

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12, m. 28, tel. 51-52.

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 334-48.

Nr. 42

WARSZAWA, 17 PAŹDZIERNIKA 1929 R.

Rok VI

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Kiedy należy operować w cierpieniach pęcherzyka żółciowego?

Podał

Prof. H. STRAUSS (Berlin).

Na pytanie, kiedy należy operować w zachorzeniach pęcherzyka żółciowego, wciąż jeszcze każdy z lekarzy daje inną odpowiedź. I to nie tylko naogół, ale specjalnie jeszcze, zależnie od tego, czy odpowiedź pochodzi od chirurgów, czy od internistów. Panuje wprawdzie zgodność, że w ostrych stanach zagrażających życiu, jak perforacja pęcherzyka żółciowego, ropniak, posocznice zapalenie dróg żółciowych i w jednoczesnym ciężkim ostrym zapaleniu trzustki należy operować natychmiast. W innych atoli przypadkach w przebiegu zapalenia pęcherzyka żółciowego panuje i dziś jeszcze wielka rozbieżność zdań. Z natury rzeczy uwydatnia się przy ustalaniu wskazań do operacji naogół daleko większa aktywność u chirurgów, niż u internistów. Tłumaczy się to, zdaniem moim, zupełnie innym materiałem obserwacyjnym chirurgów, niż internistów. Chirurgowie mają wielką zasługę, że przyczynili się w znacznym stopniu do wyjaśnienia poglądów u internistów na wskazania do operacji w zachorzeniach pęcherzyka żółciowego przez swoje doświadczenie, zdobyte drogą *autopsia in vivo* i przez cały szereg cennych statystyk. Podczas jednak, gdy u chirurgów w danej chwili panuje na podstawie nowszych statystyk kierunek na korzyść wczesnych t. j. zapobiegawczych operacji w młodym wieku, nawet gdyby narazie ścisłych wskazań do operacji nie było, to interniści, ze swej strony, dziś jeszcze zachowują pewną rezerwę w stosunku do tych zapobiegawczych operacji u ludzi młodych. Propagowanie operacji zapobiegawczej w młodym wieku ma ten sens, że operacja pęcherzyka lub dróg żółciowych w późniejszym wieku związana jest ze znacznie większym niebezpieczeństwem, niż w latach młodych. Wiemy bowiem już oddawna, że serce osób, dotkniętych przewlekłym zachorzeniem

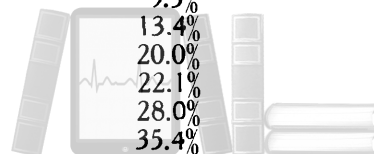
pęcherzyka żółciowego, jest często wyjątkowo mało odporne, jak również wiadomem nam jest, że u osób starszych po udanej operacji często zjawia się powikłanie ze strony płuc i nerek.

Niewątpliwie możnaby chirurgom zrobić zarzut, że pierwsze objawy zachorzenia pęcherzyka żółciowego występują w połowie przypadków dopiero po 35-40 latach, tak, iż, uznając nawet „operacje zapobiegawczą w młodym wieku“, korzyści z takich operacji przypadają zaledwie tylko połowie przypadków. Jeżeli mamy sobie jasno zdać sprawę z wyników operacji pęcherzyka i dróg żółciowych, to powinniśmy zadać sobie pytanie, nie tylko, jaka jest śmiertelność po tych operacjach, lecz również jaka jest trwałość wyników tych operacji. Chociaż do zestawień statystycznych zwala się wiele niewspółmiernych rzeczy, a należałoby zestawiać materiał nie tylko podług wieku, ale również podług zmian anatomopatologicznych, które stały się powodem operacji, i chociaż powinnyby się uwzględnić w statystyce czy przypadek operowano w ostrym okresie, zagrażającym życiu, czy w przerwie pomiędzy napadami, — to musimy się jednakże zadowolnić takimi statystykami, jakie obecnie mamy do dyspozycji. Z pośród statystyk najważniejszą jest statystyka Hotza z r. 1923.

12144 przypadki
Wiek

Ogólna śmiertelność 9.28%
Śmiertelność według wieku
w odsetkach

0 — 20	2.7%
21 — 25	3.9%
26 — 30	3.3%
31 — 35	4.1%
36 — 40	6.1%
41 — 45	7.2%
46 — 50	9.5%
51 — 55	13.4%
56 — 60	20.0%
61 — 65	22.1%
66 — 70	28.0%
powyżej 70	35.4%



Z pośród statystyk, uwzględniających poszczególne przypadki, wymienię tylko ogłoszoną przed niedawnem statystykę Jurasza, który na 525 przypadków podaje ogólną śmiertelność 6,97%, w tem poszczególnie: po wycięciu pęcherzyka (275 przypadków) śmiertelność wynosiła 2,9%, po wycięciu pęcherzyka wraz z operacją innych narządów (95 przypadków) śmiertelność 4,3%; po zespoleniu przewodu żółciowego wspólnego z dwunastnicą wraz lub bez wycięcia pęcherzyka (47 przypadków) śmiertelność: 6,38%; sondowanie głębokich dróg żółciowych po otworzeniu wraz lub bez wycięcia pęcherzyka (73 przypadki) śmiertelność 20,5%.

Jeżeli chodzi o trwałość wyników po zabiegach chirurgicznych, to posiadamy cały szereg statystyk, warto jednak przedewszystkiem rozejrzeć się wśród tych statystyk, które dają ściślejszą odpowiedź na pytanie, czy wynik zabiegu był całkowity, czy tylko częściowy, czy też niedostateczny. Pod tym względem można zestawzić następujące statystyki:

	Brak wszelkich dolegliwości.	Wynik zadowalający.	Wynik niezadowalający.
Hueck otrzymał	65,8%	19,3%	14,9%
Verbrügge „	70,9%	19,3%	9,3%
Biedl „	70,0%	18—20%	10—12%
Petermann „	85,0%	10,0%	5%

Z innych statystyk podam jedynie, że Jenkel i Simon osiągnęli po wycięciu pęcherzyka pełny wynik prawie w 95% przypadków, gdy Mayo, Arnsperger, Lick i Anschütz stwierdzili pełny wynik tylko w 60—70% przypadków. Ponieważ jednak niemała liczba chorych, którzy nie osiągnęli pełnego wyniku, zwraca się do internistów, nie zaś do operatorów, przeto internista widuje być może częściej wyniki niepełne po operacji niż chirurg.

W każdym bądź razie na podstawie własnego doświadczenia mogę oświadczyć, że liczba przypadków, w których zwracano się do mnie z nawrotami po operacji bądź pęcherzyka, bądź dróg żółciowych, jest niemała. Jeżeli zestawie je z przypadkami, w których operacja dała wynik całkowity pomyślny, to mógłbym określić je liczbą $\frac{1}{4}$ przypadków, poddanych operacji.

Pomimo, iż trudno jest ustalić wyniki leczenia wewnętrznego po zabiegu chirurgicznym, to jednak zestawienie takie posiadamy w dwóch statystykach. W jednej z nich zestawiono przypadki w 2—7 lat po opuszczeniu szpitala, w drugiej — w 12—26 lat. Oto wywody tych statystyk:

	Liczba przypadków.	Zupełnie lub prawie bez dolegliwości.	Zadawałająco	Niewyleczono	Zmarło
Löwenberg, Urach i Scherk	208	39%	40%	21%	
Juguttis—leczenie wewnętrzne	80	43		15	30

Jeżeli chodzi o przypadki śmierci wskutek zachorzenia pęcherzyka żółciowego, nie poddanego operacji, to wymienię, że Naunyn notuje 15%, Tallqvist (102 przypadki) 9% i Binder (96 przypadków) 10,05%, i że po operacji śmiertelność wynosiła przeciętnie około 8—10%. Jako najczęstsza

przyczyna śmierci w statystyce operacyjnej Hotza występuje *peritonitis* - 2,4%, *pneumonia* i powikłania - 1,45%, *degeneratio cordis* — 0,90%.

Jeżeli zestawić statystykę chirurgiczną z wewnętrzną, to ujawnia się bardzo nieznaczna wyższość zabiegu chirurgicznego nad leczeniem wewnętrznym co do trwałości wyniku. Należy jednak zaznaczyć, że statystyki szpitalne nie obejmują wszystkich przypadków, gdyż zupełnie lekkie przypadki nie zwracają się do szpitali, lecz zasadniczo leczą się w domu. Ponieważ zaś wszystkie te przypadki leczą się metodami wewnętrznymi, a dobry wynik leczenia przypadków lekkich jest znacznie częstszy niż w przypadkach posuniętych, to też, po uwzględnieniu tych przypadków, statystyka leczenia wewnętrznego co do pełnego wyniku wypadnie jeszcze korzystniej, niż w obydwu przytoczonych statystykach.

Bądź co bądź na podstawie powyższych statystyk sprawa przedstawia się tak, że żądanie chirurgów poddawania operacji zapobiegawczej przypadków lekkich i średniociężkich w młodym wieku dziś jeszcze bezapelacyjnie nie może być uchwalone. Niewątpliwie wiemy z doświadczenia, że nawet zupełnie lekkie przypadki zachorzenia pęcherzyka i dróg żółciowych prędzej lub później mogą przejść w bardzo ciężkie, zagrażające życiu. Statystyki dają nam jednak pod względem kwestji metod leczenia jedynie odpowiedź ogólną, nie zaś odpowiadającą ściśle danemu konkretnemu przypadkowi. Wprawdzie z doświadczenia chirurgicznego wypływa, że operacja wykonana w okresie pozanapadowym daje o wiele lepsze wyniki, niż operacja wykonana w czasie napadu. Śmiertelność po operacjach wykonanych à froid jest o połowę mniejsza, niż po operacjach à chaud. Mamy więc pod tym względem paralelę z chirurgicznym leczeniem wyrostka robaczkowego. Jeżeli zaś sprawę operacji pęcherzyka żółciowego postawimy i pod innymi względami na równi z kwestją operacji ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, to musimy zaznaczyć, że chorzy z zapaleniem wyrostka daleko częściej zaliczają się do roczników młodych, niż chorzy z ostrym zapaleniem pęcherzyka, i że groźne dla życia powikłania w zapaleniu wyrostka zdarzają się znacznie częściej, niż w przypadkach ostrego zapalenia pęcherzyka. W każdym razie w przypadkach częstego nawrotu bólów w zachorzeniu pęcherzyka, a także w sprawach przewlekłych pęcherzykowych, przebiegających choćby tylko pod postacią przewlekłej niestrawności bolesnej, daleko łatwiej decydujemy się na operację, niż w przypadkach kolki łagodnej, występującej w dłuższych przerwach i poddającej się łatwo leczeniu wewnętrznemu. Oczywiście, pożądaną jest przedewszystkiem, żeby przy omawianiu wskazań do operacji rozpoznanie zachorzenia pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych było dostatecznie uzasadnione. Jeżeli zaś, co zdarza się dość często, w powyższych przypadkach różniczkowe rozpoznanie w stosunku do przewlekłego zapalenia wyrostka lub owrzodzenia dwunastnicy jest niepewne, pomimo najdokładniejszych badań, to i w tych przypadkach zabieg operacyjny jest usprawiedliwiony, ponieważ dzięki operacji można również ująć terapeutycznie tę chorobę, która wchodziła w zakres rozważań różniczkowych.

