po jedzeniu. 20.VIII. chora wypisała się ze szpitala. 10.X. mieliśmy możliwość przebadania chorej. Czuła się zupełnie dobrze; przybrała ponownie 5 kg. Period wrócił. Obiektywnie stwierdzono powiększoną, tkliwą wątrobę.

Krew: cz. ciałek 4.500.000, Hb. 75%, b. ciałek 5.100, o wzorze:

segm. 27%, limf. 47%, eozy. 21%, mon. 5%, bas. 0%, W cz. ciałkach brak zmian patologicznych.

Badanie kału: 9 jaj *O. f.* w preparacie.

Badanie żołądka po podaniu 0,5 mg. histaminy podskórnie stwierdziło zupełny bezkwas. W ostatniej porcji soku żołądkowego, podbarwionego znaczną domieszką żółci, stwierdzono pojedyncze jaja *O. f.*

Jak widzimy, nastąpiła u naszej pacjentki dalsza poprawa obrazu krwi i kliniczne wyleczenie, względnie remisja. Obecnie pacjentka jest nosicielem *O. f.* bez objawów klinicznych. Anemia była więc spowodowana przez *B. l.*, zaś nieżyt dróg żółciowych przez *O. f.*

Sprawie leczenia zakażenia *O. f.* poświęcimy tylko kilka słów. Różni autorzy stosowali wstrzykiwania dożylnie *tartar. emet.*, *neostibinalu*, *merkurochromu* oraz emetynę podskórnie — bez efektu. *Faust* osiągał dodatnie wyniki, podając doustnie fiolet goryczki w ilości 0,33 g na kg wagi. Inni autorzy tych wyników nie potwierdzili. *Szidat* i *Erhardt* stosowali podskórnie preparat antymonowy — *fuadin* w ilości 0,4 ml. na kg wagi. Jednak nadzieje, pokładane w tym preparacie, nie ziściły się. W naszym oddziale stosowano fiolet goryczki i emetynę — bez efektu.

Demonstrując ten przyp., mieliśmy na celu zwrócić uwagę kolegów na mało dotychczas znany pasożyt dróg żółciowych, jakim jest *O. f.* W każdym przypadku

niejasnego schorzenia dróg żółciowych oraz anemii należy dokładnie badać kał i żółć na obecność jaj *O. f.*

Na koniec zwracamy uwagę na znaczenie profilaktyczne zakazu spożywania, względnie próbowania surowej siekaniny z ryb, co jest zwyczajem dość rozpowszechnionym wśród kobiet żydowskich.

PIŚMIENNICTWO.

Askanazy: D. med. Wchnschr. 1904. — Braun- Seifert: Die tier. Paras. d. Menschen. — Ejsmont: Biologia Lek. paźdz. 1937; Warsz. Czasop. Lek. 1937 Nr 43. — Płockier: Gastrologia Pol. 1937 t. VI. Nr 2. — Rindfleisch: D. med. W. 1904; D. Archiv. f. Klin. Med. Bd. 33. — Szidat u. Erhardt: D. med. W. 1931.

Z II-go Oddziału gruźliczego Szpitala Starozakonných w Warszawie.

(Ordynator: dr B. Jochweds).

Gwałtowne wystąpienie przepukliny śródpiersiowej w przebiegu leczenia odmowego.

Podali

B. GLASS i Z. SWISŁOCKI (Warszawa).

W styczniu r. z. został przyjęty z powodu wysokiej gorączki 25-ioletni chory do oddziału wewnętrznego d-ra Fejgina, gdzie znajdował się pod bezpośrednią opieką d-ra Janowskiego.

Na 2 tyg. przed przybyciem do szpitala chory zaczął kasnąć, a od 2 dni gorączkuje do 38°5. Skarży się na klucie w lewym boku, duszności prawie że nie odczuwa, mało kaszle i pluje. O 4 lata starszy od niego brat chory jest od 3 lat na gruźlicę płuc, od 2 lat ma założoną odmě sztuczną i nie prątkuje.

W oddziale stwierdzono stłumienie do dolnej 1/3 łopatki po stronie lewej z oddechem wybitnie oskrzelowym i pojedynczymi trzeszczeniami. Zmian w płucu prawym nie stwierdza się. Tętno 100, oddechów 24. Szybkość opadania krwinek 50 minut. Badanie krwi, wykonane dwukrotnie w dn. 8 i 19 stycznia, wykazało 9000 białych ciałek krwi, w tym pałozkowatych 1%, segmentowanych 71%, limfocytów 28%, a zatem stosunki prawidłowe.

Zdjęcie klatki piersiowej, wykonane w Pracowni Szpitala przez p. dr Jochelson (kierownik pracowni: dr Mesz), w dniu 14.I wykazało obecność plamistego, niemal że jednolitego zaciemnienia górnych 2/3 lewego pola płucnego bez widocznego rozpadu, płuco prawie bez zmian.

Zarówno ostry początek choroby, jak i wynik badania fizykalnego przemawiał za górnopłatowym zapaleniem płuca. Jednak względnie dobry stan chorego, brak zatrucia pomimo wysokiej ciepłoty oraz wynik badania morfologicznego krwi zmuszały kolegów, leczących chorego, do szukania innej etiologii.

Rzeczywiście, chociaż dwukrotnie wykonane badanie płucowiny nie wykazało obecności prątków *Kocha*, to po 12 dniach pobytu chorego w oddziale udało się kol. Janowskiemu stwierdzić obecność pojedynczych prątków gruźlicy po użyciu metody antyforminowej.

Po wykryciu prątków chory został niezwłocznie przepisany do naszego oddziału, gdzie, stojąc na stanowisku, że mamy do czynienia z ostro postępującą postacią gruźlicy, zdecydowaliśmy się na natychmiastowe założenie odmy sztucznej lewostronnej. Wprowadzone powietrze ucisnęło płuco od przodu i boku, z tyłu płuco było przyklepione na dużej przestrzeni do ściany klatki piersiowej. Również w linii pachowej płuco wisiało na jednym zroście. Po szeregu dopełnień płuco wyglądało, jak jednolity, ciemny blok, który był przytwierdzony do tylnej ściany klatki piersiowej. W tym miejscu stale się wysłuchiwało i wysłuchuje wybitny oddech oskrzelowy.

Po założeniu odmy chory gorączkował nadal powyżej 38°.

Nie rezygnowaliśmy jednak z naszego leczenia. Dwukrotnie badana płwocina wykazała obecność prątków Kocha, stan chorego nie ulegał żadnej zmianie. Wreszcie po 6-iu mniej więcej tygodniach od chwili założenia odmy temperatura opadła niemal do normy i wynosiła najwyżej 37°2 — 37°3. Chory zaczął się szybko poprawiać.

W dniu 19 marca chory miał jedno z dopełnień odmy, które się zakończyło na ciśnieniu ujemnym, i po którym chory czuł się zupełnie dobrze. W 3 dni później w czasie obiadu chory dostał nagle gwałtownej duszności i uczucia dławienia, które uniemożliwiało mu przełknięcie czegokolwiek. Był bledy, niespokojny, sinicy nie miał, tętno 96, miarowe, nieźle napięte, oddechów 34. Po stronie lewej całkowite zniesienie oddechu, po prawej oddech pęcherzykowy zaostrzony. Serce nie przesunięte w prawo. Całość sprawiała wrażenie, jak gdyby chory dostał samoistnej odmy. Po wstrzyknięciu 0,01 morfiny chory się uspokoił, wszystkie objawy ustąpiły. Następnego dnia badanie rentgenowskie wykryło dużą przepuklinę śródpiersiową, której nie było przedtem, a zatem której powstaniu towarzyszyły burzliwe objawy.

Co to jest przepuklina śródpiersiowa, i kiedy ona powstaje?

Obie opłucne ścienne u człowieka nie łączą się ze sobą, a zatem jamy opłucnowe stanowią zamkniętą całość. W śródpiersiu opłucna ścienna opiera się o narządy śródpiersia, które stanowią dla niej jak gdyby ścianę. Jednak w paru miejscach w śródpiersiu przednim i tylnym tego oparcia brak, i obie opłucne — prawa i lewa — stykają się niemal ze sobą, będąc oddzielone jedynie cienką warstwą tkanki łącznej. Takie miejsce *minoris resistentiae* znajduje się za mostkiem poniżej 5-go żebra oraz w śródpiersiu tylnym na wysokości od 6-go do 10-go kręgu między przełykiem a kręgosłupem. W tych miejscach powstają zazwyczaj przepukliny śródpiersiowe na skutek wypuklenia się listków opłucnowych w jedną lub drugą stronę.

Szereg czynników sprzyja powstawaniu przepukliny śródpiersiowej. A więc czynnik anatomiczny, tzn. wielkość powierzchni, na której stykają się ze sobą obie opłucne; czynnik funkcjonalny, tzn. usposobienie do znacznych wahań ciśnień wewnątrz opłucnowych u ludzi z dużą klatką piersiową; czynnik konstytucjonalny czyli mniejsza wartościowość tkanki łącznej, która wyrażać się może niekiedy występowaniem przepuklin w różnych miejscach u tego samego osobnika; czynnik mechaniczny, który stanowi wypadkową różnych okoliczności. Ten czynnik mechaniczny zależy przede wszystkim od ciśnienia wewnątrzopłucnowego. Ciśnienie to nie jest wartością stałą: zmienia się ono nie tylko podczas wdechu i wydechu, ale przy zmianie pozycji, przy każdym ruchu, w czasie kaszlu itd. W warunkach zwykłych elastyczne płuco oraz ruchome śródpiersie równoważą zmiany chwilowe ciśnień. Zdarza się jednak, że ten mechanizm wyrównawczy zawodzi. Bywa tak w przypadkach, gdy płuco wisi na zrostach, które nie pozwalają na dalsze spadnięcie się płuca, oraz wtedy, gdy płuco chore na skutek rozległych zmian wysiękowych straciło swoją elastyczność i nie może zmniejszyć bardziej swej wielkości. Bywa tak również w przypadkach sztywnego, niepoddającego się śródpiersia.

Czynniki powyżej omówione stanowią elementy, sprzyjające powstaniu przepukliny śródpiersiowej. Czynnikiem, wywołującym i niezbędnym do jej powstania, jest wystąpienie znacznej różnicy ciśnień w jamach

opłucnowych, a zatem bądź zwiększenie ciśnienia z jednej strony, bądź zmniejszenie po stronie drugiej. Z tym ostatnim spotykamy się w przypadkach rozległej niedodmy, w której przebiegu szeregu autorów, a między innymi ostatnio Elrick, obserwowali przepuklinę płucną śródpiersiową.

Z nagłym zwiększeniem się ciśnienia spotykamy się najczęściej w przebiegu leczenia odmowego. Chociaż kończymy zawsze dopełnianie odmy przy wartościach ujemnych, to jednak gwałtowny kaszel, silny wydech, szczególnie w czasie wysiłku, gwałtowna zmiana pozycji, wreszcie „dobrotliwa“ odma samoistna mogą zwiększyć nagle ciśnienie wewnątrzopłucnowe.

W większości przypadków wystąpienie przepukliny śródpiersiowej przebiega całkowicie bezobjawowo i skrycie zarówno dla chorego, jak i dla lekarza. Dopiero badanie rentgenowskie przed lub po dopełnieniu odmy wykrywa obecność przepukliny. Tak bywa w znacznej większości przypadków, przy czym należy podkreślić, że, według większości statystyk, u 25% chorych odmowych stwierdza się przepuklinę śródpiersiową. Bardzo rzadko wystąpieniu przepukliny śródpiersiowej towarzyszą gwałtowne objawy, jak miało to miejsce w naszym przypadku. Według Jakubowicza, przepukliny śródpiersiowe ostre, zwłaszcza lewostronne, sprawiają szarpanie za mostkiem, uczucie ucisku i rozpierania w klatce piersiowej, czasami krwioplucie, duszność, przyspieszenie akcji serca, kołatanie i uczucie zamierania serca oraz sinicę.

Zasadniczo pamiętać należy, że inne będą objawy, jeśli będziemy mieli do czynienia z przepukliną przednią, wciskającą się między mostek a serce i wywierającą ucisk na serce, a przepukliną tylną, wciskającą się między kręgosłup a przełyk, tchawicę i wielkie naczynia i wywierającą ucisk na te właśnie narządy. Najmniej odporny jest przełyk, nic więc dziwnego, że chory dostał uczucia dławienia i nie mógł nic przełknąć. Uczucie niepokoju i duszności powstaje na skutek ucisku na duże naczynia. Wszystkie te objawy trwają tak długo, póki kieszeń powietrzna nie utworzy sobie drogi i nie wydostanie się poza śródpiersie. Po następnych dopełnieniach odmy chory nasz nie odczuwał już żadnych dolegliwości pomimo, że przepuklina śródpiersiowa nadal się utrzymywała. Przez niektórych autorów poruszane jest zagadnienie, posiadające znaczenie jedynie teoretyczne, mianowicie wpływ przepukliny śródpiersiowej na dalszy przebieg leczenia odmowego. Otóż zarówno nasze obserwacje, jak i obserwacje innych autorów stwierdzają zgodnie brak jakiegokolwiek bądź wpływu przepukliny śródpiersiowej na dalsze losy odmy. Zdarza się, oczywiście, że wyniki leczenia odmowego są uzależnione od tych samych przyczyn, które wpływają na powstanie przepukliny śródpiersiowej, jak np. od zrostów opłucnowych. Stoimy na stanowisku, że należy bezwzględnie kontynuować leczenie odmowe, a jeśli są zrosty, nadające się do przepalenia, to je przepalić.

W danym przypadku dopełniliśmy odmy w 4 dni po powstaniu przepukliny. Ciśnienie początkowe było ujemne, tak, że nie sądzimy, by przyczyną powstania przepukliny śródpiersiowej była odma samoistna „dobrotliwa“. Wobec tego, że odma była nieskuteczna, w 2 miesiące później dokonaliśmy pleuroskopii, która wykazała obecność płaszczyznowych zrostów, nie nadających się do przepalenia. Z tego względu zakwalifikowaliśmy chorego do odmy pozaopłucnowej.

Z teki lekarza praktyka.

Znaczenie kliniczne krwimoczcu.

Podał

Dr S. LEWINSON (Warszawa).

Krwimocz jest poważnym objawem chorobowym, który ujemnie wpływa na psychikę chorego, szczególnie gdy występuje po raz pierwszy. Lekarz, wezwany do chorego z krwimoczem, powinien ustalić rozpoznanie, plan postępowania leczniczego oraz rokowanie.

Ustalenie przyczyny krwimoczcu jest zadaniem trudnym dla lekarza-praktyka, nie posiadającego do dyspozycji precyzyjnych narzędzi i nie mającego nieraz warunków do wykonania niezbędnych badań pomocniczych. Nieraz i specjalista, uzbrojony w cały arsenał nowoczesnych narzędzi, nie jest w stanie stwierdzić z całą dokładnością, jaka jest przyczyna krwimoczcu. Obecnie, dzięki postępowi diagnostyki urologicznej, umożliwiającą bezpośrednie badanie całego układu moczowego, liczba takich przypadków jest coraz mniejsza.

O krwimoczcu mówimy wtedy, kiedy w moczu znajdują się krwinki czerwone. Rozróżniamy krwimocz mikroskopowy, mocz ma wtedy barwę żółtą i przejrzystość zupełną, oraz makroskopowy, kiedy to mocz jest mętny i barwa jego jest mniej lub więcej czerwona. Najobfitsze krwawienia powodują czerwono-krwawy wygląd moczu, w krwawieniach mniej obfitych mocz ma wygląd popłuczyn mięsnych. W razie obfitych krwawień z nerek mogą się w moczowodach tworzyć długie, walcowate skrząpy. Jeśli krwawienie pochodzi z dolnych dróg moczowych, wówczas erytrocyty będą niezmienione; natomiast w krwawieniach z górnych części układu moczowego krwinki czerwone będą wyługowane.

Po odstawieniu na parę godzin moczu, zawierającego krew, stwierdza się, że krwinki osiadają na dnie. Jeżeli zaś mocz zawiera nie tylko krew, ale i ropę, wówczas w naczyniu utworzą się trzy warstwy: na dole warstwa leukocytów, nad nią warstwa krwinek czerwonych, a najpowierzchniej warstwa moczu. Granice tych trzech warstw są wyraźne.

Czerwone zabarwienie moczu nie zawsze dowodzi obecności krwi. Zabarwienie takie może powstawać na skutek obecności hemoglobiny. W tych przypadkach nie stwierdzamy obecności krwinek w osadzie, i zabarwienie utrzymuje się po przesączeniu moczu. Moczenie hemoglobinowe spotykamy w niektórych chorobach zakaźnych (dur, płonica, zimnica), w niektórych zatruciach oraz w kile; natomiast rzadko spotykamy hemoglobinurię w przebiegu zapalenia.

Obecność hematurii może również powodować czerwone zabarwienie moczu, stan taki występuje po dłuższym zażywaniu sulfonalu, trionalu itp.

Czerwono-żółte zabarwienie powstaje po zażyciu senesu i rzewienia.

Badanie podmiotowe tak tutaj, jak i w innych sprawach chorobowych ma wielkie znaczenie dla ustalenia rozpoznania. W wywiadach zwracamy szczególną uwagę na niedawno przebyte choroby zakaźne (dur, płonica, rzeżączka). Dalej dowiadujemy się, czy też w niezbyt dalekiej przeszłości miał miejsce uraz, który mimo braku uszkodzeń powłok zewnętrznych mógł spowodować pęknięcie nerki, uraz pęcherza moczowego lub przerwanie cewki w okolicy krocza. Pamiętamy także, że poród jest często urazem, albowiem przodująca główka może

wywołać uszkodzenie pęcherza moczowego i cewki. Dalej wypyujemy o zażywaniu leki, a w szczególności o arsenik, kantarydynę, alkohol itp., albowiem większe ich ilości mogą wywoływać krwimocz.

W wywiadach rodzinnych należy zwrócić specjalną uwagę na gruźlicę, krwawiączkę, skazę moczanową i dnawą.

W przypadkach krwimoczcu u kobiet wyłączamy krwawienie z narządów rodnych za pomocą cewnikowania.

U mężczyzn z objawów, podanych przez chorego, i z okresu wystąpienia krwimoczcu możemy nieraz rozpoznać, z jakiego narządu krew pochodzi. W krwawieniu z przedniej cewki krew wycieka na początku lub niezależnie od urynowania. W przypadkach krwawień z tylnej cewki część krwi przedostaje się do pęcherza moczowego, skąd zostaje wydalona jako mocz krwawy. W razie słabszego krwawienia krew odchodzi po oddaniu moczu jako „krwimocz końcowy“. Podobne krwawienie występuje w przypadkach małych kamień z pęcherza moczowego, złogów w sterzu, polipów w okolicy szyi pęcherza moczowego, pęcherzyków nasiennych i nasieniowodów.

Krwawienia na skutek obecności złogów w pęcherzu moczowym występują zwykle po gwałtownych ruchach lub jeździe konnej.

Krwimocz u starszych ludzi może być jedynym objawem istniejącego przerostu gruczołu krokowego lub guza pęcherza moczowego. Krwawienie takie występuje w zaparciu stolca na skutek przekrwienia sterzu.

Krwawienie z nerek, moczowodów i z pęcherza moczowego nie różni się u obu płci. Krwawieniu z nerek często towarzyszy kolka nerkowa.

Oglądanie chorego umożliwia rozpoznanie przyczyny krwawienia z zewnętrznych narządów moczowych po urazie. Przy badaniu przez odbytnicę rozpoznajemy u mężczyzn zmianę w gruczole krokowym. Przy badaniu przez pochwę możemy rozpoznać obecność złogów w pęcherzu moczowym, ewentualnie złogi i zgrubienia w dolnym odcinku moczowodów typowe dla gruźlicy.

Cewnikowanie pęcherza moczowego umożliwia często ustalenie źródła krwawienia. Narzędzia do cewnikowania należy dokładnie wyjałowić. W razie krwawienia pochodzenia nerkowego uzyskujemy zniknięcie krwawego zabarwienia moczu po przepłukaniu pęcherza niewielką ilością płynu. W przypadkach krwimoczcu, pochodzącego z pęcherza, krwawe zabarwienie moczu ustępuje z trudem.

Przyczynę krwawienia z cewki moczowej rozpoznajemy wzornikowaniem. Wziernikowanie pęcherza moczowego umożliwia rozpoznanie przyczyny krwawienia z pęcherza moczowego, ewentualnie określenie, z której nerki wydziela się mocz krwawy. Wziernikowanie pęcherza może być dokonane przy istnieniu następujących warunków: 1) drożności cewki, 2) pojemności pęcherza moczowego najmniej 30 ccm, 3) możności przepłukania pęcherza moczowego aż do otrzymania płynu klarownego.

Wziernikowaniem możemy wykryć zmiany zapalne, nowotwory pęcherza moczowego, kamieć, ciała obce itd. W dużym odsetku przypadków wykonanie zdjęcia promieniami Rentgena umożliwia rozpoznanie przyczyny krwimoczcu.

Krwimocz może być wyrazem zarówno ciężkich

chorób wrodzonych (krwawiaczka), jak i nabytych, może powstać nagle wskutek urazu lub też może być przejściowym objawem chorobowym.

Najczęstszą przyczyną krwawienia z cewki moczowej jest uraz cewki, powstały przez przyciśnięcie cewki do twardego podłoża lub na skutek złamania kości łonowych. W zależności od siły urazu powstaje uszkodzenie bądź pojedynczych warstw cewki, bądź też całej ściany. W zależności od tego może być całkowicie lub częściowo przerwana ciągłość cewki. Objawy w takich przypadkach występują natychmiast: krwawienia z cewki, obrzęk krocza i moszny, całkowite lub częściowe zatrzymanie moczu. Krew wycieka z cewki kroplami lub przy pierwszej próbie urynowania. W razie uszkodzenia błonistej lub sterczowej części cewki krew zacieka do pęcherza moczowego, mieszając się z moczem. Całkowite zatrzymanie moczu występuje jedynie w przypadkach zupełnego przerwania ciągłości cewki, krwiaka w miejscu przerwania lub obrzęku wtórnego. W dalszym przebiegu dochodzi często do nacieczenia moczowego. Rozpoznanie nie nastręcza trudności. Z innych uszkodzeń należy wymienić uszkodzenia u rowrzystów i na skutek wprowadzenia narzędzi do cewki. Złamanie prącia zdarza się bardzo rzadko. Przy samodzielnym odchodzeniu złogów mogą powstać krwawienia z cewki moczowej.

Gruźlica cewki występuje jedynie w przebiegu gruźlicy innych narządów moczopłciowych, najądrza, sterczu itd. Stwierdzenie pierwotnego ogniska ułatwia rozpoznanie.

Z nowotworów najczęściej przyczyną krwawienia u mężczyzn bywają brodawczaki, które mogą występować w przebiegu przewlekłej rzeżączki. Nowotwory te umiejscawiają się na początku cewki i są mnogie. Polipy tylnej cewki umiejscawiają się zwykle w okolicy wzgórką nasiennego i wewnętrznego ujścia cewki moczowej. Wziernikowanie umożliwia rozpoznanie.

Pierwotny rak cewki moczowej jest bardzo rzadki.

W przebiegu ostrej rzeżączki krwawienie występuje jedynie na skutek drobnych pęknięć śluzówki. W przebiegu rzeżączki uporczywy wzdół prącia może także powodować krwiomocz. W przebiegu rzeżączki tylnej występuje krwiomocz końcowy (przy ostatnich kroplach moczu) na skutek schorzenia gruczołu krokowego, pęcherzyków nasiennych i szyi pęcherza moczowego.

Uszkodzenie kobiecej cewki moczowej jest znacznie rzadsze. Krwimocz powstaje najczęściej wskutek uszkodzenia zewnętrznego ujścia cewki moczowej, nowotworów złośliwych (raki), wypadnięcia cewki.

Przewlekłe zapalenie gruczołu krokowego często daje domieszkę krwi do wydzieliny tego gruczołu. Krwawienie ze sterczu i z pęcherzyków nasiennych może objawiać się jako *haemospermia*.

Gruźlica sterczu — pierwotna i wtórna — powoduje nieraz krwiomocz końcowy przy bardzo bolesnym urynowaniu. Złogi sterczu powodują krwiomocz jedynie w przypadkach przebiccia ich do tylnej ściany, lub gdy są umieszczone powierzchownie pod śluzówką.

Przerost gruczołu krokowego może powodować krwawienia niebezpieczne dla życia. W każdym przypadku krwiomoczu w podeszłym wieku przyczyną może być przerost gruczołu krokowego. Częstość krwotoków w przebiegu tego cierpienia tłumaczy się zastojem żylnym, powstałym na skutek wzmożonego ciśnienia wewnątrzpęcherzowego (ciągła przeszkoda w odpływie moczu). Częste w podeszłym wieku zaburzenia krąże-

nia powodują przekrwienie w małej miednicy, potęgowane zazwyczaj przez istniejącą miażdżycę. Bezpośrednią przyczyną krwawień są drobne urazy, powstałe na skutek zalegania kału, nadmierne ilości wydzielanego moczu, nadużywanie alkoholu, wstrząsy, powodowane przez jazdę bryczką lub samochodem itd.

Natężenie krwawienia z gruczołu krokowego może być różne, czasem stwierdzamy krwawienie mikroskopowe, czasem znów obfity krwotok.

Innym rodzajem krwawienia z gruczołu krokowego jest krwawienie „*ex vacuo*“. Chorzy, cierpiący na przerost gruczołu krokowego z zaleganiem moczu, mają często znaczne przekrwienie i rozszerzenie żył śluzówki pęcherza. Nagłe opróżnienie pęcherza przy pomocy cewnika może spowodować krwawienie z każdego naczynia w śluzówce pęcherza. Krwawienie to może być pierwszym objawem, który kieruje uwagę chorego na istniejące cierpienie. Rozpoznanie przerostu gruczołu krokowego nie nastręcza trudności.

Aby opanować krwawienie z gruczołu krokowego wystarczy nieraz zatrzymanie chorego w łóżku i dbanie o regularne wypróżnienia. Nieraz zmuszeni jesteśmy założyć cewnik na stałe, gdyż zabieg ten obniża krwawienie z gruczołu krokowego.

Krwawienie może wystąpić po niepowikłanym cewnikowaniu przez nieznaczne zadrażnienie śluzówki tylnej cewki. Cewnikowanie metalowym cewnikiem może spowodować krwawienie przez wytworzenie fałszywej drogi (*fausse route*). Z tego względu uważamy używanie metalowego cewnika za błąd w sztuce. W każdym przypadku należy posługiwać się cewnikiem gumowym.

Krwimocz na skutek zmian zapalnych pęcherza moczowego powstaje jedynie w przebiegu ostrych miażdżyszowych spraw nieżytowych i ropnych. Krwawienie w tych przypadkach nie bywa obfite.

Pęknięcie pęcherza moczowego może być wyrazem siły działającej od zewnątrz (złamanie kości miednicy) albo od wewnątrz (nadmierne wypełnienie pęcherza moczowego). Przy cewnikowaniu wyciekają niewielkie ilości krwawego moczu. Pęknięcia pęcherza wymagają natychmiastowego leczenia operacyjnego. Przy stłuczeniu pęcherza moczowego chorey bądź samoistnie bądź przez cewnik oddaje duże ilości krwawego moczu. Tak więc dla pęknięcia pęcherza charakterystyczny jest „krwawy bezmocz“, kiedy przy stłuczeniu mamy duże ilości moczu. Stłuczenie pęcherza powstaje przy porodach.