Z pośród innych groźnych stanów w przebiegu zachorzenia dróg żółciowych, zatkanie przewodu wspólnego powinno być wskazaniem do zabiegu już po 3—4 tygodniach trwania. W ostrym gorączkowym przebiegu należy operować bodaj jeszcze wcześniej. Aseptyczny, przewlekły wodniak pęcherzyka żółciowego następcza również możliwość operacji, ponieważ w razie przypadkowego zakażenia wodniaka, szanse operacji się pogarszają. Co do przewlekłego gorączkowego zapalenia dróg żółciowych, to rzecz przedstawia się rozmaicie, zależnie od natężenia zakażenia i wieku chorego. W całym szeregu przypadków podostrego i podchronicznego zapalenia dróg żółciowych u osób starszych, dla których operacja wydawała się niebezpieczną, udało mi się osiągnąć wyleczenie drogą „bezkrwawego” drenowania dwunastnicy, za pomocą systematycznego przepłukiwania 30—40 cm. 20% roztworu siarczanu magnezu. Jak opisałem to szczegółowo w lutym numerze 1927 „Therapie der Gegenwart” polecam ten zabieg do szerokiego stosowania we wszystkich zakaźnych sprawach pęcherzyka i dróg żółciowych, a także w zatankaniu przewodu żółciowego wspólnego, o ile nie chodzi o stan ostry, groźny dla życia, kiedy należy operować bezzwłocznie. W sprawach trzustkowych tylko ciężkie postaci dają powód do natychmiastowego operowania dróg żółciowych. Lekkie bowiem i średnio ciężkie zajęcia trzustki, dające się stwierdzić drogą wykrycia diastazy w moczu i lipazy atoksylorzystentnej we krwi, wylające zapalenia dróg żółciowych, nie należą do rzadkości, mają jednak przeważnie charakter przejściowy. Śród 56 przypadków zachorzeń pęcherzyka żółciowego, udało mi się stwierdzić tego rodzaju łagodne, przejściowe uszkodzenie czynności trzustki 10 razy t. zn. prawie w 18% przypadków. Poza wymienionymi powikłaniami zachorzeń pęcherzyka i dróg żółciowych zdarzają się, oczywiście, jeszcze inne, jak np. niedrożność kiszki (ileus) wskutek kamienia żółciowego i inne, które następczą możliwość operacji; o nich jednak w tem miejscu mówić nie będę.

Z powyższych rozważań można wyprowadzić wnioski, że przy leczeniu zachorzeń pęcherzyka i dróg żółciowych jesteśmy dziś daleko bardziej zwolennikami chirurgii niż dawniej, dzięki postępom chirurgii, że jednak wciąż jeszcze w każdym poszczególnym przypadku możemy ustalić wskazanie do operacji tylko po najstaranniejszym uwzględnieniu wszystkich okoliczności i po wyczerpaniu wszystkich metod rozpoznawczych, dostępnych nam, dzięki rozwojowi dżagnostyki, a zwłaszcza nowych metod badania rentgenologicznego i zgłębnikowania dwunastnicy. Suma tych momentów daje nam dziś możliwość dokładniej wskazać przypadki, nadające się do operacji, i każdy z nich zindywidualizować ściślej pod względem wskazań chirurgicznych. Dzięki temu stajemy się z jednej strony pochoptejnymi do operacji, z drugiej zaś strony ściślej precyzyjnymi rodzaj przeciwwskazania do operacji.

W każdym poszczególnym przypadku musimy nietylko odpowiedzieć na pytanie, o jaką sprawę chodzi, lecz także: jakim osobnikiem jest chory i czy nie możnaby odłożyć operacji do ustąpienia napadu (anfallsfreier Intervall).

Chociaż na podstawie statystyk można z łatwością wyprowadzić ściśle formułki ogólnego postępowania, to jednak w każdym poszczególnym przypadku ustalenie wskazania do operacji jest sprawą bardzo zawiłą. Ponieważ w każdym przypadku należy zawsze rozważyć z jednej strony, jakie są szanse dla operacji, z drugiej, jakie są widoki w razie wyczekiwania, przeto ustalenie wskazania do operacji wymaga jak i dawniej wielkiego doświadczenia i zdolności do oceny ze strony osoby, mającej ponieść odpowiedzialność za postawienie wskazania, chociaż nawet dane, na których dziś opieramy wskazania, w większości przypadków, są znacznie lepsze, niż były przed dwoma dziesiątkami lat.

Z rękopisu niemieckiego przełożył
W. Knappe.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z oddziału klinicznego chor. wewn. Szpitala Szkoły

Podchorążych Sanitarnych.

(Kierownik: A. BYLIŃA).

W sprawie patogenezy zespołu klinicznego powolnego zapalenia wsierdza.

Podał

M. ROSNOWSKI (Warszawa).

Fatalne zakończenie walki ustroju z zakażeniem w przebiegu powolnego zapalenia wsierdza jest znamioną tragiczną cechą tej choroby. Klinika wewnętrzna, mająca trudne i niewdzięczne zadanie leczenia pacjentów, dotkniętych tym zespołem chorobowym wprowadzie powolnej, lecz złośliwej sprawy posocznicy, zajmuje, niestety, i teraz jeszcze pozycję raczej obserwatora, niż terapeuty.

Najbardziej różnorodne i pomysłowe sposoby postępowania leczniczego zawodzą, i osobiście

mieliśmy możliwość przepowiedzenia rodzinie chorych prawdopodobnego fiaska naszych zabiegów w zaraniu cierpienia, na 4—5 miesięcy przed zejściem.

Niezapisane stronicie leczenia poprzedzają jednak liczne prace z zakresu przebiegu tej choroby i jej patogenezy.

W ciągu ostatnich 7-miu lat spostrzegano i w naszej klinice ki kunastu chorych na powolne zapalenie wsierdza. Obserwując dwóch ostatnich chorych, mieliśmy przytem sposobność przekonania się o wartości istotnej danych piśmiennictwa, stwierdzone zarazem objawy pozwalają na głębsze zrozumienie cierpienia.

Przebieg choroby naszych pacjentów przedstawia się następująco:

Przypadek 1 szy. Chory L. lat 32, oficer służby czynnej, przybył na oddział 12.I. 1929 r.

Wywady: Przed miesiącem zaziębił się, zjawila się gorączka, objawy niestrawności, uczucie łamania w kościach.

Po tygodniu poprawił się, lecz czuł się bardzo osłabiony i prawie nie opuszczał łóżka. Od 10 dni osłabienie wzmożło się, wieczorami gorączkuje, występują bóle kłujące w okolicy łędźwiowej, oraz w klatce piersiowej. Przebywał w dzieciństwie błonice, odrę; w czasie wojny chorował na czerwonkę i hiszpankę, wogóle łatwo zaziębia się. Od roku 1922 miewa niestałe bóle w okolicy serca, z powodu czego zwracał się do lekarza, który stwierdził, iż ma chore serce. Choroby weneryczne neguje. Nie pali i wódki nie używa. Żonaty. Ma jedno zdrowe dziecko. Pochodzi z rodziny zdrowej.

Przedmiotowo stwierdzono: Wzrost średni. Budowa kośćca asteniczna, z wydłużoną klatką piersiową. Odżywienie nieco upośledzone. Powłoki skórne i śluzówki blade-różowe. Płuca bez zmian szczególnych. Serce: powiększenie wymiarów s tłumienia w lewo; uderzenie koniuszkowe unoszące; na koniuszku dmuchający szmer skurczowy w okresie telesystolicznym, nad tętnicą główną i na mostku długi kaskadowy szmer rozkurczowy. Tętno szybkie, 96 uderzeń na 1 minutę; ciśnienie krwi 165 *mx.* i 55 *mn.* (aparatem Spenglera). Narządy trawienia: w jamie ustnej stwierdza się dość duże braki w zębieniu, sporo zębów spróchniałych; w jamie brzusznej: wątroba niemacalna, pod lewym łukiem żebrowym wyczuwa się opór. Zmian chorobowych ze strony układu nerwowego nie wykryto.

Rozpoznanie: Zapalenie wsierdzia z objawami niedomykalności zastawek tętnicy głównej.

Ważniejsze szczegóły przebiegu choroby. Ciepłota ciała stale o typie wybitnie hektycznym; wieczorami do 39,8 w porannych godzinach około 36; podniesienie ciepłoty poprzedzają dreszcze całego ciała. Znaczna depresja psychiczna, skargi na bóle w okolicy serca. Na opuszkach palców obu rąk od czasu do czasu występują wynaczynienia; miejsca wybroczyn wygórowane, bolesne. Podobne również zmiany na stopie lewej. 5.II. wystąpił raptowny silny ból w podżebrzu lewym, przyczem stwierdzono powiększenie s tłumienia śledziony ku górze o jedno żebro. 22.III — przytłumienie pod łopatką prawą i tamże drobne trzeszczenia. Objaw opaskowy dodatni już po 2-ch minutach. Ciśnienie krwi 150 *mx.* 15 *mn.* lekko podżółtaczkowe zabarwienie białówek.

W okresie tym poza leczeniem objawom stosowano: Kollargol, trypaflawinę i cytotropinę śródkżylnie, następnie wstrzykiwano autoszczepionkę z wyhodowanych z zęba i krwi szczepów paciorkowca zieleniejącego.

10.IV. — Chory w stanie znacznego przygnębienia, uskarża się na duszność, męczący, suchy kaszel, oraz na bóle w całym ciele, szczególnie w okolicy serca, podżebrzu lewym, pod łopatkami. Serce: s tłumienie powiększone we wszystkich kierunkach, szmer skurczowy wyraźniejszy, rozkurczowy długi, gwałtowny; tętno do 120 uderzeń na 1 minutę; ciśnienie krwi 200 *mx.* i 20 *mn.* Pod łopatkami stale utrzymują się drobne trzeszczenia. Niezbyt silne kilkakrotne krwawienia z nosa.

22.IV. — Wśród objawów zapaści zgon.

Wyniki badań laboratoryjnych.

Badania bakterjologiczne, Odczyn Wassermana w krwi ujemny. Początkowe dwukrotne badanie krwi i moczu na posiew wypadło ujemnie, następnie zaś 18.III. ze krwi wyhodowano szczep paciorkowca zieleniejącego. Przy bakterjologicznym badaniu kilku usuniętych, spróchniałych zębów znaleziono: szczepy paciorkowca zieleniejącego, gronkowca białego pneumokoka i dwoinki nieżywej.

Badania morfologiczne krwi.

	18.I.	25.III.	17.IV.
Hemoglob.	78 %	52 %	65 %
Wskaźnik zabarw.	1.0	0.6	0.9
Czerw. ciałek krwi w 1 mm ³	4.140.000	4.120.000	3.640.000

	12.200	14.800	24.200
Białych ciałek w 1 mm ³			
Obojętnochłon.	85 "	76 "	30 "
Monocytów	4 "	1 "	1 "
Zasadochłonnych	1 "	0 "	0 "
Kwasochłonnych	0 "	1 "	2 "
Limfocyt. dużych	1 "	0 "	0 "
" małych	9 "	23 "	7 "
Płytek krwi w 1 mm ³	--	82.400	65 520 "

Odczyn ponukleinowy. 6.III.

	przed	po nukleinie	
		1 godz.	2 godz.
Białych ciałek krwi w 1 mm ³	8.200.	14.600.	11.400.
Obojętnochłonnych	73 ^{0/0}	80 ^{0/0}	78 ^{0/0}
Monocytów	6 "	6 "	6 "
Kwasochłonnych	5 "	1 "	2 "
Limfocytów dużych	2 "	1 "	2 "
" małych	14 "	12 "	12 "

Badania fizyczne i chemiczne krwi.

	11.III.	22.IV.	Liczby normalne
Punkt zamarzania surowicy	— 0,58°	— 0,56°	
Białko surowicze (refraktom)	8,06 ^{0/0}	7 ^{0/0} —9 ^{0/0}	
Lepkość surowicy (aparat. Hessa)	1,70	1,78—2,09	
Napięcie powierchn. surow. (sposób odrywania kółka)		63,90 dyn/cm	58 nago)
Azot pozabiałk. w 100 cm ³ krwi	44,6 mg.	103 mg.	25—50 mg
Mocznik	62,5 "	62,5 "	30—60 "
Kwas moczowy	—	—	2—3 "
Chlorki	—	560 "	do 600 "
Cukier	—	110 "	90—120 "
Wapń	—	—	11—12 "
Cholesteryna	100 "	—	140—170 "
Bilirubina	1,3 "	—	do 2 "
Rezerwa alkaliczna (ap. Van Slyke)	—	58 mg.	60

Oporność osmotyczna czerwonych ciałek w stosunku do rozczyńw soli kuchennej.

	11.III.	19.IV.	Liczby normalne
Początek hemolizy	0,47 ^{0/0}	0,40 ^{0/0}	0,45 ^{0/0}
Zupełna hemoliza	0,35 "	0,25 "	0,32 "

Krzepnięcie krwi (sposób Wrighta) — 8 minut (norma 4' — 6').

Czas krwawienia (sposób Duke'a) — 4 minuty (norma 1' — 3').

Kurczliwość skrzepu dostateczna. Autoaglutynacja krwi (sposób Gaultiera) wystąpiła po upływie 10 minut.

Czas opadania krwinek (sposób Lynzenmeyera, normalnie trwa 332'); 24.I. — 90'; 21.II. — 72'; 10.IV. — 50.

Badania moczu wykazywały: odczyn kwaśny; cg. od 1016—1025.

Białko 0,03^{0/0}—1,8^{0/0}; Urobilina w ilości zwiększonej; w polu widzenia osadu moczu; 3—5 krwinek; do 8 leukocytów, 3—8 walczków szklitych czystych i z nawarstwieniem. W płwocinie komórek śródbłonkowych nie znaleziono.

Autopsji z przyczyn od nas niezależnych nie wykonano.

Przypadek 2-gi. Chory M., lat 29, oficer pilot, przybył na oddział 27.X.1927 r.

Wywiady: Od miesiąca uskarża się na stopniowo wzmagające się osłabienie, utratę łaknienia, stany podgorączkowe wieczorami, nadmierne pocenie się nocami; ogólne zdenerwowanie. Do roku 1920 nie chorował. W roku 1920 dostał się do niewoli bolszewickiej i tam przebył dur plamisty i powrotny oraz gnilec. Nie pali. Wódkę pije okolicznościowo w ilościach miernych. Pochodzi z rodziny zdrowej.

Stan obecny. Budowa ciała prawidłowa, odżywianie średnie, skóra blada. Gruczoły szyi i pachowe wielkości ziarna fasoli. W płucach stwierdzono objawy zgęszczenia miąższu w szczycie prawym na większej przestrzeni. Serce: wymiary stłumienia prawidłowe; rozczepiony ton pierwszy na koniuszku; ton drugi nad tętnicą główną wzmożony, nieczysty okres mezodystoliczny. Tętno mierowe, 84 uderzenia na 1'; ciśnienie krwi 143 mm. 85 mm.

Przebieg choroby. Stały stan podgorączkowy. Badanie moczu wskazywało na zapalenie nerek, wobec czego przeprowadzono próbę wodną, która wykazała upośledzone wydalenie wody i obniżenie czynności stężania; próba fenolsulfoftaleinowa dała liczbę 20 (norm. 40–60).

Już 2.XI. stwierdzono na koniuszku podmuch rozkurczowy, który następnie zmienił się na wyraźny szmer rozkurczowy. 15.XI. wystąpił skurczowy szmer na koniuszku. Odczyn opaskowy wybitnie dodatni już po 3-ch minutach uciśnięcia ramienia. Próba tuberkulinowa Mantoux wypadła dodatnio. Stopniowo wzmagające się objawy niedomogi nerek i niedokrwistości. 5.XII. wystąpił tętniak w górnej $\frac{1}{3}$ tętnicy biodrowej, następnie stopniowo powiększający się. Objawy mocznicowe narastają, przyczem zjawia się czkawka, trwająca 4-ry dni; kilkakrotnie wymiotował zawartością żołądka. 20.XII. — stan ogólny znacznie podupadł; chory wyczerpany psychicznie i fizycznie; sen zakłócony, krótkotrwały. W obu dolnych płatach płucnych objawy stanu zapalnego. Wymiary serca nieco powiększone we wszystkich kierunkach, przeważnie w lewo, objawy wysłuchowe przemawiają za zwężeniem lewego ujścia żylnego oraz niedomykalnością zastawek tętnicy głównej; ciśnienie krwi 180 mm. i 40 mm. Ciepłota wieczorami do 38°, 4.1. — w nocy dostał dużego krwotoku płucnego. 5.1. w godzinach porannych wśród objawów zapaści — zgon.

Choremu stosowano poza leczeniem objawowym elektroaural (śródziennie) oraz autoszczepionkę z wyhodowanego ze krwi szczepu paciorkowca zieleniejącego. Przy trzecim wstrzyknięciu 2-ch cm. roztworu elektroauralu wystąpił bardzo burzliwy wstrząs cieczny.

Wyniki badań laboratoryjnych.

Badania bakterjologiczne. Odczyn Wassermann'a we krwi ujemny. W płwocinie laseczników Kocha nie wykryto. Z posiewu krwi wyhodowano szczep paciorkowca zieleniejącego. Po zastosowaniu serji autoszczepionek posiewy krwi wypadły jałowo. Odczyn zlepnny surowicy ze szczepem własnym ujemny, zaś odczyn odchylenia dopełniacza słabo dodatni.

Badania morfologiczne krwi.

	4.XI.	29.XI.	13.XII.
Hemoglob.	62 $\frac{0}{10}$	56 $\frac{0}{10}$	48 $\frac{0}{10}$
Wskaźnik zabarw.	0,9	1,0	0,8
Czerw. ciałek krwi w 1 mm ³	3.620.000.	2.840.000.	3.200.000.
Białych ciałek „	7.800.	8.800.	9.200.
Obojętnochłon.	55 $\frac{0}{10}$	62 $\frac{0}{10}$	60 $\frac{0}{10}$
Monocytów	3 „	3 „	9 „
Zasadochłon.	1 „	0	1 „
Kwasochłon.	1 „	2 „	2 „
Limfocytów dużych	2 „	2 „	6 „
Limfocytów małych	38 „	31 „	22 „
Płytek krwi w 1 mm ³	—	33.200.	—

Odczyn ponukleinowy 25.XI.

	przed	po nukleinie	
		1 godz.	2 godz.
Białych ciałek krwi w 1 mm ³	8.400.	15.600.	9.600.
Obojętnochłon.	44 $\frac{0}{10}$	56 $\frac{0}{10}$	77 $\frac{0}{10}$
Monocytów	4 „	3 „	5 „
Kwasochłonnych	0	2 „	2 „
Zasadochłonnych	1 „	1 „	0.

Limfocytów dużych	6 „	9 „	0.
Limfocytów małych	43 „	29 „	16 „
Badania fizyczne i chemiczne krwi.			
	18.XI.	29.XI.	7.XII. 21.XII.
Ilość białka surow. (refr.)	7.420/0	—	—
Lepkość surowicy	1,45	—	—
Napięcie powierzchni. surow.	(tometr. Kopačewskie.)		
go norma 67,8 dym/cm.)	68,8 dym/cm.	—	—
Azot w 100 cm ³ krwi	55 mg.	62 mg.	68 mg. 84 mg.
Mocznik „ „	90 „	—	—
Kwas moczowy w 100 cm ³ krwi	5.6 „	—	—
Chlorki „ „	—	—	800 „
Cukier „ „	180 mg.	—	70 „
Cholesteryna „ „	180 „	—	—
Wapń „ „	—	12 mg.	—
Bilirubina „ „	—	ślady	—
Rezerwa alkaliczna „ „	—	—	38 —

Krzepliwość krwi, czas krwawienia oraz kurczliwość skrzepu prawidłowe.

Oporność osmotyczna krwinek 5.XII.:

początek hemolizy	0,40/0
zupełna hemoliza	0,20/0

Czas opadania krwinek sposobem Lynzenmeyera 3.XI. — 21'; 29.XI. — 18'; 27.XII. — 14'.

Badanie moczu:

Przy ciężarze gatunkowym około 1009, odczyn kwaśny, białka 0,3 — 1,5%, w polu widzenia osadu 8—15 leukocytów; 8—40 krwinek, 6—15 wałeczków szklistych, czystych i z narwarstwieniem oraz drobnoziarnistych.

Rozpoznanie anatomiczno-patologiczne: *Adhaesiones fibrosae circumscriptae pleurae dextrae. Tuberculosis recens apicis pulmonis dextri. Bronchopneumonia hypostatica bilateralis. Oedema pulmonum. Dilatatio cordis totius gradus magni. Stenosis ostii venosi sin. Endocarditis verrucosa vv aortae. Hypertrophia et degeneratio lipomatosa musculi cordis. Hydropericardium. Thymus persistens. Tumor lianis follicularis. Hepar moschatum. Calculi cystis felleae. Nephritis interstitialis chronica et glomerulonephritis insularis. Hyperplasia gl. lymphaticarum. Oedema et anaemia meningum et cerebri.*

Obrazy drobnowodowe poszczególnych narządów (opisał p. Dr. Kuligowski).

Płuca. Wycinek z dolnego płatu. Oplućna zgrubiała, naczynia rozszerzone i nastrożone. Wzdłuż naczyń skupienia drobnoziarnistego czarnego barwnika. Pęcherzyki płucne rozszerzone, światło ich całkowicie wypełniają czerwone ciała krwi, pośród których spotykają się leukocyty wielojądrowe niezbyt liczne i duże komórki złuszczonego nabłonka pęcherzyków płucnych, często zawierających obficie drobnoziarnisty żółto-brunatny barwnik w postaci nieprawidłowych drobnych grudek. Wzdłuż naczyń w tkance łącznej obfite skupienia drobnoziarnistego czarnego barwnika. Światło oskrzeli rozszerzone; nabłonek dobrze zachowany. W świetle obfite skupienia czerwonych, dobrze zachowanych ciałek krwi. Wycinek z górnego płatu. Oplućna bez zmian. Naczynia oplucny i płuc rozszerzone i nastrożone. Pęcherzyki płucne rozszerzone. Światło ich wypełnia drobnoziarnista masa białkowa, pośród której widać dość liczne komórki złuszczonego nabłonka pęcherzyków, często zawierającego obficie czarny barwnik, a w niektórych pęcherzykach spotyka się prócz tego dość liczne czerwone ciała krwi. W tkance łącznej dookoła dużych naczyń widać dość obfite skupienia drobnoziarnistego, czarnego barwnika.