Krwawienia w przebiegu ostrych i przewlekłych spraw zapalnych pęcherza moczowego występują bądź pod koniec oddawania moczu, bądź stale w nieznacznych ilościach.

Perwotna gruźlica pęcherza moczowego jest niezmiernie rzadka; najczęściej sprawa toczy się w nerce, i dopiero objawy pęcherzowe zwracają uwagę chorego. Krwimocz należy do wczesnych objawów gruźlicy pęcherza moczowego.

Kiła pęcherza moczowego pod postacią kilaków, powodujących krwawienie, należy do białych kraków.

Obce ciała pęcherza moczowego powodują krwawienia jedynie wtedy, gdy są ostre i ranią śluzówkę. Przy dłuższym pozostawianiu w pęcherz powodują one stany zapalne i mikroskopowy krwiomocz. Kamica pęcherza powoduje objawy podobne do ciała obcego. Krwawienia powstają na skutek drobnych uszkodzeń śluzówki pęcherza moczowego przez poruszający się zółg; dlatego krwawienie powstaje po ruchach np. po

jeździe konnej. W czasie spokoju krwawienie ustępuje. Rozpoznanie kamicy pęcherza moczowego nie zawsze jest łatwe.

Nowotwory pęcherza moczowego bardzo często powodują krwawienia. Najczęściej spotykamy brodawczaki i raki; mięsaki spotyka się rzadko i to zwykle u młodych osobników. Krwimocz w przebiegu nowotworów pęcherza moczowego występuje nagle i zwykle bez uchwytnej przyczyny. Krwawienie ustępuje samoistnie, utrata krwi bywa zwykle znaczna, mocz zawiera dużo skrzepów.

W późniejszych okresach nowotworów złośliwych krwimocz występuje dość często i wpływa na pogorszenie stanu chorego.

Brodawczaki powodują krwawienia krwią jasną, w przypadkach raków krew jest barwy ciemno-brunatnej wskutek wyługowania barwnika krwi.

Wziernikowanie umożliwia rozpoznanie nowotworu pęcherza moczowego, czasem nawet możemy określić charakter nowotworu.

Pęknięcie żyłaków pęcherza moczowego należy do rzadkich przyczyn krwimocz.

Stwierdzenie krwawego strumienia moczu przy cewnikowaniu lub wziernikowaniu moczowodów przemawia za nerkowym pochodzeniem krwimocz. Bóle w okolicy nerki i macalne guzy pozwalają przypuszczać, że przyczyna krwimocz tkwi w nerkach.

Krwawienie w przypadkach stłuczenia nerki może być mikroskopowe lub bardzo obfite (niebezpieczne dla życia chorego). Krwimocz nie stwierdzamy, oczywiście, w przypadkach oderwania moczowodu.

Krwimocz występuje natychmiast po urazie, w lżejszych przypadkach trwa kilka dni, w cięższych kilka tygodni. W przypadkach lżejszych leczenie jest zachowawcze i objawowe, w cięższych operacyjne. Kamica nerkowa i moczowodowa powoduje zwykle mikroskopowy krwimocz po atakach kolki nerkowej, krwawienie nie jest jednak wynikiem urazu, lecz skutkiem przekrwienia nerki w czasie ataku kolki nerkowej.

Znaczne krwawienia widzimy w przypadkach nowotworów nerek, szczególnie w przypadkach nowotworów złośliwych. Z łagodnych nowotworów najczęściej krwawienie powoduje brodawczak i gruczolak miedniczki nerkowej. Wszystkie złośliwe nowotwory powodują krwimocz, najczęściej spotykamy raki, mięsaki, gruczolako-mięsaki, nadnerczaki i guzy mieszane. Przyczyną krwawień są duże naczynia wrastające obficie do guza; nadżerki tych naczyń są przyczyną krwawień, towarzyszy im rozpad tkanki nowotworowej. Krwimocz w guzach nerki występuje nagle i zwykle jest pierwszym objawem schorzenia. Krwawienie ustępuje sa-

moistnie, aby po pewnym czasie powrócić. W jednych przypadkach krwawienie występuje sporadycznie, w innych trwa całe miesiące. Mocz bywa zabarwiony czekoladowo, charakterystyczne są skrzepy krwi, powstające w moczowodach; przy przechodzeniu tych skrzepów przez moczowód występują objawy kolki nerkowej.

Brodawczaki miedniczki nerkowej w okresie krwawienia mogą spowodować zatkanie moczowodu przez skrzepy krwi lub przez oderwaną nitkę (brodawkę) nowotworu, następuje wtedy zatrzymanie krwawego moczu w miedniczce. Po samoistnym udrożnieniu się odchodzi krwawa zawartość miedniczki. Powstaje wtedy charakterystyczny dla brodawczaka objaw *haemato-nephrosis intermittens*.

Podobne nowotwory mogą powstawać w moczowodach.

Gruźlica nerek powoduje nieznaczny krwimocz, przeważnie mikroskopowy. Jedynie ograniczona gruźlica brodawki nerkowej może powodować znaczny krwotok.

W przebiegu ostrego i przewlekłego zapalenia nerek zawsze występuje krwimocz. Długotrwałe i nieznaczne krwawienie może powodować niedokrewność wtórną chorego.

Nierzadko spotykamy się z jednostronnymi krwotokami z nerek o nieznannej przyczynie. Liczni autorzy zaliczają te przypadki do tzw. krwawiaczki nerkowej lub też do krwimocz samostnego. Badania ostatnich lat dowiodły, że w tych przypadkach można stwierdzić nieznaczne zmiany w naczyniach miąższu nerkowego. Leczenie w tych przypadkach polega na zachowawczym zwalczaniu krwawienia, ale nieraz umusiśmy wkroczyć operacyjnie.

Krwimocz spotykamy często jako jedyny objaw schorzenia układowego krwawiaczki, plamicy krwotocznej (*purpura haemorrhagica*), nadkrwistości prawdziwej (*polycythaemia vera*), białaczki itd. Opisane są rodziny, w których występował krwimocz bez uchwytnej przyczyny w kilku pokoleniach.

Rokowanie w krwimocz zależy zarówno od przyczyny, powodującej krwimocz, jak i od natężenia krwimocz. Przy znacznym krwawieniu rokowanie jest zawsze poważne, choćby przyczyna, powodująca krwawienie, była natury przejściowej.

Waga wyżej opisanego objawu nie zawsze jest dostatecznie oceniana przez szerszy ogół lekarzy. Nieraz spotykamy się z objawowym leczeniem w przebiegu lub po krwawieniu. Postępowanie takie należy uznać za niesłuszne, gdyż jedynie ustalenie rozpoznania i przyczynowe leczenie może doprowadzić do wyleczenia chorego.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Hormony i witaminy.

Podał

Henryk LANDAU (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr 5).

L. GART. Pokwitanie i jego zaburzenia.

Pokwitanie, wywołujące przemiany strukturalne i czynnościowe i prowadzące do pełnego rozwoju ustroju, zależy przede wszystkim od hormonów przedniego

płata przysadki mózgowej. Pod ich wpływem dojrzewają zrazu gruczoły płciowe. Towarzyszy im znaczny przerost gruczołów dokrewnych, co wraz z wystąpieniem na scenę hormonów płciowych wywołuje istotne zmiany w międzygruczołowych stosunkach humoralnych. Kiedy równowaga w tych stosunkach zostanie osiągnięta, i zapanuje w nich harmonia, ciało osiąga proporcje dorosłego, i następuje zatrzymanie wzrostu. Czasem nie osiąga się tej równowagi w normalnym

terminie bądź wskutek opóźnienia w zakończeniu dojrzewania płciowego, bądź wskutek zbyt żywego reagowania pewnych gruczołów na bodźce przysadkowe. Powstają wtedy zaburzenia zdrowia i objawów pokwitania; nie jest to choroba, lecz raczej dystrofia. Najczęstsze są zaburzenia wewnątrzwydzielnicze, zwłaszcza u dziewcząt. Występuje często nadczynność tarczycy, która może trwać dość długo, objawiająca się powiększeniem wymiarów szyi, zmianą charakteru, tachykardią, wychudnięciem, a później bolesnym miesiączkowaniem. W razie zaburzeń korelacji przysadkowo-płciowej nie następuje dojrzewanie płciowe, wzrost jest normalny lub przyspieszony, istnieje niedorozwój drugorzędnych cech płciowych: w wieku, w którym rozwój cielesny jest prawie ukończony, jest pierwotny brak miesiączki. U chłopców spotyka się liczne nieprawidłowości od prostego opóźnienia w występowaniu cech płciowych aż do prawdziwego naturalnego wytrzebiecia. Następstwa szybkiego w tym czasie wzrostu (o 22—23 cm) bywają czasami szkodliwe dla tkanek podporowych i czynności sercowo-oddechowych. Zaburzenia osteogenezy ujawniają się w niedomodze kręgosłupa (skrzywienia tylne, przednie), płaska stopa, *genu valgum*, zmiany zapalne nasad (zwłaszcza kości piętowej, krętarza dużego, guzowatości przedniej piszczeli), występujących u zbyt szybko rosnących i otyłych lub też u powoli rosnących, lecz z niedomogą układu mięśniowo-więzadłowego. Towarzyszą im często bóle, tzw. bóle wzrostowe. Często występują ostre zapalenia szpiku kostnego, tzw. *osteomyelitis adolescentum*. Zaburzenia sercowe ujawniają się kołataniem, dusznością wysiłkową, przedmiotowo obniżonym i energicznym uderzeniem koniuszkowym, stałą tachykardią, spadkiem ciśnienia krwi podczas wysiłków, tony mogą być nieczyste, rozdwojone, mogą być lekkie szmery. Tłumaczy się to tym, że serce i naczynia mogą nie nadążać za wzrostem klatki piersiowej i kończyn (*coeur à goutte*). Unerwienie serca ulega również zaburzeniom wskutek zmęczenia ustroju, zwiększonej pracy przewodu pokarmowego, używania tytoniu i podnieceń płciowych. Wskutek dysproporcji pomiędzy powiększającą się klatką piersiową a płucami powstają zaburzenia oddechowe. Wentylacja płuc jest zmniejszona, co utrudnia dopływ krwi do serca z koryta żylnego. Do niedomogi oddechowej młodzieży przyczyniają się przewlekłe przeszkody w jamie nosowo-gardłowej, hamujące rozwój klatki piersiowej. Zaburzenia utrzymują się czasami długo po przywróceniu dobrej drożności nosa, jeżeli nie przeprowadzić reedukacji oddychania (przez nos, a nie przez usta). Do niedomogi oddechowej mogą się przyczyniać skrzywienia boczne kręgosłupa. U osobników słabych lub astenicznych spotyka się białkomoc ortostatyczny, spowodowany nadmierną wrażliwością komórki nerkowej na zmiany w krążeniu. Również ze zmianami w krążeniu związany jest białkomoc wskutek zmęczenia, który *Marfana* chce powiązać z gruźlicą i kiłą wrodzoną. W okresie pokwitania przypadki gruźlicy nie są ani bardzo częste, ani bardzo ciężkie (wbrew opisywanej przez autorów niemieckich tzw. *Pubertaets phthisis*); dopiero po 18 roku życia widuje się tragiczne przebudzenie pierwotnych ognisk dziecięcych.

Zaburzenia czynnościowe w okresie pokwitania można podzielić na trzy grupy: 1) nieprawidłowości wzrostu, 2) nieprawidłowości wagi, 3) nieprawidłowości rozwoju płciowego.

Wśród pierwszej grupy odróżniamy kilka typów. Jeden z nich cechuje się wysokim wzrostem, wąską

klatką piersiową i miednicą, częstymi zaburzeniami sercowo-oddechowymi, leniwym krążeniem obwodowym, skłonnością do opadnięcia trzew, pobudliwością nerwową, późnym (po 17 lub 18 latach) ukończeniem pokwitania. Inny typ dystrofii cechuje się złym wyglądem, bladą cerą, zmniejszoną zdolnością do wysiłków, uporczywymi bólami głowy, umiarkowanym podciśnieniem i czynnościowym białkomoczem; wzrost bądź wysoki, bądź niski ze skłonnością do dziecięcości.

Wśród nieprawidłowości wagowych wymienić należy częstą otyłość między 9 a 15 laty, zwłaszcza u dziewcząt, której towarzyszy normalny lub nadmierny wzrost. Pokwitanie czasem odbywa się normalnie, i podściółka tłuszczowa cieńsze; czasem jednak otyłość opóźnia normalny przebieg procesów dojrzewania i utrzymuje się dłużej lub jeszcze potęguje się, powodując duszność, tachykardię, chwiejność błędno-współczulną, zmiany kostne. Czasem otyłość występuje po okresie pokwitania wraz z zaburzeniami miesiączkowania (rzadkie i skąpe miesiączki, znikanie miesiączek). U młodzieży bardzo często spotyka się chudość, stanowiącą stały składnik dystrofii wzrostowych. Czasami utrzymuje się aż do wieku dojrzałego i łączy się z innymi zaburzeniami rozwojowymi.

Nieprawidłowości rozwoju płciowego łączą się zawsze z zaburzeniami wzrostu i wagi. Przedwczesny rozwój płciowy należy do stanów wyjątkowych.

Widzimy, że pokwitanie, nie przestając być fizjologiczne, wykazuje wiele wariantów osobniczych, które nie powinny wywoływać alarmu, ani zbyt pohopnego wkraczania za pomocą leków zastępczych.