Serce. Pod nasierdziem dość gruba warstwa tkanki tłuszczowej, w której przebiegają liczne naczynia rozszerzone i nastrożone. Włókna mięsne zgrubiałe, poprzeczna prążkowość wyrażona bardzo słabo i to tylko miejscami. Jądra

duże, dobrze zachowane. Przebiegające między pęczkami mięsnymi naczynia włosowate rozszerzone i nastrzyknięte. Wsiedzie zgrubiałe. W mięśniu brodawkowatym, prócz tego, widać rozpad włókien mięsnych na oddzielne drobne fragmenty. Obraz zastawki podajemy niżej.

Nerka. Torebki Bowmana zgrubiałe, o budowie włóknistej; kłębki zmniejszone. W wielu kłębkach widać obfite bujanie nabłonka, wyściełającego wewnętrzną powierzchnię torebki, wypełniającego prawie całkowicie przestrzeń między torebką a kłębkiem. W bardzo wielu kłębkach naczynia zgrubiałe, światło ich zamknięte, mają one wygląd jednolitych, szklistych mas, w których tylko tu i owdzie spotyka się spleśzczone, słabo zabarwione jądra. W niektórych kłębkach zgrubiałe szkliste naczynia zrastają się z torebką, tworząc jedną całość. Między kanalikami krętymi widać obfitą ilość włóknistej tkanki łącznej, pośród której spotyka się ogniska drobno-komórkowej tkanki ziarninowej. Wskutek rozrostu tkanki łącznej, kanaliki kręte znajdują się na dość znacznej odległości jeden od drugiego; światło kanalików dość szerokie, wyściełający je nabłonek spleśzczony, granice między oddzielnymi komórkami zatarte, zaródź komórek drobnoziarnista; jądra zabarwione przeważnie słabo, a często niezabarwione są zupełnie. W wielu kanalikach nabłonek złuszczonego wypełnia ich światło. Między kanalikami prostymi bardzo obfita ilość włóknistej tkanki łącznej, wskutek czego kanaliki znajdują się na dość znacznej przestrzeni jeden od drugiego. Nabłonek kana-

lików prostych spleśzczony dość znacznie, granice między pojedynczymi komórkami zatarte, jądra zabarwione słabo. Często nabłonek złuszczonego wypełnia światło kanalików. W świetle kanalików prostych często spotyka się masy jednolite, intensywnie zabarwione eozyną na różowo (walczki szkliste). Naczynia rozszerzone i nastrzyknięte. W niektórych torebkach spotyka się pojedyncze czerwone ciałka krwi.

Wątroba. Torebka Glissona bez zmian. *Interlobulares* rozszerzone, szczególnie wybitnie w środkowych częściach zrazika i wypełnione krwią. Komórki wątrobowe zmniejszone; kąt ich zaokrąglony, zaródź gąbczasta, jądra małe, zabarwione słabo. W obwodowych częściach zrazików często spotyka się komórki większe, niż normalne, intensywnie zabarwione, z dużym jądrem. W obwodowych częściach niektórych zrazików w komórkach widać duże białe przestrzenie, o formie okrągłej, naokoło których skupia się wąskie rąbek zarodki i uciśnięte, intensywnie zabarwione, jądra. W tkance łącznej wzdłuż żyły bramnej spotyka się dość obfite bujanie drobno-komórkowej tkanki ziarninowej.

Śledziona. Torebka bez zmian. Ciałka Malpighiego dość duże, wyraźnie odcinają się od miazgi. W środku niektórych ciałek widać dość obfite bujanie tkanek łącznej. Naczynia miazgi rozszerzone i nastrzyknięte. W miazdze spotyka się dość duże komórki, zawierające drobnoziarnisty żółto-brunatny barwnik.

(C. d. n.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Współczesny stan organoterapii.

Podał

Dr. Stefan KRAMSZTYK (Warszawa).

(Ciąg dalszy — p. № 41)

II. Gruczoły płciowe kobiece.

Nad substancją czynną jajników, nad hormonem płciowym kobiecym pracowano systematycznie, poczynając od r. 1911. Iscovesco i Fellner i wszyscy badacze następni posługiwali się jako odczynnikami — działaniem, pobudzającym wzrost dziewiczej macicy królików. Odczynnik ten jednakże okazał się niezupełnie swoistym, gdyż pozostawał w zależności również i od czynników zewnętrznych, nietylko od hormonalnych. Dopiero dzięki pracom szeregu autorów amerykańskich została dana możność rozwiązania zagadnienia ośnośnego probierza. W r. 1917 ogłosili Stockard i Papanikolau spostrzeżenia swoje nad mikroskopowymi zmianami w przewodzie płciowym przede wszystkim w nabłonku pochwy u gryzoniów, które w sposób charakterystyczny występują równolegle do zmian cyklicznych rui. W r. 1922 Long i Ewans wyjaśnili zmiany anatomiczne podczas cyklu rui u szczurów, ale dopiero Allen i Doisy (1923—1927) na tych danych zbudowali metodę dokładnego i pewnego określania hormonu jajnikowego. Autorowie amerykańscy wyjaśnili dokładnie ścisły związek między dojrzewaniem pęcherzyków jajnikowych i zmianami nabłonkowymi w narządach płciowych szczura i myszy. Porównanie preparatów histologicznych pochwy z rozmazem treści pochwowej odpowiedniego okresu wy-

kazało, że rozmaz zawiera komórki swoiste dla każdego okresu. Przez wydobycie treści z pochwy i jej badanie drobnowidzowe jesteśmy w stanie rozpoznać, zależny od czynności hormonu, okres rozwoju narządów płciowych w danej chwili. Rozmaz tej treści przedstawia obraz charakterystyczny dla każdego okresu rui lub spokoju. Kastrowane samice stale wykazują obraz spokoju. Allen i Doisy i ich szkoła wykazali, że wstrzykiwanie płynu pęcherzyka jajnikowego zmieniają obraz swoisty dla okresu nieczynności w obraz swoisty dla zachodzącej, pod wpływem hormonu, rui. Zmiany te można osiągnąć nietylko przy pomocy niezmienionego płynu pęcherzykowego, ale również i przez wyciągi z niego lub z łożyska.

W zależności od jakości komórek, otrzymanych na preparacie, rozróżniamy obraz dodatni i ujemny. Dodatni obraz rozmazu pochwowego szczura lub myszy można uważać za pewną oznakę swoistego wpływu hormonu na narząd płciowy, wpływu, odpowiadającego zmianom, zachodzącym w warunkach normalnych. Zwierzęta kastrowane stale wykazują ujemny obraz rozmazu pochwowego. Wystarczy jednak wstrzyknąć im pod skórę zawartość dojrzałego pęcherzyka jajnikowego, aby powstał typowy obraz dodatni, świadczący niewątpliwie o odbywającej się rui. Wynik przytem badania mikroskopowego preparatu tak dalece nie nasuwa żadnych wątpliwości, że n. p. Laqueur, badając przeszło 50,000 preparatów, nie znalazł nawet 1% takich, co do których jego współpracownicy wahałoby się, czy preparat należy uważać za dodatni czy ujemny.

Allen i Doisy zdołali już nawet zdobyć metodę ilościowego określania hormonu. Nazywają oni najmniejszą ilość określonej substancji, będącej w stanie wywołać ruję w postaci swoistych zmian pochwowych u myszy kastrowanych, jednostką mysią. U szczurów dla wywołania tegoż samego efektu potrzebna jest trzy razy mniejszej wielkości ilość substancji.



Rys. 40.

Kachexia hypophyseopriva Simmondsa u 42-letniej kobiety, która od 34 roku przestała miesiączkować; utrata owłosienia i wszystkich zębów. (w/g Zondeka).

W sprawie poznania umiejscowienia hormonu w jajniku ludzkim najbardziej zasłużyli się Zondek i Aschheim. Poszczególne części jajników, otrzymanych podczas operacji, badali oni na zawartość hormonu w ten sposób, że wszczepiali je do mięśni kastrowanych myszy. Obcogatunkowa tkanka narządu szybko się rozpadała, i wówczas dochodziło do skutku wessanie się hormonu. O ile przeszczep zawierał hormon w dostatecznej ilości, mysz dostawała rui.

W korze jajnika, jak się okazało, hormonu niema. Małeńkie pęcherzyki okresu pomiesiaczkowego hormonu również przeważnie nie zawierają, czyli, że hormonu w tym okresie jest bardzo mało, znajduje się on dopiero *in statu nascendi*. W okresie międzymiesiączkowym hormon znajduje się stale w ścianie dojrzałego do pęknięcia pęcherzyka. Jama pęcherzykowa jest pozatem wypełniona zawierającym hormon płynem — sokiem pęcherzykowym. Podczas miesiączkowania zawierające hormon ciało żółte traci go, tak, że ciało żółte pomiesiaczkowe hormonu już nie zawiera wcale. W początkowym okresie ciąży po pęknięciu pęcherzyka nosicielem hormonu jest ciało żółte. Stężenie hormonu jest wówczas największe.

Wynika z tego, że wytwarzanie hormonu w ustroju ludzkim odbywa się okresowo, jest naj-

mniej w okresie pomiesiaczkowym, a największe w okresie przedciążowym, że jest ono ściśle związane z aparatem pęcherzykowym jajnika, i że płyn pęcherzykowy przedstawia fizjologiczne stężenie hormonu.

Wobec tego, że hormon jajnikowy zostaje wytwarzany przez aparat pęcherzykowy, Zondek uważa za najwłaściwszą dlań nazwę — analogicznie do insuliny — follikulina.

Powstający w dojrzewającym pęcherzyku hormon przenika przy jego doskonałym unaczynieniu do krwi, po pęknięciu zaś pęcherzyka zawierający hormon płyn wylewa się do jamy brzusznej i również przenika do ustroju. Dochodząc do narządów płciowych, powoduje w nich zmiany, mające na celu przygotowanie najlepszych warunków do zapłodnienia jaja. Przy dalszym zaś rozwoju jaja hormon poza dojrzałym pęcherzykiem powstaje również i w łożysku i dba o stały wzrost macicy podczas ciąży. Dotychczas nie wiedzieliśmy właściwie, dlaczego macica podczas ciąży rośnie. Pogląd, że ją mechanicznie rozciąga płód, jest bardzo naiwny. Wpływ hormonu na wzrost macicy wykazał w szeregu przekonujących doświadczeń Loewe.

Pozatem wpływa hormon na części gruczołowe gruczołów mlecznych i przygotowuje je do wytwarzania mleka.

O ile jajo nie zostało zapłodnione, zamiera ono. Wobec braku hormonu (brak dojrzałego pęcherzyka i łożyska) uwarunkowane przez hormon zmiany narządów płciowych cofają się.



Ryc. 41.

Ta sama pacjentka, co i na ryc. 40 w wieku 34 lat, przed początkiem choroby (w/g H. Zondeka).

Doświadczenia nad hormonami myszy, szczurów, świń, koni, krów i ludzi przemawiają za tem, że istnieje tylko jeden ogólny hormon jajnikowy, wszystkie bowiem wspomniane hormony, pomimo tak różnego pochodzenia, wywierają na zwierzęta doświadczałne wpływ ściśle jednakowy.

Podczas ciąży, w tej najwyższej fazie czynności gruczołów płciowych kobiecych, jest również i czynność hormonu zmieniona zasadniczo, jakościowo i ilościowo. Jakościowo, gdyż, jak tego

dowiół Zondek, hormon znajduje się wtedy nie tylko w ciele żółtem, ale również i w korze jajników. Dalej hormon znajduje się w tym okresie także i w łożysku. Ilościowo zmiany hormonu podczas ciąży wyrażają się przede wszystkim w tem, że krew jest w tym okresie zalana hormonem, tak, że już przez zastrzyknięcie 2 cm³ surowicy ciężarnych można wywołać u kastrowanej myszy odczyn hormonalny (Frank, Fels, Zondek). Hormon płciowy kobiecy jest hormonem, tworzącym ciążę; przytem wytwarzany on jest wtedy przez ustrój w nadmiarze. Aschheim i Zondek wykazali, że hormon płciowy, wyprodukowany dla celów ciąży, ale przez ustrój niespożytkowany, jest prawie w ciągu całego okresu ciąży wydzielany w dużych ilościach w moczu. W ostatnich miesiącach ciąży wspomniani autorowie znajdują w litrze moczu 10,000, czasem nawet 20,000 jednostek mysich.

To masowe wydzielanie hormonu w moczu posiada znaczenie nie tylko biologiczne, ale i praktyczne, gdyż w ten sposób został odkryty tani materiał dla otrzymywania hormonu.

W przeciwieństwie do innych hormonów uważano hormon płciowy kobiecy za ciało tłuszczowe, nierozpuszczalne w wodzie. Ta nierozpuszczalność była przeszkodą do stosowania klinicznego hormonu. Dopiero Zondek, a później E. Laqueur doszli do przekonania, że można otrzymać wywołujący ruję hormon w czystym roztworze wodnym (1924—1927).



Ryc. 42

Typ lipodystroficzny i osteomalatyczny zwyrodnienia płciowotwardzielowego. Kobieta lat 33-ich. (Według H. Sterlinga).

W ciągu ostatnich paru lat sposób otrzymywania hormonu kobiecego został stopniowo udoskonalony, i doprowadzono koncentrację jego do tego, że można bez trudności rozpuszczać 5,000 jednostek mysich w 1 cm³ wody. Punktem wyjścia dla otrzymywania hormonu są sok pęcherzykowy, łożysko lub mocz ciężarnych; hormon wprowadzony jest pod różnymi nazwami, jak „menformon”

(Laqueur), „progynon” (Steinach), „follikulina” (Zondek) i in.

Hormon kobiecy, podobnie jak się rzecz ma z insuliną, znajduje się nie tylko w jajnikach i łożysku, ale również i poza organizmem kobiecym, a mianowicie w niektórych roślinach, przede wszystkim w drożdżach. Poll i jego współpracownicy mogli wykazać, że wyciągi lipoidalne z takich np. drożdży nie tylko wywołują odczyn rui w pochwie, ale i inne reakcje charakteru płciowo-fizjologicznego. Hormon płciowy kobiety nie może być również uznany za bezwarunkowo płciowo swoisty, gdyż w nieznacznych ilościach daje się on stwierdzić w organizmie męskim, co przemawia za poglądem Steinacha na dwoisty wpływ gruczołów płciowych.



Ryc. 43

Ta sama chora, co na ryc. 42 w wieku lat 24 (w/g W. Sterlinga)

Działanie fizjologiczne i lecznicze hormonu kobiecego oraz stosunek jego do innych gruczołów pokrewnych.

Zupełna tożsamość follikuliny z hormonem, wytwarzanym w jajniku kobiecym, została stwierdzona zarówno na zwierzętach, jak i przez Zondeka w przypadkach po usunięciu przydatków; przez zastosowanie follikuliny można wtedy wywoływać miesiączkowanie. Również wielu autorów zdołało już stwierdzić, że follikulina może powodować charakterystyczne zmiany w błonie śluzowej macicy.

Stosowanie hormonu w leczeniu powinno się opierać na ścisłych podstawach; obok dokładnego rozpoznania ginekologicznego wymagana jest często ścisła analiza endokrynalna. Tak np. obok braku miesiączki, powodowanego przez niedobór hormonu w ustroju, możliwy jest brak taki, wywołany nadmierną ilością tegoż hormonu (Zondek). Rozpoznanie możliwe jest tu przez zastoso-

wanie badania moczu, w którym hormon pojawia się w razie jego nadmiaru w ustroju.

Wszelkie fizjologiczne działania hormonu płciowego można stwierdzić w doświadczeniach na zwierzętach, jak to: ruję u młodych samic, a przez ciągle zastrzykiwania ruję stałą. Rozrasta się muskulatura macicy, następuje zgrubienie błony śluzowej tego narządu. U zwierzęcia, będącego w ciąży, rui wywołać się nie udaje (Parkes, Zondek). Hormon zużywany zostaje również dla rozwoju płodu (Zondek). Przy stosowaniu większych dawek hormonu prawie zawsze dochodzi do poronienia. Hormon działa pobudzająco na gruczoł piersiowy i to nie tylko na kobiecie, ale również i na gruczoł kastrowanych samców (Fellner). Wpływ hormonu płciowego na przemianę materji wyraża się w postaci ogólnego jej wzmożenia.

Aczkolwiek jedni badacze, jak wspomniany Zondek, uznają istnienie tylko jednego doświadczalnie stwierdzonego hormonu jajnikowego, to inni, jak Papanicolaou (1926), przypisują odrębną funkcję ciału żółtemu, co już czyniono i dawniej. Papanicolaou był w stanie przy pomocy oczyszczonych wyciągów z ciała żółtego zahamować jajczkowanie na przeciąg 2—4 miesięcy. Przypuszcza on zatem, że między „luteiną” a hormonem pęcherzykowym istnieje antagonizm. Również Burrows i Johnston (1925) dowodzą istnienia dwóch różnych hormonów.

Niektórzy autorowie, jak Haberlandt (1924—1927), Kraus, dopatrują się w ciele żółtem własności wyjaławiających. Zdaniem Smitha (1926) oraz Parkesa i Bellerby (1927), można za pomocą hormonu jajnikowego przerwać przedwcześnie ciążę i karmienie piersią.

Ze hormonu płciowy pozostaje w niezwykle różnorodnych i nader złożonych stosunkach wzajemnych ze wszystkimi innymi hormonami, jest faktem, znanym powszechnie. Częściowo była ta sprawa poruszona już przy opisywaniu czynności poszczególnych gruczołów dokrewnych. Tak gruczoł tarczowy nie jest bez wpływu na cykl pochwowy; Lee (1926) i Cameron (1926) stwierdzili, że przy pomocy tarczycy udaje się przedłużyć normalny przebieg rui.

Ale najważniejszym okazał się zbadany dokładnie w ciągu ostatnich paru lat przez Zondeka i jego współpracowników stosunek hormonu płciowego do przysadki, t. j. do płata przedniego tego gruczołu. Badania nad hormonem płciowym kobiecym doprowadziły Zondeka do poznania nowego hormonu. Jeżeli zastrzyknąć dziewczęciu zwierzęciu follikulinę, to zwierzę dostaje rui, przez ciągłość iniekcji otrzymuje się ciągłość rui. Ale jajnik sam nie podlega zmianom przez działanie hormonu. Impuls dla czynności jajnika leży nie w jajniku, ale musiał być poszukiwany w innym miejscu. Stopniowo Zondek i jego współpracownicy zdołali wykryć, że impuls ten mieści się w przednim płacie przysadki, którego hormon okazuje nadzwyczaj silne działanie na aparat rozrodczy dziewczęcego zwierzęcia. Okazało się dalej, że między hormonem jajnikowym a hormonem płata przedniego przysadki istnieje swoista różnica. Hormon płata przedniego nie wywiera nigdy wpływu na organizm, poddany kastracji; działa on tylko przez pośrednictwo jajnika. Hormon płata przed-

niego przysadki jest, jak się wyraża Zondek, motorem czynności płciowej, jest czemś pierwotnem, zaś hormon płciowy właściwy jest czemś wtórnem. Hormon płata przedniego pociąga za sobą dojrzewanie aparatu pęcherzykowego i mobilizuje dopiero tutaj follikulinę, która wtórnie wywołuje ruję w odnośnym organie (macica, pochwa). To swoiste działanie hormonu płata przedniego na jajnik wprowadził Zondek jako odczynnik na ten hormon i mógł w ten sposób zająć się badaniem wpływu jego na ustrój ludzki i zwierzęcy. Jako probierz można uważać następujące trzy rodzaje morfologicznego i czynnościowego działania hormonu płata przedniego. Odczyn przysadki I: dojrzewanie pęcherzyków, jajczkowanie, wywołanie rui. Odczyn przysadki II: masowe krwawienia w rozszerzonych pęcherzykach. Odczyn przysadki III: luteinizacja. Szereg autorów zdołał już potwierdzić wyniki Zondeka (Smith, Biedl, Fels i in.)

Badania, jakie Zondek przeprowadził przy zastosowaniu odkrytego przez siebie odczynnika, dały mu możność stwierdzenia między innymi następujących faktów znaczenia ogólnego. Hormon płata przedniego okazał się jeszcze bardziej czynnym dla rozwoju ciąży hormonem, aniżeli rzecz się ma z hormonem płciowym kobiecym. Charakterystyczną cechą ciąży jest właśnie ogromna ilość hormonu płata przedniego, który ukazuje się we krwi i zostaje wydzielany w moczu. Ta właściwość ustroju ciężarnego została przez Zondeka wyzyskana jako biologiczna metoda rozpoznawania wczesnego ciąży. Polega ona na zastrzykiwaniu drobnych ilości moczu 1—2 cm³ w 6 porcjach dziewiczemu myszom i na badaniu zmian anatomicznych, wywołanych przez to w ich jajnikach. Odczyn ten daje się otrzymać jedynie u ludzi i u małp.

Drugim wielkiego znaczenia faktem jest możność otrzymywania z moczu hormonu. Przy zastosowaniu dializy i strącania udało się Zondekowi uzyskać z moczu ciężarnych hormon płata przedniego w postaci suchej substancji, wolnej od zanieczyszczeń i rozpuszczalnej w wodzie. Hormon ten został przez Zondeka nazwany „prolanem”.

Prolan jest hormonem płciowym ogólnym, działającym zarówno na płęć żeńską jak i męską. Jeżeli hormon ten zostaje zastrzyknięty kastrowanemu trykowi, to nie wykazuje nań żadnego wpływu. Prolan działa tylko wtedy, gdy zachowane są jądra; działa on tylko drogą jąder, jak działa drogą jajników. Jeżeli zastrzykiwać prolan młodym trykom w ciągu 10-14 dni, to w wyniku tego występuje rozrost narządów płciowych, gruczołu krokowego i pęcherzyków nasiennych.

Daleko bardziej wielostronny jest wpływ prolanu na organizm żeński. Jeżeli zastrzyknąć ten hormon zupełnie młodym zwierzętom, to jajnik przedwcześnie wchodzi w pełnienie swych czynności t. j. występuje przedwczesna dojrzałość płciowa ze wszystkimi jej przejawami anatomicznego i fizjologicznego charakteru.

Jeżeli zastrzyknąć prolan starym i pod względem płciowym zwyrodniałym zwierzętom, które już miesiące całe nie podlegały rui, to jajnik zostaje u nich nanowo obudzony do życia, i ruja występuje znowu rytmicznie. Posiadamy więc,

twierdzi Zondek, tutaj hormon, który swoiście działa na aparat płciowy, tutaj możemy mówić o „wpływie reaktywującym, nanowo ożywiającym”.