C. CLAUBERG. **Krwawienia maciczne tzw. młodocianych i okresu przekwitania.**

Progesteron sprzyja rozwojowi błony śluzowej macicy (doczesnej) i w ten sposób stwarza środowisko odżywcze i punkt oparcia, niezbędny dla trofoblastu jaja, które się tutaj zagnieżdża.

Progesteron wywołuje zmiany biologiczne komórek i środowiska wewnętrznego mięśnia macicznego w początkach ciąży (przerost, rozpułchnienie, przekrwienie itd.).

Wskutek tych zmian mięsień macicy staje się niewrażliwy na bodźce, wywołujące jego skurcze.

Ta ostatnia właściwość progesteronu czyni zrozumiałym fakt, że środek ten należy stosować w przypadkach grożącego poronienia, wywołanego przez inną przyczynę (uraz, operację podczas ciąży, wstrząs itd.). W przypadkach takich mieliśmy dotychczas do dyspozycji tylko leżenie w łóżku i ogólne środki uspakajające (opiaty itd.). Dzięki progesteronowi dysponujemy obecnie swoistym organotropowym środkiem uspakajającym, unieruchamiającym mięsień maciczny, hormonem, działającym na każdą komórkę mięśniową. Jest rzeczą oczywistą, że w przypadku daleko posuniętego odklejenia jaja nawet progesteron nie może powstrzymać poronienia. Lecz w każdym przypadku, w którym staramy się zatrzymać poronienie, należy zacząć od wstrzyknięcia dużej dawki progesteronu (5 do 10 mgr) i robić je nadal codziennie w dawce 5 mgr, aż minie niebezpieczeństwo lub też nie udaje się już uniknąć poronienia. Dotyczy to zwłaszcza przypadków, w których musimy wykonywać zabieg chirurgiczny podczas ciąży, szczególnie w zakresie narządów rodnych. Autor wymienia jeden przykład: są duże włókniaki, które wskutek swego umiejscowienia i wskutek stosunków, zachodzących między ich masą tkankową a normalną tkanką macicy, najlepiej nadają się do usunięcia pod-

czas ciąży. Można je operować tylko w tym momencie, gdyż poza ciążą wycięcie ich wymagałoby nieuchronnie wycięcia macicy. W tych i analogicznych przypadkach (np. operacja wskutek martwicy włókniała podczas ciąży) posiadamy w progesteronie fizjologiczny środek unieruchomienia macicy, pobudzonej mechanicznie w chwili operacji. Autor zaleca w tych razach w celach zapobiegawczych wstrzykiwania 5 mgr progesteronu; pierwsze wstrzyknięcie należy robić w wigilię operacji, drugie — w dzień zabiegu i kontynuować je podczas dni następnych aż do ustąpienia niebezpieczeństwa porodu przedwczesnego lub poronienia.

M. G. TIXIER. **Hormony a witaminy.**

Pomiędzy hormonami a witaminami istnieje pewne podobieństwo oraz pewne zależności hormonalno-witaminowe.

1) Witamina A i tarczyca stanowią parę antagonizującą. Tyroksyna przyspiesza przemianę kijanek, witamina A ją hamuje. Tyroksyna hamuje magazynowanie witaminy A w wątrobie. Tyroksyna wzmacnia przemianę materii, witamina A ją obniża. Dodając tyroksynę do diety, pozbawionej witaminy A, wywołuje się u zwierząt ogólną dystrofię, która nie powstaje, jeżeli dieta zawiera witaminę A. W pewnych przypadkach zadczynności tarczycy witamina A oddaje dobre usługi. *Michel i San yas* stwierdzili doświadczalnie, że podawanie dużych ilości soku cytrynowego (witaminy C) osłabia skutki podawania tyroksyny.

2) Witamina B i trzustka stanowią parę synergiczną. Zwierzęta z awitaminozą B₂ giną szybciej na diecie bogatowęglowodanowej niż na skąpowęgłowodanowej. Podawanie insuliny opóźnia śmierć zwierząt, lecz jej nie zapobiega. W awitaminozie B wysepki *Langera Hansa* wykazują przerost wyrównawczy. Podawanie witaminy B, a zwłaszcza B₂ zwiększa tolerancję węglowodanową, obniża poziom cukru we krwi i w pewnej części i zmiennym stosunku zastępuje insulinę. W leczeniu cukrzycy zauważono wyraźnie pomyślny wpływ podawania drożdży piwnych, zwłaszcza w połączeniu z fosforanem jednowapniowym.

3) Witamina D i przytarczczki są parą synergiczną. Przytarczczki regulują przemianę wapniową i poziom wapnia we krwi. Niedomoga ich wywołuje hipokalcemię z objawami nerwowymi, dochodzącymi do tężyczki; objawy te ustępują pod wpływem wstrzykiwań parathormonu oraz podawania witaminy D. Witamina D może zastępować parathormon w leczeniu hipokalcemii. W leczeniu odwapnień w krzywicy witamina D daje wyniki, których nie można osiągnąć w żaden sposób za pomocą parathormonu. Witamina D sprzyja wchłanianiu wapnia, zwiększając przepuszczalność błony komórkowej nabłonków jelitowych. Krzywica jest chorobą, mającą za punkt wyjścia przewód pokarmowy: spotyka się w niej zaburzenia trawienne i błędy w żywieniu. Parathormon uruchamia wapń kostny, aby utrzymać poziom wapnia we krwi. Bardzo duże dawki witaminy D (5000 do 10000 dawek normalnych) uruchamiają wapń kostny, powodując porowatość kości ze znaczną hipokalcemią i mnogie zwapnienia w tkance łącznej. Istnieje więc analogia między działaniem bardzo dużych dawek witaminy D a hiperparatyreoidyzmem. Pewni autorzy (*Asmer*) dopatrują się analogii między grasicą a witaminą D.

4) Witamina E i przedni płąt przysadki mózgowej stanowią parę synergiczną. Awitaminozę E u szczurów leczy wszczepianie przedniego płata przysadki mózgowej. Podawanie witaminy E ustrojowi dziecięcemu wy-

wołuje przedwczesne występowanie miesiączki i przerost narządów płciowych, podobnie jak podawanie nadmiernych ilości prolaktinu. Witamina E może, jak się zdaje, zastępować hormon gonadotropowy przedniego płata przysadki mózgowej: dla jednych jest ona bodźcem fizjologicznym, dla innych — materiałem, niezbędnym do wytwarzania hormonu.

5) Witamina E i progesteron są parą synergistów. Zaburzenia wydzielania wewnętrznego ciała żółtego (hormon luteinowy lub progesteron) mogą wywoływać dyskretne zaburzenia cyklu miesiączkowego i niemożność doprowadzenia ciąży do końca. W tych przypadkach podawanie witaminy E daje ten sam skutek, co wstrzykiwanie progesteronu. Syntetyczne wytwarzanie hormonu ciała żółtego ma za punkt wyjścia witaminę E.

Pewne witaminy działają tylko po przejściu pewnych zmian w ustroju i po połączeniu z produktami pochodzenia zwierzęcego (białkami, węglowodanami itd.):

1) Witamina B₂ (laktoflawina) jest bardzo słabo czynna w stanie wolnym. Laktoflawina fosforowana + białko = zączyn żółty, odgrywający wybitną rolę w przemianie jako pośrednik utleniania.

2) Witamina B₁ w połączeniu z kwasem pyrofosforowym + białko zączynowe (karboksylaza) tworzy ciało, obdarzone silnymi własnościami katalitycznymi.

3) Istnieją zespoły ciał białkowych i witamin, rozpuszczalnych w tłuszczach, biorące udział w działaniu biologicznym witamin A i D (*von Euler*).

4) Pewne związki, jak: kwas adenyłowy, hemina, miochrom itd., działają jak hormony, lecz są czynne tylko w połączeniu ze swoistymi białkami lub węglowodanami, a często również bywa do tego niezbędny zączyn.

I. PERAGALLO. **Witaminy.**

Witamina A jest rozpuszczalna w tłuszczach, znajduje się w pokarmach roślinnych (marchew, pomidory itd.) i zwierzęcych (mleko, tran itd.). Brak jej powoduje zmiany rogówki (*xerophthalmia*) i ciężkie uszkodzenia oka (*keratomalacia*). Chemicznie identyfikuje się ją z karotenem. Posiada ona wyraźne działanie przeciwwązakażne (np. przeciw zakażeniom gronkowcowym skóry).

Zespół witaminowy B obejmuje witaminy B₁, B₂ itd., rozpuszczalne w wodzie i alkoholu, nieco odporne na działanie ciepła, zawarte przeważnie w pokarmach roślinnych (w większości jarzyn, prawie we wszystkich owocach, łusce zbożowej, mleku itd.). Brak ich powoduje szczególne zapalenie wielonerwowe, znane pod nazwą beri-beri. Wywierają one poza tym dodatni wpływ na pracę mięśniową, ruchy robaczkowe jelit, czynność krwiotwórczą, normalny wzrost.

Witamina C przeciwwągnilcowa jest najlepiej znana. Rozpuszcza się ona w wodzie i alkoholu, znajduje się w cytrynach i innych owocach oraz w jarzynach. Jest mało odporna na działanie ciepła. Pod względem chemicznym jest ona zbliżona do kwasu askorbinowego, stanowiącego część zespołu witaminowego C. Gnilec jest spowodowany brakiem nie tylko witaminy C, lecz również witaminy P (*Szent-Gyorgyi*), wywołującego objawy krwiotoczne gnilec.

Witamina D rozpuszcza się w tłuszczach i wywiera wpływ na przyswajanie wapnia i jego utrwalanie w tkankach, zwłaszcza w kościach. Łączy się z nią zagadnienie krzywicy. Witamina D znajduje się w tranie i w małych ilościach w mleku i pewnych olejach. Pod względem chemicznym jest to wyższy alkohol, bardzo

zbliżony do cholesteryny, identyfikowany z naswietlaną ergosteryną.

Witamina E czyli witamina płodności wpływa na zdolność samic do zajścia w ciążę, zapobiega zwyrodnieniu narządów płciowych, wpływa dodatnio na liczbę i konstytucję cieleśną noworodków. Znajduje się ona w kielkach zbożowych, łączydło itd. Pod względem chemicznym identyfikuje się ją z wyższym alkoholem, nazwanym przez autorów amerykańskich tokoferolem. W Italii łączą witaminę E z hormo-serum Fr a s c h i n i e g o, która daje doskonałe wyniki w osłabieniu starczym, ogólnym wyczerpaniu, niedorozwoju płciowym, dziecięcości, hiposeksualizmie itd.

L. RANDOIN. Witaminy, hipowitaminozy i hiperwitaminozy.

W ustroju istnieją trzy grupy ciał, które w bardzo małych ilościach wywierają znaczne działanie fizjologiczne: są to diastazy, hormony i witaminy.

Diastazy składają się z dwóch części: podłoża kolidalnego, najczęściej białkowego i grupy czynnej, reagującej swoiście z podłożem. Zaczyn żółty W a r b u r g a, odgrywający dużą rolę w procesach utleniania i redukcji komórkowej, wyzwalając energię kosztem glukozy, jest diastazą, utworzoną z białka i grupy czynnej niebiałkowej, zwaną grupą prostetyczną; grupą tą zidentyfikowano z rozpuszczalną w wodzie witaminą B₂ (witaminą wykorzystania pokarmów). Rozpuszczalna w wodzie witamina B₁ (neuryna) lub witamina równowagi nerwowej stanowi grupę prostetyczną innej diastazy, odgrywającą rolę w wykorzystywaniu węglowodanów. Rozpuszczalna w wodzie witamina C lub kwas askorbinowy posiada również znaczenie dla procesów utleniania i redukcji; człowiek, małpa, świnka morska itp. muszą ją otrzymywać w pokarmach, większość gatunków zwierzęcych potrafi ją wytwarzać.

Ustrój ludzki musi otrzymywać również z zewnątrz exhormony, rozpuszczalne w tłuszczach witaminy A, D, E.

Leczenie witaminowe jest również trudne jak hormonalne i wymaga takiej samej skrupulatności w dawkowaniu, gdyż w praktyce nie spocykamy się z całkowitymi ostrymi awitaminozami, lecz z hipowitaminozami. Doświadczalna awitaminoza A objawia się nie tylko uszkodzeniem nabłonków śluzówek (oka, przewodu pokarmowego, płuc, pochwy itd.), lecz również zmniejszeniem zawartości czerwieni siatkówki, zaburzeniami rozwoju układu nerwowego (demielinizacja, zwłaszcza nerwów dośrodkowych), zmniejszeniem się liczby obojętnochołnych, zawartości fibrynogenu i esterazy we krwi, zwiększeniem się wydalania azotu z moczem (częstość kamieni moczowych), opóźnieniem bliznowacenia ran, wzmożeniem przemiany podstawowej itd. Objawy hipowitaminozy są podobne, lecz słabiej wyrażone; występują wybitniej u dzieci niż u dorosłych. Hiperwitaminoza A, zdarzająca się rzadko, gdyż wywołują ją tylko bardzo duże dawki witaminy A, powoduje wyraźne obniżenie przemiany podstawowej materii, zwolnienie procesów utleniania, zwłaszcza nienasyconych kwasów tłuszczowych, lipidemię, zmniejszenie odporności czerwonych ciałek krwi, wyraźną niedokrewność. Hiperwitaminoza A, hamując wydzielanie tarczycy, potęguje objawy jej niedomogi, usuwa objawy jej nadczynności. Istnieje więc antagonizm między działaniem witaminy A a tyroksyny. Objawy hiperwitaminozy A usuwają nie tylko wstrzykiwania tyroksy-

ny, lecz również całkowita hiperwitaminoza B, zwiększająca przemianę podstawową i przyspieszająca procesy utleniania.

I witaminy, stanowiące grupę prostetyczną określonych diastaz, i witaminy, działające analogicznie do hormonów, odgrywają rolę bioregulatorów przemiany materii, jedne (witaminy B, witamina E) wzmagając ją, inne (witaminy A) obniżając. Dlatego też, podając witaminy, musimy sobie zdawać sprawę z tego, jak na to zareagują inne witaminy, jak również hormony oraz składniki mineralne pożywienia, musimy mieć na względzie równowagę wewnątrzwydzielniczą oraz równowagę biochemiczną zasadniczych składników pożywienia.

R.-L. ROCHAT. O czynniku, mogącym wpływać na kształtowanie się płci (witamina B).

Zagadnienie dowolnego płodzenia potomstwa męskiego lub żeńskiego oddawna zajmowało w silnym stopniu biologów. Ze wszystkich istniejących teorii najprawdopodobniejsza wydaje się ta, która największą wagę w sprawie powstawania płci przywiązuje do przemiany materii komórki jajowej.

Wiadomo, że u niższych zwierząt samce pochodzą przeważnie z mniejszych jajek niż samiczki. Różnica w wielkości jaj zależy zaś od różnicy w ilości materiałów zapasowych. Fakt ten potwierdzają badania i doświadczenia M o r g a n a (*Phylloxera vastatrix*), M a r c h a l l a i P i c t e t a (motyle), H e a p e a (wróble) i inn. Zatem warunki niedostatecznego lub nieprawidłowego żywienia, stwarzające stan przewagi procesów rozkładu nad procesami odbudowy (*habitus catabolicus*), sprzyjają płodzeniu samców, przeciwny stan — płodzeniu samiczek.

Ilość materiałów zapasowych w jajach, być może, ich skład chemiczny odgrywa pewną rolę w powstawaniu płci mającego być zapłodnionym jaja (a to bez względu na teorię chromozomów płciowych). W tym też kierunku sły doświadczenia autora, do których używano króliczek, które jeszcze nie rozdziły. Doświadczenia te miały na celu otrzymanie przeważnie męskiego potomstwa przez sztuczne wywołanie stanu katabolicznego zwierząt.

Pierwszy szereg doświadczeń obejmował 10 zwierząt, u których stosowano dinitrofenol-lizydynę. W ciągu 6 dni wstrzykiwano im podskórnie po 0,5 cm³ 10% roztworu na kilogram wagi. Po 6 dniach następowało spółkowanie.

Okazało się, że dinitrofenol działa trująco, 8 zwierząt spośród 10 okazało się bezpłodnych, pozostałe dwa urodziły 7 samców i 4 samiczki. Wyniki więc były niezadawalające.

Drugi szereg doświadczeń przeprowadzono za pomocą witaminy B. Jak wynika z prac J. L a v e r g u e a, komórki, polaryzowane męsko, ulegają, jak się zdaje, bardzo szybko uszkodzeniu wskutek awitaminozy B. Stan ten powoduje przesunięcie równowagi tłuszczowo-lipidowej i stosunku procesów utleniania i redukcji. Można wobec tego przyjąć, że podawanie witaminy B powinno w tych warunkach sprzyjać płodzeniu potomstwa męskiego.

U 10 królików o wadze 2500 — 3500 gr stosowano witaminę B w postaci preparatu Benerva „Roche”, wstrzykiwanego codziennie podskórnie w dawce 1 cm³ w ciągu 6 dni. Szóstego dnia spółkowanie.

Zwierzęta znosiły dobrze wstrzykiwania. Wszystkie straciły na wadze w okresie doświadczeń i wszyst-

kie miały potomstwo. Na 65 młodych urodziło się 45 samców i 20 samiczek, przy czym w każdym poszczególnej miocie przeważały samce za wyjątkiem jednego, w którym liczby samców i samic były sobie równe.

Oceny książek.

Prof. Dr Hans RUBRITUS. *Die Hypertonie des inneren Blasensphinkters*. Georg Thieme (Verlag) Leipzig, 1938. Cena RM 1.80.

Powyzsza monografia jest jedną z serii wydawnictwa pt. *Die Urologie in Einzeldarstellungen*, mającego na celu opracowanie tematów z dziedziny urologii, posiadających praktyczną wartość zarówno dla szerokiego ogółu lekarzy, jak i dla lekarza specjalisty. Zwiększenie napięcia wewnętrznego zwieracza pęcherza często jest zapoznawane, a przecież, utrudniając dokładne opróżnianie pęcherza, prowadzi ono do ciężkich zmian w całym narządzie moczowym. Autor w swojej monografii daje podział schorzenia, zaś anawia się nad jego pochodzeniem i przyczynami, opisuje przebieg kliniczny i objawy, wreszcie podaje sposoby leczenia. Hipertonie zwieracza wewnętrznego spotyka się prawie wyłącznie u mężczyzn. Schorzenie to nosi u Legueu nazwę dyssektazji szyi pęcherza, Marion nazywa po prostu chorobą szyi pęcherza. Tło — stany zapalne, zmiany sklerotyczne, w postaciach samorodnych — zmiany w dolnym odcinku rdzenia. Objawy — podobne, jak w tzw. przeroście sterca. Leczenie chirurgiczne polega najczęściej na wycięciu klinowym zwieracza wewnętrznego. Na 22 stronicach autor ze znajomością rzeczy przedstawił obecny stan wiadomości o mało znanej nie specjalistom jednostce chorobowej.

J. R.

Dr Richard GOLDHAHN. *Die Operation in der Sprechstunde*. 68 rycin. 181 str. Cena RM 6.80. Georg Thieme (Verlag). Leipzig, 1938. 2-e wydanie.

Drugie, nowe wydanie tej pożytecznej i ze znajomością rzeczy napisanej książki posiada te same zalety, które podnieśliśmy już w ocenie 1-go wydania. Znajdziemy w niej opis wszystkich mniejszych zabiegów chirurgicznych wraz z wyszczególnieniem błędów techniki. Dziełko jest doskonale ilustrowane dobrze dobranymi rycinami, których większość wykonał sam autor. Dobrze świadczy o książce szybkość, z jaką rozeszło się pierwsze jej wydanie (w ciągu niespełna roku).

J. R.

Prof. Hans HOLFELDER. *Die Röntgentherapie*. (Stron druku 341, ilustracji 264, nakładem Georg Thieme — Leipzig, 1937).

Autor, kierownik Instytutu rentgenologicznego we Frankfurcie, jest twórcą własnego systemu napromieniowań. Pod tym też kątem widzenia ujęty jest cały materiał. Część pierwsza obejmuje stronę fizyczną napromieniowań i ich pomiarów, zmian drobnowidzowych naświetlanej komórki nowotworowej i tkanki zdrowej, leczenia naświetlanej skóry i śluzówki, leczenie kliniczne podczas i po napromienianiu i inne. Część druga obejmuje dział specjalny: nowotworowy skóry, języka, mózgu, piersi, oskrzela, przełyku, żołądka, małej miednicy, mięsaków kostnych, schorzeń tarczycy, limfogranulomatozy, dychawicy oskrzelowej. Oddzielny dział poświęcony jest znaczeniu i leczeniu stwardnień tkanki płucnej po naświetlaniu.

B. Kryński.

Zbiór prac z Zakładu Anatomii Patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego pod kierunkiem Prof. D-ra Stanisława Ciechanowskiego. Zeszyt 7 i 8. 1937/38.

Zbiór zawiera prace z rozmaitych dziedzin. Ciechanowski omawia zagadnienie stwardnienia tętnic płucnych oraz sprawy sporne w ziarnicy i jej analogic ze sprawą gruźlicą. Z dziedziny nowotworów Kowalczykowa podaje wyniki badań nad usposobieniem ogólnym i miejscowym w nowotworach doświadczalnych oraz omawia rakotwórcze działanie benzopirenu, Ściesiński opisuje guzy w miejscu grasicy i ich stosunek do spraw białaczkowych, a Kasprzyk omawia spr-

Ponieważ metoda ta jest bezwzględnie nieszkodliwa, zastosowano ją w 6 przypadkach u ludzi. Jest to, być może, przypadkiem, że 5 kobiet, które dotąd rodziły, przyniosło na świat pięciu chłopców.

wę włókien kratkowych w nowotworach i ich znaczenie rozpoznawcze; wreszcie Wodziński ogłasza pracę o pierwotnych mięsakah jelit. O zachowaniu się włókien kratkowych w różnych sprawach patologicznych piszą Kasprzyk, Kotarba i Łabużek. O zmianach patologicznych w tyreotoksykozie doświadczalnej piszą Koszyk i Kurek, a o zachowaniu się układu krążenia w nadarczyczości — Tochowicz; wreszcie z tej dziedziny Schlonvogt omawia zmiany histologiczne narządów mięsaszowych pod wpływem tyroksyny. Z dziedziny otolaryngologii znajdujemy piękną pracę Schwarzbarta o trąbce Eustachiusza okresu płodowego i pozapłodowego oraz Demiańczyka opis pierwotnej promienicy ucha środkowego. Kowalczykowa i Mester omawiają sprawę gośca stawowego i skrobiawicy, a Laufer sprawę choroby Addisona w przebiegu gruźlicy nerki. Pragłowski omawia sprawę kieszonek wosierdzia, Graździński samoistne pęknięcia śledziony w następstwie leczenia zimnicą, Franus rozmieszczenie tłuszczu w zrazikach wątroby, — a Hornicki sprawę torbieli przewodu trzustki. Wreszcie znajdujemy dwie prace historyczne Ciechanowskiego: „Józef Dietl jako anatomopatolog” oraz „Najstarszy w Polsce preparat, pamiątka po królu Sobieskim”.

M. Płoński.

J. M. Le MÉE, André BLOCH, M. BOUCHET. *Les hypolaryngites aiguës de l'enfance*. (Paris 1938, str. 117. Imprimerie Chantenay).

Autorzy opracowali obszerną monografię, opartą na dużym materiale pediatryczno-laryngologicznym. Pomyślne wyniki terapii zawdzięczają oni ścisłej współpracy pediatry i laryngologa, który w pełni opanował technikę tracheobronchoskopii u dzieci i oseków. Idąc za przykładem v. Eickema, który jeden z pierwszych zwrócił uwagę na klinikę dolnej części gardła (*hypopharynx*), przez co stworzył nową jednostkę anatomiczną, Le Mée i jego współpracownicy podkreślają wielkie znaczenie kliniczne dolnego odcinka krtani (*hypolarynx*), czyli przestrzeni pod strunami głosowymi aż do chrząstki pierścieniowatej, dokładnie opisują anatomie i histologię tej części krtani oraz jej stany chorobowe, ilustrując je pięknymi kolorowymi rysunkami. Omówiwszy zapalenie górnego odcinka krtani (*laryngitis hyperglottica*) u dzieci, które to cierpienie na ogół życia dziecka nie zagraża, i które zazwyczaj widzimy w przebiegu ospy wietrznej, odry, krztuśca, rzadziej zaś płonicy, autorzy dzieła stany zapalne dolnego odcinka krtani na łagodne i złośliwe. Pierwsze przebiegają z obrzękami śluzówki i kurczem krtani. Stosunkowo szybko przemijające to cierpienie autorzy różniczkują od dławca prawdziwego, któremu towarzyszą chrypka i kaszel chrypawaty, przy czym te dwa objawy trwają daleko dłużej, niż w dławcu rzekomym (laryngite striduleuse ou faux croup). Złośliwe, czyli ciężkie postaci tego cierpienia (laryngite suffocante) są następstwem zakażenia górnych dróg oddechowych. Dziecko jest zatrute, sine, w bardzo ciężkich przypadkach twarz przybiera kolor popiołu (*gris cendré*), serce bywa przemieszczone. Po drobiazgowym opisie objawów chorobowych, charakterystycznych dla różnych faz tego cierpienia oraz wyników badania pośmiertnego, autorzy przechodzą do opisu obrazów endoskopowych (Chevalier Jackson z Filadelfii, P. Holinger z Chicago). A więc wzziernikowanie bezpośrednie (endoskopia) daje obraz następujący. Pod czerwonymi strunami widać dwa wały obrzękłej śluzówki, utrzymujące struny w stałym odwiedzeniu przy upośledzeniu ruchów strun i głosu. W tchawicy pełno wydzieliny gęstej, klejowatej, oskrzela są zwężone

o ostrogi między oskrzelami zatarte. W tej fazie za pomocą silnego aspiratora, połączonego z motorem, wydzielina zostaje wyssana, śluzówka tchawicy przybiera wygląd jednolicie czerwony. Aspiracji dokonywa się przez wziernik — rurę, wprowadzony przez krtań do tchawicy lub przez rurkę tracheotomijną. Jest to codzienna terapia, powtarzana kilka, nieraz kilkanaście razy dziennie, wprowadzona w szpitalu N e c k e r Enfants Malades w Paryżu, zapożyczona od szpitali amerykańskich. Gdy drogi oddechowe są wypełnione strupami, lekarz posługuje się kleszczykami, którymi z tchawicy i z oskrzeli usuwa strupy, przywracając dziecku w ten sposób oddech. A więc bronchoskop służy i do rozpoznania i do leczenia choroby. Celem badania krtani wprowadza się na rączce wziernik, oświetlony wewnątrz lampką. Autorzy nie są zwolennikami intubacji, natomiast często uciekają się do przecięcia tchawicy i to w dolnym jej odcinku

(tracheotomia inferior). Z innych środków stosują wilgotne powietrze, tlen wraz z helium oraz *calcium gluconatum* w zastrzykiwaniach. Przed aspiracją wlewają kroplami roztwór fizjologiczny soli do tchawicy. Na zasadzie badań laboratoryjnych oraz odnośnej literatury autorzy twierdzą, iż z bakterii chorobotwórczych wymienić należy: *streptococcus haemolyticus*, *streptococcus viridans*, *staphylococcus aureus* i inne. Sprawa techniki endoskopowej, sprawa wyboru rurki tracheotomijnej, leczenie ogólne, rozmieszczenie dzieci w odpowiednio urządzonych salach, kwalifikacje personelu pomocniczego itp. — wszystko to jest uwzględnione z wielką dokładnością w monografii. W końcu autorzy omawiają leczenie chemikaliami, uwilgotnienie sal, w których chore dzieci leżą — słowem, praca autorów przedstawia znakomity podręcznik — drogowskaz dla każdego pediatry i laryngologa.