Jeżeli prolan jest zastrzykiwany młodym zwierzętom chronicznie (10-14 dni), to otrzymuje się wyniki niezwykle wielkie. Macica robi wrażenie, jak gdyby zwierzę było ciężarne; jajniki przemieniają się w olbrzymie twory. Powierzchnia ich powiększona 10-15 razy, wykazuje mnóstwo punktów krwawych i ciał żółtych. Działanie przewlekłe różni się zasadniczo od działania ostrego: przez przyspieszoną luteinizację można przy tym sposobie podawania hormonu wywołać wstrzymanie jajczkowania, a więc osiągnąć hormonalną sterylizację.

Wpływ hormonu płata przedniego, zastrzykiwanego podczas ciąży, wyraża się w ten sposób, że, podczas gdy w macicy znajduje się płód i łożysko, w jajnikach zaczyna się nowe życie — jajczkowanie. Wrazie wprowadzenia zwierzęciu ciężarnemu większych dawek prolanu następuje efekt w postaci poronienia lub też maceracji płodu w macicy.

Już ta powyżej przytoczona charakterystyka fizjologicznego działania „prolanu” dowodzi, jak wielkie czeka go zastosowanie w praktyce. Ponieważ od odkrycia hormonu płata przedniego upłynęło dopiero niewiele czasu, więc i odnośne piśmiennictwo jest jeszcze nieznaczne. Dotychczasowe wyniki, otrzymane przez Zondeka na materiale klinicznym, wykazały obiektywnie, że prolan wywołuje przekrwienie organów płciowych kobiecych, które wyglądają jak w okresie młodej ciąży. Jak widać z najnowszych publikacji Zondeka (1929), hormon płata przedniego znajduje już zastosowanie lecznicze w klinice w stanach zapalnych narządów kobiecych, a to przez powstające po zastrzykiwaniach domięśniowych przekrwienie.

Ważną stroną zagadnienia stanowi sprawa dawkowania hormonu płata przedniego. Hormon ten bowiem może zarówno wywoływać jajczkowanie, jak i przez luteinizację ten proces pow-

strzymać. Różne gatunki zwierząt są w rozmaity sposób wrażliwe na prolan; tak np. szczury i króliki są znacznie wrażliwsze, aniżeli myszy. Ostatecznie Zondek wprowadził koncentrację hormonu, która wyraża się w 30 jednostkach szczurzych w centymetrze sześciennym; jako dawka jednorazowa uznana została ilość 60 jednostek szczurzych.

Mocz kobiet ciężarnych jest jednocześnie punktem wyjścia zarówno dla otrzymania wywołującego ruję, hormonu jajnikowego, jak i hormonu płata przedniego. Oddzielanie tych dwóch substancji możliwe jest dzięki temu, że zachowują się one w różny sposób w stosunku do zewnętrznych wpływów chemicznych i fizycznych. Podczas gdy hormon, wywołujący ruję, wytrzymuje ogrzanie do dość wysokich temperatur zarówno w roztworze obojętnym, jak silnie kwaśnym lub zasadowym, to inkret płata przedniego należy do najbardziej czułych hormonów, jakie znamy. Prolan jeszcze łatwiej ulega zniszczeniu, aniżeli insulina. Ale również i pod względem warunków rozpuszczalności zachodzą charakterystyczne różnice między obu wspomnianymi hormonami. Podczas gdy hormon jajnikowy daje się łatwo otrzymać z roztworów bądź w alkoholu, bądź w eterze i innych środkach, rozpuszczających lipoidy, prolan jest nierozpuszczalny w powyższych środkach. To ułatwia oddzielenie i oczyszczenie obu hormonów.

Na wstępie wspomniana już była praca Evansa i Burra, którzy wykazali, że istnieje podobieństwo między hormonem jajnikowym a witaminą E, wykrytą przez tych autorów w kiełkach zbożowych i mającą działanie przeciwbieżnościowe. Hormon jajnikowy znajduje się w części niepodlegającej zmydleniu, jak to się rzecz ma z rozpuszczalnymi w tłuszczu witaminami A, D i E.

Wyniki, osiągnięte w ciągu ostatnich paru lat z hormonem płciowym kobiecym i hormonem płata przedniego przysadki, stanowią dobitny dowód, że organoterapię w miarę udoskonalenia technicznych i zdobywania odpowiednich probierzy oczekują jeszcze wielkie zadania.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Anatomja normalna i patologiczna.

OTTO GSELL. Prosówkowata uogólniona ziarnica złośliwa z odkładaniem się amyloidu. (Nietypowa ziarnica złośliwa). (Ziegl. Beitr. T 81.S 426 - 439 R. 1928/29.)

Opis przypadku nietypowej ziarnicy złośliwej zarówno w obrazie makroskopowym, jak i w obrazach drobnowidowych. Zmiany makroskopowe odpowiadały najbardziej: 1. w płucach — uogólnionej gruczlicy prosówkowatej, 2. w wątrobie — guzowi o cechach sprawy nowotworowej, 3. w śledzionie — prosówkowatym i nieco większym guzkom, rozsianym na całej przestrzeni, przypominającym w całości obraz śledziony tarli-cowej, 4. w gruczołach chłonnych mniej lub więcej powiększonych — prosówkowatym, lub nieco większym szaro-białawym guzkiem.

Badanie mikroskopowe ustaliło jednolite tło wszystkich wyszczególnionych zmian makroskopowych i stwierdziło, że są to tylko rozmaite okresy tej samej sprawy chorobowej, którą

autor uznaje za nietypową postać ziarnicy złośliwej. Na podkreślenie zasługują następujące szczegóły budowy mikroskopowej: 1. zupełny brak komórek plazmatycznych i eozynochłonnych, 2. znikoma ilość (tylko w większych guzkach) nietypowych komórek Sternberga, 3. zmiany amyloidowe w środku guzków prosówkowatych, 4. znaczne rozprzestrzenienie ognisk prosówkowatych ziarnicy (płuca, wątroba, grudki chłonne śledziony i niemal wszystkich gruczołów limfatycznych, sieć, nerki, miedniczki nerkowe, przydanka tętnicy głównej, sploty żyłne, nasierdzie i osierdzie, otoczka gruczołu krokowego. 5. Zmian ziarnicznych nie stwierdzono: w mózgu, oponie miękkiej, nadnerczach i mięśniu sercowym.

Tak znaczne uogólnienie ziarnicy nastąpić mogło przypuszczalnie drogą żylną (ognisko duże w wątrobie i niektórych gruczołach limfatycznych). Powstanie amyloidu uznaje autor za wtórne i uzależnia od znacznego przekrwienia w naczyniach na tle sercowym.

W. Czarnocki.

ALFRED BÖGER. O zwłóknieniach wsierdza. (Ziegl. Beitr. T. 81, S. 441—472, R. 1928/29)

Panujące rozbieżności w poglądach na powstawanie zwłóknień wsierdza przyściennego skłoniły autora do przeprowadzenia własnych badań; dotyczą one 4 przyp. zwłóknień rozlanych i 7 przyp. zwłóknień ograniczonych. Podany jest dokładny opis makroskopowy zbadanych serc i wyniki badania mikroskopowego z jednoczesną krytyczną oceną panujących w tej dziedzinie zapatrywań na ich genezę. Przeprowadzone badania mikroskopowe wskazują, że w przypadkach zwłóknień rozlanych powstaje nadmierny rozplem włókien sprężystych wsierdza o charakterystycznym układzie równoległym, w przyp. zwłóknień ograniczonych na plan pierwszy wysuwa się bujanie tkanki łącznej (organizacja) a znacznie później bujają włókna sprężyste, wykazując niezmiernie nieregularny układ. W wyniku danych badania mikroskopowego oraz dokładnych pomiarów, dotyczących zwłóknień ograniczonych autor wysnuwa następujące wnioski:

1. Rozlane zwłóknienie wsierdza w pewnym odcinku serca należy uznać za odczyn części sprężysto-łącznotkankowej wsierdza ściennego, spowodowany nadmiernem jego rozciągnięciem w przyp. długotrwałego rozszerzenia odnośnej jamy serca. Zwłóknienie bywa prawdopodobnie poprzedzone obrzmieniem wsierdza ściennego.

2. Ograniczone zwłóknienia z reguły są pochodzenia zapalnego.

3. W przeważającej ilości przyp. proces zapalny przenosi się na wsierdzie ściennie przez zetknięcie z brzegiem lub tylną powierzchnią, względnie z zapalnie zmienionymi niciami ścięgnistymi zastawki dwudzielnej.

4. Zapalenie może przenieść się na wsierdzie z mięśnia sercowego; przyp. takich autor nie spostrzegł.

5. Należy odrzucić pogląd o wyłącznie czynnościowym powstawaniu zwłóknień ograniczonych, oraz o pierwotnem powstawaniu uchyłków bliznowatych wsierdza.

6. Uchyłki te powstają wtórnie wskutek nieprawidłowości krążenia.

W. Czarnocki.

W. FISCHER I K. von GUSNAR. W sprawie *granuloma venereum*. (Ziegl. Beitr. T. 81, s. 308—321. R. 1928/29)

Granuloma venereum panuje w okolicach podzwrotnikowych lub zwrotnikowych (Indje Angielskie, Ceylon, Syam, niektóre okolice Chin, Nowa Gwinea) poza tem spostrzegano ją w Ameryce Południowej i Stanach Zjednoczonych A. Północnej. W Europie przypadków tej choroby nie notowano. Cierpienie to opisał pierwszy MacLeod w 1882 r. pod mianem *serpiginus* or *lupoid ulceration of the genitals*. Znałe jest ono również pod nazwą *granuloma inguinale* (Galloway—1897)

U osobników rasy białej *granuloma venereum* widuje się stosunkowo rzadko. Największym materiałem (przeszło 5000 przyp.) rozporządzał M. Thierfelder lekarz z Nowej Gwinei; od niego autorzy otrzymali materiał do badań mikroskopowych. Wśród 52 przyp. (wycinki przeważnie z napletka, częściowo z żołądki) było z okresów najwcześniejszych — 24 przyp., nieco starszych — 8, ze wznowami—7, wygojonych ze zbliżowaniami — 13.

Po krótkim omówieniu przebiegu i obrazów klinicznych tej choroby, autorzy podają wyniki swych badań mikroskopowych, opartych na rozmaitych metodach barwienia.

Wyniki te są następujące: 1) Naczynka włoskowate ziarniniaka przebiegają niemal równolegle jedno obok drugiego i jednocześnie pionowo do powierzchni ziarniniaka. Posiadają one bardzo nieliczne odgałęzienia i to przeważnie na granicy ze zdrową tkanką. Śródbłonki ulegają wybitnemu rozplemowi, dzięki czemu przekroje poprzeczne naczyń włoskowatych mogą pozornie przypominać perły rakowe. 2) Dookoła naczyń

wytwarza się płaszcz komórkowy, składający się z: a) komórek plazmatycznych, stanowiących przeważną część elementów komórkowych w warstwach głębokich i środkowych ziarniniaka, b) komórek limfocytarnych — przeważnie w najgłębszych i przybrzeżnych warstwach — są one mniej liczne od poprzednich, c) dużych mononuklearów żernych, przypominających komórki Mikulicza w twardzieli; leżą one pojedynczo, w skupieniach lub w pasmach; najobficiej gromadzą się w warstwach powierzchniowych i przyśrodkowych ziarniniaka. W zarodki tych komórek widoczne są drobnoustroje — były one dawniej uważane za pierwotniaki (gregarines) i znane pod nazwą ciałek Donovan (1905), d) nieliczne komórki cozynochłonne i tuczne, e) nieco liczniejsze białe ciała obojętnochłonne, f) fibroblasty i włókna klejodajne (bardziej obfite w przypad. przewlekłych). 3) Naskórek na granicy ubytku wykazuje bardzo znaczne bujanie w głąb i wielką nietypowość tak, że może to dać pochoł do błędnego rozpoznania raka z całym szeregiem wypływających stąd następstw.