Marek Ko en i g s t e i n.

Wskazówki praktyczne.

Brunati stosował *Dmelcos* w przypadkach zakażeń *gonokokowych*, jako czynnik, wywołujący gorączkę, co niekiedy dawało wyniki szybkie i zawsze pewne. Stwierdzając to, Brunati pisze, że seria iniekcji szczepionki *Dmelcos*, zastosowana w leczeniu przewlekłego zapalenia cewki moczowej, powikłań stawowych lub zapalenia jąder, daje często pierwszorzędne rezultaty. (Maroc m. d. 1937, str. 361).

Dr Olenderczyk.

F. Chrometzka sporządził *Salyrgan* w postaci drażetek, które dopiero w środkowej i dolnej części jelita cienkiego uwalniają salyrgan i w ten sposób działa na obrzęki, jak salyrgan w zastrzykiwaniach. Systematyczne badania wykazały stałość tego działania bez jakichkolwiek bądź objawów zatrucia ani ze strony kiszki, ani ze strony nerek. Dawka: 3 razy dziennie po jednej drażetce. Należy jednak ze względu na możliwość przewlekłego zatrucia przy dłuższym stosowaniu drażetek robić dłuższe przerwy tak samo, jak przy stosowaniu parenteralnym. (Kilonskie Tow. Lek. 6.VI.1938).

V. Stättermayer stosował *Androstinę* „Ciba“ w przypadkach *trądzika* (*acne rosacea*) u mężczyzn. W jednym z 2-eh przypadków stosowane były tabletki z początku po 5, a następnie po 3 dziennie; w drugim — 6 zastrzyknięć. W obu przypadkach wyleczenie w krótkim czasie. (W. m. W. 1939 Nr 3).

—o—

L. Marchand poleca w porażeniu postępującym *Stovarsol*. Na 111 przypadków tego cierpienia miał 71 wyników dodatnich pod względem psychicznym, 10 poprawy, 15 bez poprawy. Zmarło podczas leczenia 15 chorych, z tych 9 z przyczyn przypadkowych. W czasie leczenia dawano seriami po 3 zastrzykiwania *stovarsolu* podskórnie. Przerwy pomiędzy seriami trwały 3—4 tygodni. W sumie dawano do 45 g. Spośród 71 psychicznie wyleczonych było 9 recydyw z powodu zbyt wczesnego zakończenia leczenia, zbyt długich przerw lub z powodu nieznośności leku. Przeciwwskazaniem stanowią ludzie starzy i dotknięci chorobami organicznymi. Nadużycie alkoholu bez uszkodzenia wątroby nie jest przeciwwskazaniem. (Presse méd. 1938 Nr 63).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dnia 20 września 1938 r.

Obecnych czł. T-wa 18, gości 24.

Posiedzenie rozpoczęło o godz. 20 m. 10.

1. Odczytany protokół posiedzenia poprzedniego przyjęto.

Część kliniczna.

2. Kol. Stefan Jędrzejewski przedstawia *przypadek sporotrychozy*. (Streszczenie własne).

W końcu sierpnia b. r. zjawił się w Klinice naszej pacjent, którego przedstawiam, ze zmianami, przypominającymi zarówno objawy kiły 3-go okresu a mianowicie kilaki, zmiany przypominające rozplywną postać gruźlicy skóry, wreszcie przewlekłe wrzodziejące sprawy ropne. Z wywiadu wynika, że zmiany te trwają od lat 4-eh i rozpoczęły się od jednego wykwitu w formie guza. Dwukrotnie zasięgał porady lekarzy, i zawsze rozpoznawano sprawy ropne i leczono bodźcowo bez żadnego jednak wyniku. Zmiany szerzyły się coraz bardziej. Przystępując do dokładniejszej analizy wykwitów, możemy wszystkie te trzy choroby, jak kiła, gruźlica i sprawy ropne wyłączyć: kiłę na podstawie cech morfologicznych wykwitów, obfitości wykwitów i charakteru rozpadu; gruźlicę na podstawie odmiennego typu rozpadu tkanki, braku innych postaci gruźlicy skóry, co byłoby zupełnie naturalne przy tak wielkiej obfitości przetok i długiego czasu trwania; najtrudniej było wyłączyć nam przewlekłą sprawę ropną. W tym celu należało się już uciec do badań pomocniczych: odczyn Wassermann'a we krwi był ujemny; próby śródskórne ze szczepionką gronkowcową i tuberkulinowe ujemne. Przystąpiono do posiewów. Już na podstawie klinicznego wyglądu chorego, równoczesnego istnienia sinych chełboczących guzów, wykwitów, usianych drobnymi przetokami, licznych blizn

beleczkowych i wreszcie obecności blizn zanikowych, silnie przebarwionych na fioletowo na obwodzie, nasuwało się podejrzenie sprawy grzybiczej. Znalazienie nitki grzyba w preparacie z kropli wiszącej dało nam potwierdzenie naszych przypuszczeń. Chodziło obecnie o zróżnicowanie spraw grzybiczych. Grzyb strzygący możemy wyłączyć na podstawie braku jego w łuskach i włosach w okolicy wykwitów. Promienicę na podstawie braku deskowatych nacieków u chorego i odmiennego wyglądu znalezionej grzyba. Wreszcie drożdżycę na podstawie odmiennego wyglądu znalezionej grzyba. Wobec ustalenia rozpoznania przystąpiono do leczenia jodem, który w tych sprawach jest niejako środkiem swoistym.

W dyskusji: a) Kol. Goćkowski podkreśla znaczenie przedstawionego przypadku, przy tym zaznacza, że jest on ciekawy nie tylko dla dermatologów, ale i dla innych specjalności, gdyż sporotrychoza atakuje również głębsze tkanki, nawet kości. Mówca przytacza szczegóły przedstawionego przypadku i stwierdza, że pierwszą postacią jest guzek, który następnie ulega rozpadowi. W wycinkach skóry nie udało się stwierdzić grzybków sporotrychozy, ani mikroskopowo, ani w hodowli. Szczepienia na świnkach i szczurach nie dały charakterystycznych zmian. Odczyn Wassermann'a we krwi ujemny. Grzybków promienicy również nie wykryto. Mimo stosowania większych dawek jodu nie udało się początkowo otrzymać korzystnych wyników, dopiero po kilku tygodniach uzyskano poprawę. Sprawa chorobowa przebiega najczęściej bez większej gorączki, dając blizny powrózkowate; promienica daje natomiast bliznę równą. Chory szybko traci na wadze. Niektórzy autorzy zalecają podawanie dużych dawek jodu, do 10 g dziennie, jednak tak dużych dawek w tutejszej klinice dermatologicznej nie stosowano. b) Kol. Sieńko oświadcza, że przedstawiony przypa-

dek jest bardzo rzadki, od lat 14 w szpitalu Św. Łazarza podobnego — nie spostrzegano. W roku ubiegłym był w szpitalu taki przypadek, gdzie rozpoznanie wahało się między gruźlicą a sporotrychozą, jednak badania kliniczne, bakteriologiczne i mikroskopowe grzybka sporotrychozy nie wykazały, ani żadnych odmian tego grzyba. Po ukończonej obserwacji szpitalnej mówca dowiedział się od kolegi, który szczerpił dootrzewnowo szcztura, że na sekcji stwierdzono grzyb sporotrychozy. W przypadku przedstawionym nie można rozpoznawać sporotrychozy z całą pewnością. Ani opis przypadku nie przemawia za sporotrychozą. Ani na obrazach mikroskopowych nie widać nici grzybni. Mówca przytacza cytaty z pism zagranicznych o rzadkości sporotrychozy i oświadcza, że w niektórych pracowniach klinicznych pasyżytują grzybki sporotrychozy. W szpitalu Św. Łazarza u osób, którym pociły się i cuchnęły nogi, zbierano naskórek i badano. Między innymi wykrywano wtedy grzybek sporotrychozy. c) Kol. Kaczyński stwierdza, że przedstawiony przypadek nie podobny jest ani do kiły, ani do gruźlicy, jak również niepodobny jest do zakażeń paciorkowcowych, ani gronkowcowych. Wspomina przy tym, że przed dwudziestu paru laty pokazywał w Towarzystwie tutejszym przypadek promienicy, z którego wywołano na jaju kurzym nici podobne pod mikroskopem do tych, które obecnie rzucono na ekran, zapytuje więc, czy nici te wystarczają do tego, by przypadek pokazany ogłosić jako sporotrychozę. d) Kol. Jędrzejewski odpowiada, że sporotrychoza pasyżytuje na roślinach, a nie w pracowniach. Podobne hodowle sporotrychozy otrzymała nie tylko nasza pracownia, zresztą, postara się dalsze hodowle później pokazać. Ten polimorfizm dla grzybka sporotrychozy jest charakterystyczny. Rozwój guzka aż do blizn beleczkowatych, zanikowych zupełnie odpowiada sporotrychozie. W nitkach grzyba najcharakterystyczniejsze jest to pączkowanie, którego w innych grzybkach nie widzimy. Poza tym obecność zarodników w otoczce w preparatach mazanych z ropy również przemawia za sporotrychozą. Brano pod uwagę i inne sprawy ropne, jak gruźlicę i kiłę, lecz bliższe badania pozwoliły je wyłączyć. Otrzymanie typowych hodowli będzie najważniejszym dowodem, poza tym można będzie porobić jeszcze próby serologiczne. e) Kol. Sieńko uzupełnia, że grzyb może pasyżytować nawet w jamie ustnej i nie dawać żadnych zmian patologicznych. W przypadku sporotrychozy musimy myśleć o stanie zapalnym gruczołów i naczyń limfatycznych, czego w omawianym przypadku nie widzimy. f) Prezes Grzybowski podaje, że kliniczny obraz każe podejrzewać sporotrychozę. Rozstrzygnięcie, jakiego rodzaju jest grzyb, nie jest rzeczą prostą. Nie jest to grzyb promienicy, bo nie ma charakterystycznego wyglądu, a nadto promienica nie wyrasta na bulionie cukrowym, jak to otrzymaliśmy w danym przypadku; wchodziłyby w grę inne grzyby. Grzyb strzygący nie, bo wzrasta we włosach, a nie w tkance łącznej, jak to ma miejsce u chorego. Opisano wprawdzie przypadki, w których grzyb strzygący znajdował się w skórze, lecz na wyjątkach opierać się nie można. Niezupełnie jest słuszne twierdzenie, że w przypadkach grzybiczy sporotrychowej musi dojść do zmian w gruczołach i naczyniach limfatycznych. Hodowle na pożywkach nie zawsze się udają. Układ zarodników

na nitkach w kropli wiszącej jest do tego stopnia charakterystyczny, że całkowicie odpowiada rysunkom sporotrychozy. Co się tyczy pracowni, to nasza pracownia nie jest zakażona tym grzybem, gdyż przez cały czas istnienia kliniki grzyb na naszych pożywkach nie wyrósł.

Część odczytowa.

3. Bronisław Sabat czł. T-wa. *Sprawozdanie z V-go Kongresu Radiologów w Chicagu rok 1937.* (Streszczenia brak). Dyskusji nie było.

4. Józef Grott czł. T-wa. *Tymczasowe wyniki leczenia lambliazy sostołem* (wydrukowane w „Medycynie“ Nr 20).

Dyskusji nie było.

Posiedzenie zakończono o godz. 22 m. 10.

Sekretarz Doroczny:

Prezes:

Michał Zabczyński.

Marian Grzybowski.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Berlińskiego Towarzystwa Lekarskiego z dnia 9 listopada 1938 r. (Med. Klin. Nr 49/1938) mówił Jürgens o *zakrzepaci i utracie krwi*. Dla zdrowego nawet znaczniejszy upływ krwi nie oznacza groźby zakrzepu, jak tego np. dowodzą bardzo liczne doświadczenia na krwiodawcach. Inaczej natomiast układają się stosunki u chorych, u których np. moment mechaniczny w najrozmaitszych warunkach, jak: niedomoga układu krążenia, unieruchomienie po operacji, dalej uspienie, zakażenie i wreszcie również niedostateczne żywienie mogą działać szkodliwie. Czy ma się tutaj do czynienia ze zmianami osocza krwi lub innych jej składników. U chorych takich stwierdza się czasami zbyt wysoką, czasami zbyt niską liczbę płytek. Zlepianie się płytek musi więc być czymś wtórnym, co poprzedzają jako główna przyczyna zmiany osocza krwi. Aby móc uchwylić ten stan u chorych opracował prelegent próbę z ługiem sodowym i alkoholem dla określania stałości strącania oraz próbę ryzynową dla ilościowego uwidaczniania zmian białkowych i w ten sposób wykazał bardzo znaczne różnice u chorych z zakrzepami w porównaniu ze zdrowymi. Prelegent sądzi, że metoda ta pozwoli określić z góry skłonność ludzi do zakrzepów i będzie stanowiła znaczny postęp w naszym postępowaniu w tej dziedzinie.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Hamburgu z dnia 18 października 1938 r. (Med. Klin. Nr 51/1938) pokazywał Heynemann dwa przypadki *krwawień w ciąży wskutek polipów trzonu*. U obu kobiet wystąpiły krwawienia na początku ciąży; jako przyczynę ich stwierdzono polipy, które makroskopowo wyglądały jak polipy szyjki, histologicznie jednak (do czasu i gruczoły trzonu w stanie bardzo czynnym) okazały się polipami trzonu. Po ostrożnym usunięciu polipów udało się zachować jedną ciążę, u drugiej chorej nastąpiło poronienie, gdyż polip, a przezeń zawartość macicy zostały już zakażone przez drobnoustroje pochwy. Stosunkowo dużą częstość tego rodzaju polipów trzonu, sięgających do pochwy, podczas ciąży tłumaczy się silnym obrzmieniem i pofałdowaniem doczesnej. Trudno rozstrzygnąć, jak często w opisywanych polipach szyjki z odczynem doczesnym ma się do czynienia z tego rodzaju polipami trzonu.

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Opieka higieniczno-lekarska w szkołach powszechnych Warszawy a Ośrodki Zdrowia. *)

Podał

Prof. h. Uniw. S. B. Dr Jan SZMURŁO (Warszawa).

Sz. Kol.

Wybitny polski higienista szkolny, przedwcześnie z wielką szkodą dla nauki i społeczeństwa zmarły przed kilku laty, s. p. Dr Stanisław Kopczyński, słusznie stwierdza, że Polska była jednym z pierwszych państw, które wprowadziły do szkół lekarzy. A i lekarze polscy również wcześniej poczęli myśleć o warunkach pracy uczniów w szkołach i usiłowali często ciężkiej doli ucznia niezamożnego dopomóc. Tak np. Piotr z Poznania, lekarz i filozof, stworzył w 1569 fundację wieczystą, która zapewniała pomoc lekarską ubogim

uczniom Wszechnicy Krakowskiej. Fundacja ta przetrwała do czasów Kolałataja. (Kopczyński).

Komisja Edukacyjna, organizująca szkolnictwo podczas panowania Stanisława Augusta, poświęca wiele uwagi zdrowiu i wychowaniu fizycznemu uczniów i za sprawą ks. Piramowicza wprowadza wiele przepisów higienicznych w szkole, które współczesna higiena szkolna za racjonalne w zupełności uznać by musiała.

Z archiwów dawnych wiemy, że szkoły pijarskie w Warszawie w drugiej połowie 18 stulecia miały dwóch lekarzy szkolnych. Byli nimi Walenty Gagatkiwicz i Michał Anioł Bergonzoni (Krasuski).

Tadeusz Czacki na początku ubiegłego stulecia powołał dwóch lekarzy do otaczania opieką higieniczno-lekarską uczniów słynnego liceum Krzemienieckiego. W latach dwudziestych ubiegłego stulecia Jędrzej Śniadecki pisze o „Wychowaniu fizycznym dzieci“, gdzie poświęca kilka większych rozdziałów wychowaniu dzieci powyżej lat siedmiu i dorastającej mł-

*) Wygłoszone w P. T. M. Sp. z Stycznia br.

dzieży. Z pracy tej społeczny lekarz i wychowawca wiele rzeczy pożytecznych zaczerpnąć może.

Okres rewolucji i powstań zahamował pracę lekarzy na terenie szkoły, ale w czwartym ćwierćwieczu znowu rozpoczyna się wytężona praca lekarzy na terenie szkoły i to głównie w zaborze rosyjskim, gdzie położenie szkoły było najcięższe, gdzie rząd rosyjski celowo ze względów politycznych podtrzymywał analfabetyzm. Tutaj przede wszystkim w osiemdziesiątych latach ubiegłego stulecia występuje Dr Stanisław Markiewicz, lekarz szkoły realnej Górskiego, który w szeregu artykułów higienicznych rozwija zagadnienia higieny szkolnej. W jego ślady wstępuje Sulimierski, Modrzejewski, Kosmowski, Tomaszewicz-Dobrska, Konopczyński, A. Zawadzki i inn. Na terenie Małopolski działa z wielką korzyścią Dr Zuliński. Kosmowski w roku 1896 na wystawie higienicznej w Warszawie przedstawia dane statystyczne, dotyczące przeszło 4000 dzieci z 24 zakładów szkolnych prywatnych.

W 1898 r. Błażek pisze studium naukowe „O znudzeniu w szkole“ oraz jeden z pierwszych zajmujący się studiami psychometrycznymi, w pracy nadzwyczaj ciekawej i pouczającej, która dotychczas nie utraciła swego znaczenia

W 1898 r. Lwów pod wpływem higienisty, Dra Serbeńskiego, powołuje do opieki nad dziesiątą szkolną 10 inspektorów szkolnych, przeznaczając na lekarza do 2000 dzieci. W tym samym czasie Warszawa, licząca naówczas przeszło trzy razy więcej, niż Lwów, ludności, powołuje zaledwie dwóch lekarzy, których rola sprowadza się prawie wyłącznie do oceny wynajmowanych na szkoły lokalów. Jeden z tych lekarzy, Dr Tchórznicki, pierwszy podejmuje sprawę kąpieli szkolnych i ludowych.

Na początku bieżącego stulecia rozpoczęta praca nabiera coraz większego rozmachu. Zjawia się hufiec dzielnych ideowych lekarzy szkolnych, którzy organizują opiekę higieniczno-lekarską na terenie nowo powstających średnich i początkowych szkół prywatnych. Tu przede wszystkim wymienić należy Stanisława Kopczyńskiego, który tworzy wzorową opiekę zdrowotną na terenie Szkoły Handlowej Kupców Warszawskich, pisze o stanowisku i zadaniach lekarza szkolnego, organizuje Koło Lekarzy Szkolnych przy Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich, a potem przy niedawno powstałym T-wie Higienicznym, agituje za tworzeniem we wszystkich szkołach prywatnych stanowiska lekarza szkolnego, napotykać w swej pracy dość znaczny opór ze strony kierowników szkół, obawiających się nadmiernej ingerencji w sprawy szkolne „sumienia higienicznego“, jak o tym z przekąsem się naówczas wyrażano. Wernic, Drabczyk, Rontaler, Miklaszewski przedstawiają wspaniałe wykresy, obrazujące stan zdrowotny szkół, w których pracują.

Knappę, jako lekarz szkolny w szkołach Macierzy Szkolnej w Warszawie, podaje wzór formularza do badania lekarskiego, regulamin dla lekarzy szkolnych i najważniejsze przepisy higieniczne. Wzór formularza Knappęgo przyjęty zostaje następnie we wszystkich szkołach polskich.

Piasecki poświęca się całkowicie pracy nad wychowaniem fizycznym młodzieży. Lekarze polscy, zorganizowani w komitet polski, występują z pracami higienicznymi na zjazdach międzynarodowych higienistów szkolnych w Norymberdze, Londynie, Paryżu i zwracają na wysoki stan higieny szkolnej uwagę ca-

łego świata naukowego wyczerpującą pracą zbiorową o stanie higieny szkolnej w Polsce, przedstawioną na Międzynarodowym Zjeździe w Paryżu 1910 r. przez Piaseckiego.

I ten rozmach nie ustaje, ale trwa dalej aż do wojny, a potem znajduje swe *apogeum* podczas wojny z chwilą powstania możliwości wskrzeszenia Polski i w czasie organizowania Wolnej Niepodległej Polski.

Ten krótki rys historyczny uważałem za konieczne rzucić na początek swego przemówienia dlatego, ażeby usprawiedliwić powstanie obecnego referatu oraz stosunek nie tylko rozumowy, ale zarazem uczuciowy, który do spraw higieny szkolnej na terenie Państwa Polskiego wkłada każdy, kto w tworzeniu polskiej opieki higieniczno-lekarskiej brał udział bezpośredni.

Dzisiejszy odczyt wygłaszam w sali T-wa Higienicznego w Towarzystwie Medycyny Społecznej w celu przypomnienia, że przed 21 laty Towarzystwo to w roku 1917 pierwsze wystąpiło do Tymczasowej Rady Stanu z memoriałem, wyjaśniającym konieczność przystąpienia do organizacji higieny szkolnej w nowym polskim szkolnictwie.

Opieka higieniczno-lekarska na terenie szkół powszechnych w Warszawie przeżywa w chwili obecnej poważny kryzys. W rozmowach z lekarzami szkolnymi, zwłaszcza z tymi, którzy pracowali na terenie szkół powszechnych przed ich reorganizacją lat ostatnich, wyczuwa się gorzyc i zniechęcenie. Lekarze szkolni, powiadają oni, zostali pozbawieni dawnej samodzielności na terenie szkoły i oddani pod kierownictwo lekarzy ośrodków jako szkolni lekarze i kontrolerzy sanitarni, przy tym nieraz zależą nie od jednego, lecz od dwóch i więcej kierowników, jeżeli ich szkoły znajdują się w dzielnicach dwóch lub więcej ośrodków zdrowia. W działalności ich podkreśla się głównie funkcje sanitarne, a na ogromny zakres higieny szkolnej poza sprawą walki z chorobami zakaźnymi zwraca się mało uwagi, ponieważ nie interesują one lekarzy ośrodka. Higienistki szkolne, będące najbliższymi współpracownikami lekarzy szkolnych i im dawniej bezpośrednio podległe, obecnie zostały jeszcze uzależnione od starszej pielęgniarki O. Z., co znowu wprowadza dwoistość władzy i zamęt w pracy. Lekarz szkolny i higienistka szkolna przestali być uważani za czynnik, ściśle związany z życiem szkoły, pracujący w okresach pracy szkolnej i korzystający z przerw szkolnych wspólnie z ciałem nauczycielskim i uczniami, ale, jako funkcjonariusze miejskiej służby zdrowia, obowiązani są do pracy według wymagań swego kierownictwa nieraz w dziedzinie, nie mającej nic wspólnego z higieną szkolną. Ograniczenie zakresu działalności lekarzy szkolnych do roli szkolnych lekarzy sanitarnych, pozbawiającej ich wpływu higieniczno-wychowawczego wśród nauczycielstwa i młodzieży, zniesienie dawniej istniejących konferencji miesięcznych sprawozdawczo-naukowych, na których obok sprawozdań miesięcznych z działalności lekarzy szkolnych stałe były omawiane wszelkie zjawiska i zdobycze z dziedziny higieny szkolnej, a wprowadzenie miesięcznych odpraw w Wydziale Służby Zdrowia, gdzie się wysłuchuje rozporządzeń władz, bez prawa dyskusji, a czasami też referatów z zakresu sanitarii ogólnej i szkolnej, obniżyły zakres zainteresowań i dążności naukowe lekarzy szkolnych i pozbawiły ich możliwości pogłębiania wiedzy w dziedzinie tak obszernej, jak higiena szkolna.

Jednym słowem, praca ich jest pozbawiona kierunku i steru, panuje w niej zamęt i chaos, stąd i wyniki

jej nie dają zadowolenia z dobrze spełnionego obowiązku, ale raczej zniechęcają wskutek beznadziejności wysiłków i zamieniają lekarzy w zwykłych sanitarnych urzędników, odrabiających powierzone im funkcje.

Stawiane obecnej organizacji na terenie Warszawy zarzuty są bardzo poważne i wymagają gruntownego zbadania ich słuszności i samych zasad organizacji. Chodzi tu bowiem o rzecz niemałej wagi, chodzi o wychowanie młodego pokolenia w stolicy, zdrowego i przejętego zasadami higieny, które otrzyma w szkole w tym czasie, kiedy się takie zasady najlepiej w pamięć wbiągają i kształtują psychikę przyszłego obywatela. To nie jest sprawa sanitarna, polegająca na rozwiązaniu w ten lub inny sposób zagadnienia walki z chorobami nagminnymi, ale sprawa wychowania przyszłego obywatela miasta w duchu zasad higieny, które on sam później będzie wcielał w życie.

Organizacja higieny szkolnej w 1915 r. była jedną z pierwszych naszych zdobyczy kulturalnych po opuszczeniu Warszawy przez Rosjan i po zajęciu jej przez Niemców. Na wniosek i za zgodą utworzonego Komitetu Obywatelskiego m. Warszawy, który czasowo objął kierownictwo spraw gospodarczych stolicy powstała Komisja do spraw higieny szkolnej pod przewodnictwem członka Komitetu Dra Z. Paderewskiego z udziałem znanego higienisty szkolnego Dra S. K o p c z y ń s k i e g o, Dra W. K n a p p e g o, Dra W. Ł a p i ń s k i e g o i moim. Komisja uważała, że stałe zbliżenie nauczyciela-wychowawcy, troszczącego się o zdrowie moralne ucznia z higienistą-wychowawcą, czuwającym nad jego zdrowiem fizycznym, wyda najlepsze owoce, jeżeli ich współpraca będzie związana jednym wspólnym Wydziałem Szkolnym, ogarniającym całokształt zadań wychowawczych na terenie szkoły. Stanowisko Komisji podzielił Komitet Obywatelski. Z czasem kiedy Komitet Obywatelski oddał władzę w ręce powstałego po pewnym czasie Samorządu Miejskiego i jego emanacji, Magistratu m. st. Warszawy, i kiedy powstała Sekcja Higieny Szkolnej pod kierownictwem Naczelnego Lekarza-Higienisty Szkół Miejskich zamiast początkowej Komisji Higieny Szkolnej, wspomniana Sekcja H. Sz. pozostała przy Wydziale Szkolnym, gdyż motywy, dawniej wysuwane przez Komisję, a później bronione przez

Sekcję, znalazły uznanie w Prezydium Zarządu m. st. Warszawy.