Większość autorów uznaje, że przyczyną tego cierpienia jest drobnoustroj, znany pod rozmaitemi nazwami (*bacterium granulomatis* — *Microbacterium capsulatum granulomatis* (Thierfelder) — *Bacillus venereo-granulomatis* (Goldzieher i Peck). Drobnoustroj ten prawdopodobnie jest w bliskim pokrewieństwie z lasecznikiem twardzieli Frischa i *pneumobacillus Friedländera*.

Z punktu widzenia rozpoznania różniczkowego należy w badaniach mikroskopowych wyłaczyć takie sprawy, jak *ulcus molle*, niektóre postaci kiły i gruźlicy i wreszcie raka. Przed mylnem rozpoznaniem uchroni charakterystyczne ugrupowanie elementów komórkowych oraz naczyń w samym ziarniniaku.

W. Czarnocki.

Choroby dzieci.

∞ Docent Dr. WŁADYSŁAW BUJAK. *Odżywianie dziecka w stanie zdrowia i w chorobie*. (Biblioteka okręgowego związku Kas Chorych w Krakowie. Lekarz Praktyk. Zeszyt V, Serja I) Kraków, 1929.

Piśmiennictwo pediatryczne polskie jest dotąd tak jeszcze ubogie, że każdą nową monografię, czy wykład kliniczny witamy z podwójnem zadowoleniem, zwłaszcza, jeśli jest napisany przez tak doświadczzonego klinicystę. W pracy swej autor przedstawia metody i zasady naturalnego i sztucznego odżywiania niemowlęcia zdrowego, następnie klasyfikację i dietetykę*ostrych i przewlekłych zaburzeń w odżywianiu dzieci, karmionych piersią i karmionych sztucznie. Dalej, po ogólnym wstępie, dotyczącym znaczenia poszczególnych składników pożywienia i poszczególnych pokarmów, omawia autor zasady odżywiania dzieci starszych. W końcu znajdujemy dietetykę kilku najważniejszych stanów chorobowych starszego dziecka.

Zeszyt zawiera w każdym poszczególnym dziale bardzo wiele wskazówek praktycznych, dostępnych dla praktyka, dla którego to pożyteczne wydawnictwo jest przeznaczone. Podkreślić zwłaszcza należy opisy przejścia od karmienia naturalnego do sztucznego, higieny piersi karmiącej, obchodzenia się z mlekiem i wiele innych.

Praca zyskałaby wiele, gdyby ją znacznie rozszerzyć a przede wszystkim dodać jaknajwięcej przykładów. Rozszerzenie powinno dotyczyć zwłaszcza odżywiania dzieci starszych a szczególnie chorych — dział ten, tak ważny i tak mało znany, jest tutaj zbyt skoncentrowany. Mamy nadzieję, że nowe, obszerniejsze wydanie nie da długo na siebie czekać.

Marta Erlichówna.

A. WISKOFF. W sprawie leczenia krzywicy Wigantolem. (Münch med. Woch. Nr. 34, 1928).

Autor zdaje sprawozdanie z wyników leczenia wigantolem (naświetlaną ergosteryną) 55 przypadków ciężkiej lub średnio ciężkiej krzywicy. Jako podmiotowy próbiez skuteczności leczenia kontrolowano, poza stanem ogólnym, poziom wapnia i fosforu w surowicy, oraz stan kości na zdjęciach rentgenowskich. Jak wynika z przytoczonych krzywych, zarówno ilość wapnia, jak i fosforu w surowicy zbliża się pod wpływem wigantolu szybko (w ciągu 2 tygodni) do normy lub nawet ją przewyższa. W tym samym czasie stają się widoczne na kliszy rentgenowskiej pomyślne zmiany wapnienia kości. Złamania krzywiczne kości, nie wykazujące uprzednio żadnej skłonności do wytwarzania kostniny, goją się po wigantolu bardzo szybko. Na złamania niekrzywiczne, wigantol wpływu nie okazuje. Równoległe ze stwierdzanymi laboratoryjnie korzystnymi zmianami, stwierdza się poprawę stanu ogólnego, wyrażającą się ruchliwością dzieci i ich dobrym nastrojem.

Na inne stany chorobowe poza krzywicą, wigantol wpływu nie okazuje. Przemawia to za poglądem, że naświetlana ergosteryna przedstawia związek, działający wybitnie wybiórczo w ściśle określonym kierunku przemiany mineralnej osobników krzywiczych.

Na podstawie swego doświadczenia i przeglądu bardzo już bogatego piśmiennictwa, autor uważa, że w leczeniu chł., by najcięższych postaci krzywicy, wigantol przedstawia środek leczniczy nieszkodliwy, działający szybko i pewnie i bardzo wygodny co do sposobu stosowania (doustne podawanie 5—10 kropel).

J. Typograf.

KLOTZ. O tak zwanej krzywicy letniej. (D. m. W. № 28, 1929).

Autor krytykuje doniesienie Schönego o zwiększonej liczbie przypadków krzywicy w lecie 1928 r. Schöne opierał swoje rozpoznanie jedynie na danych klinicznych, nie biorąc pod uwagę radiogramu i zachowania się surowicy w stosunku do fosforu. *Kranjotabes* u osesków pod koniec I-go półrocza należy do fizjologii, u jednorocznych bowiem, objaw ten znika. Złe warunki mieszkaniowe, brak odpowiedniej opieki i odżywiania wraz z dyspozycją konstytucjonalną, doprowadzają do krzywicy. Uzależnianie zaś od wpływów atmosferycznych nie wytrzymuje krytyki.

Wanda Franzówna.

Choroby nerwowe i psychiczne.

BARUK, PAUMEAU — DEVILLE i NOUEL. Spazm skracający w przebiegu dystonii ze skrętem szyi (torticollis). (Rev. Neur. 1929.)

Opis przypadku dziecięcego porażenia lewej kończyny górnej, do którego dołączyło się skręcanie szyi w stronę lewą w 28 r. życia. W tym samym czasie stan ręki lewej uległ pogorszeniu: napięcie mięśniowe wzmogło się i pojawiły się ruchy atetoidne. Dłoń pozostaje stale w zgięciu, i nawet przy użyciu wysiłku chory nie może jej rozgiąć należycie.

Spazm skracający polegał u chorego na następującym zjawisku: kiedy przedramię lewe przyginano do ramienia, mięsień dwugłowy pęczniał. Kiedy zginano je, a następnie biernie opuszczano — mięsień ten kurczył się etapami i doprowadzał do nadmiernego zgięcia łokcia. Towarzystwo mu kurczenie się mięśnia piersiowego i mostkowo-sutkowego.

Autor, analizując zjawisko, zbliża je do odruchu skracającego Wertheima-Salamonsona (shortening reflex)

N. Z. Z.

DE JONG i BARUK. Badania porównawcze nad zespołem katatonicznym, klinicznym i doświadczalnym (Rev. Neur. 1929.)

Autorzy porównywują zespół katatoniczny, spostrzegany w praktyce psychiatrycznej, ze stanem kataleptoidnym, wywołanym u zwierzęcia przez podanie mu bulbokapniny. Zwierzę takie zastyga w najtrudniejszych pozach, nie tracąc przytem zdolności ruchów normalnych. Niekiedy stężenie zwierzęcia i oporność do poruszania się są tak wielkie, że można je poować, jak martwy przedmiot. Stan taki przypomina całkowicie negatywizm katatoników.

Działanie bulbokapniny rozciąga się na wszystkie komórki ruchowe, ale odbywać się może jedynie wtedy, kiedy kora mózgowa jest nienaruszona.

Co się tyczy katatonji, to przeważa opinia, że cierpienie to również powodowane jest przez zatrucie rozsiane całego układu nerwowego, i udział kory jest nieodzowny.

N. Z. Z.

G. BOURGUIGNON. Chronaksja dróg piramidowych u człowieka. (Rev. Neur. 1929. № 4.)

Jeśli nałożyć jedną elektrodę na gałkę oczną, drugą zaś na okolicę podpotyliczną i przepuścić prąd, to otrzymuje się skurcz mięśni połowy ciała przeciwległej do oka, na którym znajduje się elektroda.

Przy użyciu małej elektrody (1 cm²) ocznej autorowi udało się otrzymać skurcz oddzielnych grup mięśniowych.

Względy topograficzne każą przypuszczać, iż prąd elektryczny pobudza szlaki piramidowe w ich przebiegu przez szypułkę mózgową i przez most.

W warunkach normalnych chronaksja szlaków piramidowych jest taka sama, jak odpowiednich mięśni. Innymi słowy, cały układ ruchowy jest izochroniczny.

W warunkach patologicznych zjawia się heterochronaksja pomiędzy układem piramidowym a nerwowo-mięśniowym obwodowym.

N. Z. Z.

Medycyna sądowa.

∞ B. S. MAŃKOWSKI. Współczesna przestępczość występująca w związku z zaspakajaniem popędu płciowego. Moskwa. 1927.

Autor swe wnioski oparł na wyrokach sądowych moskiewskiego sądu okręgowego za czas od r. 1924 do 1926 włącznie.

W ostatnich czasach obserwuje się wzrost przestępczości w związku z zaspakajaniem popędu płciowego, jak w miastach, tak i na wsi. Odsetek zgwałceń w ścisłym tego słowa znaczeniu na wsi jest dwa razy częstszy, niż w mieście, natomiast czyny lubieżne znacznie częściej są popełniane w miastach zarówno w stosunku do nieletnich, jak i do dorosłych. Wśród przestępców przeważają włościanie, dalej — robotnicy i urzędnicy. Włościanie przeważnie dokonywują zgwałceń, robotnicy — uprawiają czyny lubieżne, urzędnicy natomiast wyzyskują materialną zależność poszkodowanych i zmuszają do znoszenia czynów nierządnych. Sprawcy większości przypadków mieli od 18 do 25 lat, w przypadkach zaś przestępstw w stosunku do nieletnich — dość duży odsetek stanowili mężczyźni w wieku starszym i nawet powyżej lat 50-ku. W miastach skazanymi przeważnie byli żonaci, na wsi zaś — kawalerowie; zgwałcenia nieletnich dokonywali przeważnie żonaci; czyny zaś lubieżne jednakowo często uprawiali jak żonaci, tak i kawalerowie, zgwałcenia zaś dorosłych przeważnie dopuszczali się kawalerowie. Jako reguła, skazanymi byli mężczyźni (kobiety tylko jako współwinne), przeważnie analfabeci lub ledwo umiejący czytać; wpływ alkoholu na częstot-

występowania tych przestępstw przejawia się coraz więcej. Przy zgwałceniach przez kilku mężczyzn stwierdza się, że takie zbrodnie przeważnie się popełniało na wsi, i że odseteki włóścian dwa razy bywał tu częstszy, niż robotników, lecz bardzo często spotykano jako sprawców pracujących, rozmaitych kategorii. Uczestnicy wspólnych zgwałceń zawsze byli w wieku najwyżej lat 25, i dość często stwierdzano u nich już poprzednią karalność.