Ze słuszny jest pogląd, łączący działalność higieny szkolnej z działalnością władz szkolnych, a nie z władzami sanitarnymi, skupiającymi się na terenie gminnym i państwowym w organizacjach służby zdrowia, najlepszy dowód widzimy w organizacji higieny szkolnej na terenie całego Państwa. Jak wiemy, kierownictwo sprawami higieny szkolnej w Państwie znajduje się w rękach Naczelnego Wizytatora Szkół, kierownika referatu higieny szkolnej w Ministerstwie W. R. i O. P. Początkowo w 1917 r. po utworzeniu Departamentu Służby Zdrowia przy Tymczasowej Radzie Stanu powstaje w Departamencie referat higieny szkolnej, którego organizację Dyrektor Departamentu powierza wspomnianemu wyżej Dr St. K o p c z y ń s k i e m u. Jednocześnie w Departamencie Oświaty powołana zostaje Rada do Spraw Oświecenia Publicznego, do której zostaje powołany ten sam K o p c z y ń s k i jako referent do spraw higieny szkolnej. W roku 1918 Departamenty zostają przekształcone w Ministerstwa. W Ministerstwie Oświaty powstaje referat higieny szkolnej, który Minister powierza Dr Wł. O s m ó l s k i e m u. Ten jednak po kilku miesiącach zostaje powołany do wojska. Wówczas Minister zaprasza na to stanowisko K o p c z y ń s k i e g o, który, widząc, że działalność jego w Ministerstwie Zdrowia ogranicza się przeważnie do wąskiego terenu walki z chorobami zakaźnymi, wszelkie zaś inne zagadnienia higieny szkolnej mogą tu być tylko pobieżnie traktowane, mając przy tym głębokie przekonanie, co nieraz w rozmowach ze mną wypowiadał, że wszelkie zagadnienia higieny szkolnej, nawet walka z chorobami zakaźnymi mogą być z pożytkiem rozwiązywane tylko przy ścisłym współdziałaniu nauczycielstwa, opuścił Ministerstwo Zdrowia i objął referat w Ministerstwie Oświaty.

Od tego czasu pomimo utworzenia w Min. Zdrowia wydziału higieny szkolnej, kierownicy Ministerstwa Zdrowia, a potem Departamentu Służby Zdrowia przyszedli widocznie do przekonania, że sprawy higieny szkolnej w swym całokształcie bardziej nadają się do prowadzenia w Ministerstwie W. R. i O. P., gdyż przestali nadal obsadzać ten wydział. (Dok. nast.)

Wiadomości bieżące.

— Na posiedzeniu Sekcji do zwalczania gruźlicy Państwowej Naczelną Radę Zdrowia z dnia 30.XI.1938 r. wypowiedziano następujące Uwagi w sprawie organizacji kursów z zakresu zwalczania gruźlicy. Należałoby wprowadzić dwa typy kursów: 1) uzbrajających lekarzy do społecznej walki z gruźlicą i 2) dla lekarzy szpitalnych i ośrodków zdrowia. ad 1) Program kursów typu pierwszego miałyby więcej godzin medycyny społecznej, tj. z ustawodawstwa przeciwgruźliczego, z organizacji walki z gruźlicą w miastach i na wsi, prowadzenia poradni, źłobków i prewentiów, wykładów o współpracy z ubezpieczelniami, o gruźlicy jako chorobie zawodowej. Wykłady teoretyczne w tej grupie musiałyby zająć mniejszą ilość godzin (przebieg zakażenia gruźliczego, anatomia patologiczna, bakteriologia). Teoria zaś i praktyka leczenia zapałowego, oraz rentgenologia klatki piersiowej musiałyby być potraktowane równie szeroko jak i w grupie drugiej; również obszernie musiałyby być potraktowane działy diagnostyczny, aby podnieść poziom umiejętności stawiania wskazań do zabiegów, wzgl. do leczenia szpitalnego lub sanatoryjnego (szczególnie u lekarzy urzędowych), ad 2) Typ drugi kursów mógłby mieć zmniejszoną ilość godzin wykładów i zajęć z medycyny społecz-

nej, natomiast — rozszerzoną serię wykładów i zajęć z dziedziny metod uzupełniających odnę, różniczkowania gruźlicy od innych chorób (pylica, rozstrzenie, astma, zaburzenia wewnętrznydzielnice itp.), badań czynnościowych pod kątem wskazań do poważniejszych zabiegów i pod kątem orzecznictwa. W wykładach z dziedziny medycyny społecznej powinno być uwzględnione zagadnienie wsi nie tylko pod kątem tzw. „depistażu“ i organizacji poradni, ośrodków itp., ale i pod kątem organizacji lecznictwa sanatoryjno-szpitalnego mieszkańców wsi. W Polsce tylko mieszkaniowiec wsi — rolnik — nie ma żadnej możliwości leczenia racjonalnego gruźlicy jako nie ubezpieczony. Należałoby wprowadzić w życie instytucje rozpoznawczo-doradcze, do których mógłby każdy uczestnik kursu zwracać się w przyszłości o radę w drodze korespondencji, przysyłając skrót przebiegu choroby, rentgenogram itp., w miarę zaś wzrastania możliwości finansowych aparatu powołanego do organizacji walki z gruźlicą — nawet przesyłać chorych dla przebadania wszechstronnego i otrzymania wskazówek do dalszego postępowania. Wprowadzić zwyczaj ankiety (anonimowej w razie życzenia) na temat odbytych kursów, aby móc wprowadzić uzasadnione życiem zmiany w programie, sposobie prowadzenia zajęć praktycznych, czasu

trwania kursów itp. Wydawać co pewien czas rozumowany poradnik bibliograficzny i rozsyłać to wydawnictwo uczestnikom kursu na parę miesięcy przed rozpoczęciem wykładów z zaznaczeniem, że polecane jest pewne określenie przygotowanie do kursu. Pożądane byłoby wydawanie pisma o przystępnej prenumeracie (subwencionowanego), które miałyby charakter dydaktyczno-informacyjny; a więc zawierałyby artykuły rozwijające i uzupełniające zagadnienia poruszone na kursach, prócz tego umieszczałyby związane informacje o nowych zdobyczach w dziedzinie rozpoznawstwa, postępowania zapobiegawczego i leczniczego, oraz sprawozdania z różnych „pionierskich” poczyniń. Aby nie mnożyć wydawnictw i nie rozdrabniać się można byłoby np. rozszerzyć i zaadaptować wychodzący we Lwowie „Ruch Przeciwgruźliczy”. Niektóre zajęcia praktyczne i ćwiczenia powinny być prowadzone w formie kollokwium, aby kierownictwo kursów miało możliwość przekonania się, że uczestnik nie tylko wysłuchał ale i nauczył się. Należałoby przeprowadzić postulat przymusowego przeszkolenia niektórych lekarzy urzędowych. Praktyka bowiem sanatoriów przeciwgruźliczych wykazuje nieraz błędy w skierowywaniu na leczenie: zdarzają się wypadki niepotrzebne jak również i zbyt późnionego przekazywania do sanatoriów i szpitali zarówno gruźlicy płucnej jak i kostnej.

— IX Zjazd Ginekologów Polskich odbędzie się w Krakowie w dniach 27—29 maja 1939 r. włącznie. Główne tematy Zjazdu: 1) Poród fizjologiczny w obecnej dobie. 2) Nowoczesny kierunek leczenia włóknaków macicy. W czasie Zjazdu odbędzie się wystawa środków farmaceutycznych i urządzeń klinicznych. Wydany zostanie również Dziennik Zjazdu, do którego przyjmowane będą ogłoszenia poszczególnych Firm. Zgłoszenia tematów odczytów na Zjazd oraz udziału w Zjeździe, jak również zgłoszenia zainteresowanych Firm w sprawie stoisk i ogłoszeń w Dzienniku Zjazdu przyjmuje do dnia 15 kwietnia Sekretariat IX Zjazdu Ginekologów Polskich w Krakowie, Klinika Położnicza i Chorób Kobięcych U. J., Kopernika 23. Tamże udziela się wszelkich informacji dotyczących Zjazdu.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

7.II. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Wynik konkursu im. małż. Sieragowskich. 2. Zdzisław Michalski: Przedstawienie rentgenogramów z przypadku rozległej gruźlicy płuc po dwuletnim stosowaniu glikocholanu miedzi. 3. Jakub Węgierek: Nowy pogląd na powstawanie przecukrzenia krwi w cukrzycy. 4. Bronisław Sabat: O rentgenofotografii masowej i jej znaczeniu w walce zbiorowej z gruźlicą.

7.II. Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

1. Odczytanie protokołu poprzedniego posiedzenia. 2. Komunikaty Zarządu i Komisji Naukowej. 3. Bielenki A. i Krzypow B. Z kazuistyki gruźlicy płuc. 4. Fejgin M. i Kirszenberg Z. Przypadek przewlekłego stosowania masywnych dawek naparstnicy. 5. Wajsberg. O nowoczesnym leczeniu rzeźączki hemoterapią (sulfamidami).

16.II. Polskie Towarzystwo Med. Społ.

Sekcja kliniczna (Zakł. Fizjol.).

Chevallier. O układzie siateczkowo-śródbłonkowym (w języku franc.).

COLLOQUIUM TERMINOLOGICUM.

XL. Molekuła czy cząsteczka?

Rozdrabniając tą czy inną drogą jakieś ciało, otrzymujemy stopniowo coraz mniejsze części, które jednak zachowują wszystkie cechy chemiczne tego ciała; w końcu dochodzimy do tak małych części, że dalszy ich rozpad, czy rozkład daje w wyniku składniki o cechach indywidualnych całkiem odmiennych, inaczej mówiąc, ciało pierwotne przestaje istnieć, jako takie, a powstają ciała nowe o budowie prostszej, a nieraz całkiem prostej. Otóż ta najmniejsza część ciała, powstająca przy rozdrabnianiu, lecz zachowująca jeszcze wszystkie cechy indywidualne całości, nazywa się po łacinie „molecula” od wyrazu „moles”, co znaczy „masa, gromada”. Jedyne słusznym odpowiednikiem polskim terminu łacińskiego „molecula” jest „cząsteczka”, i używanie przeto spolszczonego terminu „molekuła” jest zbędne.

Stanisław Justman.

Résumé des articles originaux.

Mme Mathilde de BIEHLER. Sur la valeur prophylactique et thérapeutique de l'extrait globulin placentaire dans la rougeole, la scarlatine et les oreillons.

L'auteur donne d'abord un aperçu général sur la mortalité et la morbidité de la rougeole et les moyens de la lutte contre ce fléau de l'enfance et décrit le développement de la nouvelle méthode prophylactique et thérapeutique—Mme de Biehler cite les effets obtenus grâce à l'emploi de l'extrait globulin de placenta, qui comme le soutient l'auteur et tant d'autres médecins occupe une place prépondérante dans l'arsenal médical de la rougeole. A côté de la rougeole d'autres maladies infectieuses peuvent aussi profiter de l'extrait placentaire — c'est la scarlatine et les oreillons et d'autres encore peut être jusqu'à nouvel avis.

H. RAJBENBACH et H. GOLDMAN. Un cas d'infection des voies biliaires par le parasite *Opisthorchis felinus*.

Les auteurs relatent un cas de la parasitose *Opist. fel.* chez une femme. Le cas était compliqué par une infection concomitante de *Bothriocephalus latus*. Les symptômes prédominants étaient: une anémie hyperchromique grave (1.180.000 glob. rouges) avec éosinophilie variante de 6—12%, achylie gastrique complète, et symptômes dyspeptiques vagues. Les oeufs de *O. f.* étaient trouvés dans la bile et dans les fèces. Il est caractéristique que l'infection touche au premier lieu les femmes juifs qui ont la coutume de goûter le hachis des poissons crus. Le problème de la thérapeutique n'est encore décidé.

B. GLASS et Z. SWISŁOCKI. Hernie médiastinale aiguë au cours du traitement par le pneumothorax artificiel.

Chez un malade tuberculeux, porteur d'un pneumothorax artificiel inefficace à cause de larges adhérences, survient trois jours après la dernière insufflation, pendant le dîner, un épisode brusque d'étouffement et d'oppression qui fut apaisé par une piqûre de morphine. L'examen radiologique fait le jour suivant a révélé l'existence d'une grande hernie médiastinale postérieure qui fut la cause de cet accident aigu. La hernie médiastinale ne constitue pas une contreindication dans le traitement par le pneumothorax artificiel.

S. LEWINSON. Clinique d'hématurie.

L'auteur expose les causes de l'hématurie, l'importance de l'hématurie de différentes parties des voies urinaires pour le médecin praticien et le diagnostic de l'hématurie.

TRĘŚĆ: M. BIEHLER. O wartości zapobiegawczej i leczniczej wyciągu z łożyska w odrze, płonicy i śwince. — H. RAJBENBACH i H. GOLDMAN. Przypadek zakażenia drogą żółciowych pasożytem *Opisthorchis felinus*. (O. f.). — B. GLASS i Z. SWISŁOCKI. Gwałtowne wystąpienie przepukliny śródpiersiowej w przebiegu leczenia odmowego. — S. LEWINSON. Znaczenie kliniczne krwimoczu. — H. LANDAU. Hormony i witaminy (Str. zbior. Dok.). — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — J. SZMURŁO. Opieka higieniczno-lekarska w szkołach powszechnych Warszawy, a Ośrodki Zdrowia. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: Mme de BIEHLER. Sur la valeur prophylactique et thérapeutique de l'extrait globulin placentaire dans la rougeole, la scarlatine et les oreillons. — H. RAJBENBACH et H. GOLDMAN. Un cas d'infection des voies biliaires par le parasite *Opisthorchis felinus*. — B. GLASS et Z. SWISŁOCKI. Hernie médiastinale aiguë au cours du traitement par le pneumothorax artificiel. — S. LEWINSON. Clinique d'hématurie. — H. LANDAU. Hormones et vitamines (Rev. gén. fin) — J. SZMURŁO. La protection médico-hygiénique dans les écoles primaires de Varsovie et les Centres de Santé.