W. Grzywo-Dąbrowski.

B. ZMIJEW. Przestępstwa przeciwko moralności w mieście i na wsi. (Problemy Priestupnosti Z. II, 1927 r.)

Autor na podstawie przejrzenia spraw 75 oskarżonych o zgwałcenie w republice Tatarskiej za 1923, 24 i 25 rok, wyciąga następujące wnioski: Wśród oskarżonych przeważają rosjanie (56), tatarów zaś było tylko 19. Przeważnie były

dokonywane zgwałcenia przez kilku mężczyzn, zwykle w ten sposób: na spacerze chłopcy do 1.20 podstępnie uprowadzają dziewczynę w jakieś odludniejsze miejsce i tam, pomagając sobie wzajemnie, dokonywują zgwałcenia, a potem uciekają. W czasie gwałcenia nieraz ofiara bywa bita, sposób zaś zaspokojenia popędu płciowego dowodzi, że sprawcy chcą jednocześnie przejawić odwagę i zmusić innych do podziwiania ich postępu. Autor twierdzi, że wśród sprawców tych zbrodni przeważają synowie chłopów zamożnych lub średnio bogatych, gdyż mają oni możność nadużywania alkoholu i mają czas na hulanki, a popęd płciowy nie jest osłabiony wskutek stałego godowania, jak to się obserwuje w rodzinach biedoty. Wspólne zgwałcenia w miastach rep. Tatarskiej zdarzają się bardzo rzadko, częste są natomiast po wsiach, indywidualne zgwałcenia również są częstsze w wsi.

W. Grzywo-Dąbrowski.

Wskazówki praktyczne.

W przypadku choroby Adams-Stokesa osiągnął Stecher doskonały wynik przez zastosowanie *efedryny* 3 razy dziennie po 0,03 wewnątrz. Napady ustąpiły natychmiast, a dawka w następnym tygodniu mogła być zredukowana do 0,02. Po upływie trzech tygodni efedrynę odstawiono. W ciągu 10 tygodni po zaprzestaniu leczenia nie było napadu.

(Amer. heart. journ. 1928. T. 3. N. 5.)

Leschke podaje przypadek *wyleczania choroby Addisona za pomocą wszczepiania zdrowego nadnercza do mięśnia* obok podawania tabletek z nadnercza i zastrzykiwań trifułu. Wkrótce po przeszczepieniu ciśnienie krwi z 85 mm podniosło się do normalnej liczby 125 mm. Hg, powróciły perjury, siły wzmożyły się, nastąpiło uspokojenie. Po upływie roku stan dobry utrzymywał się jeszcze.

(Med. Kl. 1928 N. 33.)

Bulbokapninę (alkaloid z *corydalis cara*) stosował H. Kuttner w płasawicy i na 7 przypadków miał 6 szybkie i długotrwałe poprawy, która wyrażała się w rzadszym występowaniu względnie ustami hiperkinezy. Żadnych szkodliwych objawów ubocznych K. nie widział.

(D. W. Nr. 1929 m. 15.)

Ya i poleca następujące *leczenie wrzodów goleni*: Chory leży w łóżku, którego koniec nożny jest podniesiony do góry. Owrzodzenie pokrywa się gazą, przepojoną 5%—10% roztworem *siarczanu magnezu*. Opatrunek zmienia się 3 razy dziennie.

(Lancet 46, 5516).

Weiss stosuje z powodzeniem *lampę kwarcową w rwie kulszowej*. Całą okolicę nerwu kulszowego dzieli na 4 pola: z każdej strony górne — do fałdy pośladkowej i dolne — po tej fałdy. Każde z tych pól naświetla dzień za dniem z odległości 60—80 cm., zakrywając dokładnie części sąsiednie, dawką rumieniową (10—20 minut). Taki cykl powtarza się kilkakrotnie. Leczenie to nie nadaje się do przypadków, w których nerwoból jest wywołany schorzeniami narządowymi

(Med. Klin. 1929 № 15).

W chorobie Basedowa przepisuje Lutier: *Rp. Natr. salicyl.* 15,0; *Natr. bicarbon.* 10,0; *Syrup. Cort. aurant* 50,0 *Aq. font.* 250,0 *Ds.* 3 razy dziennie po łyżce stołowej po edzeniu.

(Presse med. 1929 № 47).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Z polskich towarzystw. lekarskich.

Polskie Tow. Medycyny Społecznej

Sekcja kliniczna

Posiedzenie z dnia 9.III. 1929.

Pokazy:

1. H. Higier. *Rzadka postać wymiotów napadowych*. H. przedstawia (z oddziału dr. K. Zielińskiego) 28-letnią kobietę, pochodzącą z rodziny zdrowej. Chorób zakaźnych i przymiotu nie przechodziła. Od 5 lat miewa napady uporczywych wymiotów, trwające 8 do 12 dni w odstępach kilku tygodniowych, w czasie których traci 4—5 kilo na wadze. Wymioty te występują bez powodu, często w okresie rozpoczynającego się perjury; zaczynają się obfitem, cały dzień trwającym ślinieniem i niezbyt dokuczliwym uczuciem ściskania w dołku. W pierwszych dniach wymiociny są brudne, ciemno-żółte, bardzo obfite, do kilku litrów dziennie. Czasem i przez pępek wydziela się treść zielonkawo-szara. Sok żółdkowy staje się stopniowo bardziej przezroczysty i skąpy.

Badaniem przedmiotowym zmian w narządach wewnętrznych nie stwierdza się. Badanie krwi wykazuje w czasie

napadów zagęszczenie krwi—hyperglobulję przy niezmiennym wzorze. Odczyn Wassermanna we krwi ujemny. Sok żółdkowy wykazuje wybitną kwasotę ogólną i dużo kwasu wolnego (bez śladu krwi. Kał pod względem makro i mikroskopowym — normalny. Mocz bez białka, cukru i acetonu, o niskim ciężarze gatunkowym (1033—1005). Badanie rentgenologiczne jamy brzusznej wykazuje nieznaczny hypotonizm żołądka. Poza tym w jamie nosowej stwierdza się polipy. Badanie ginekologiczne wykazuje niedorozwój macicy. Ciśnienie krwi: *Max.* 130, *Min.* 80. Próby farmakodynamiczne dały wyniki niestale. W okresach międzynaapadowych chora czuje się zupełnie dobrze. Na częstość i natężenie napadów nie wpływały ani dżeta i wody mineralne, ani atropina i glukoza, ani leczenie przeciwrzodowe i kuracja swoista, ani też leczenie jamy nosowej. Również i opoterapia nie dawała poprawy. H. przytacza stany chorobowe, cechujące się wymiotami okresowymi, z którymi przedstawiony przypadek można różniczkować: 1) zwykły wrzód żołądka i dwunastnicy; 2) względnie częsta odmiana

jego w postaci sokotoku okresowego; 3) rzadsza odmiana, występująca pod postacią pseudotabetycznych wymiotów bezkrwawych (Savignac); 4) wymioty okresowe z acetonemją (*vomitux paroxysmalis juvenilis*); 5) *gastroxyntsis cyclica* (Rosenbach) natury migrenowej; 6) nerwica wago-toniczna (Hess-Eppinger) pochodzenia hormonalnego (jajnik, cholina) z salivacją i hypersekrecją bezbolesną; 7) nerwica angioneurotyczna Quinckego; 8) *vomitux hystericus*; 9) t. zw. *crises essentielles* (Debove-Raymond); 10) *crises tabeliques* (Charcot). H. uważa, iż ostatnie rozpoznanie jest najprawdopodobniejsze, mimo iż napady są bezbolesne (t. zw. *crises vagues* *san douloureux* z objawami wago-tonji) i nie prócz wybitnego osłabienia odruchów kolanowych i Achillesa nie zdradza zbliżającego się władu u młodej pacjentki. Rozpoznanie jest praktycznie bardzo ważne w razie interwencji chirurgicznej, o którą prosi wyczerpana pacjentka (*gastro-enterostomia post. retrocolica*, *spinoradicotomia post.* Foerstera, blokada przykręgowo-zastrzykowa Mandla). Jeśli chory świadomie nie ukrywa kłyi, to może istnieje *lues congenita*.

Dyskusja:

Jelenkiewicz, opierając się na danych zebranych w czasie dwukrotnego spostrzegania chorej na oddziale D-ra Janowskiego, nie przychylił się do rozpoznania wysuniętego przez Higiera. Analizując przypadek, J. uważa, iż jest to nerwica angioneurotyczna Quinckego, za którą przemawia też między innymi spostrzegane przez niego występowanie u chorej w czasie napadów pokrzywki skórnej.

2. Zandowa. Odzyskanie naturalnej barwy włosów po stosowaniu tyreoidyny.

Przypadek dotyczy mężczyzny lat około 55-ku. W roku 1925 został on zredukowany, spędzał beczynnie czas. Otoczenie nie jest w stanie określić, kiedy owa beczynność wywołana warunkami zewnętrznymi przeszła niepostrzeżenie w stan chorobowy niezdolności do pracy, zależny od zespołu który będzie przedstawiony. Kiedy w marcu 1927 r. chory został sprowadzony na badanie lekarskie, to można było stwierdzić: obrzęk skóry na twarzy i kończynach, wybitną sinicę rąk i warg, zaczerwienienie nosa, jak u alkoholika, wyraz twarzy tępy, apatyczny. Inteligencja chorego była silnie obniżona, myślenie powolne, utrudnione, brak było świadomości choroby. Uderzały jedynie płaczliwe i monotonne skargi na uczucie zimna. W narządach wewnętrznych stwierdzało się: zwolnioną działalność serca, tętno słabe o 70 uderzeniach na minutę, wątrobę macalną, śledzionę powiększoną. Kłyi ani alkoholizmu nie było. Odczyn Wassermana w krwi ujemny. Żrenice wąskie, na światło oddziaływały słabo. Pochyła tem że strony układu nerwowego istniała nieruchomość paluchów przy wywoływaniu odruchu podeszwowego, obustronnie odruch Rossolimo-Mendel-Bechterewa, żywość odruchu ścięgniętego z mięśnia trój głowego, oraz obecność odruchu Jakobsa. Obraz kliniczny nasuwał podejrzenie, że ma się do czynienia z obrzękiem śluzakowatym, na skutek cierpienia gruczołu tarczowego. Terapia potwierdziła słuszność przypuszczenia: już po 6 dniach stosowania tyreoidyny doustnie, stan chorego uległ wyraźnej poprawie, a po 2 tygodniach — poprawa była tak wybitna, że chory, pozostający od 12 prawie miesięcy bez wszelkiego zainteresowania dla świata otaczającego, wyraził chęć objęcia posady rysownika i zaczął pracę bardzo intensywnie i sprawnie.

Parę punktów zasługuje na specjalne podkreślenie a mianowicie, że mimo stosowania tyreoidyny, waga chorego nie tylko nie obniżyła się, lecz zaczęła szybko wzrastać tak, iż po 2 tygodniach z 62,7 kg. podniosła się do 64,6 kg., a obecnie po 2 latach nieustannego leczenia tyreoidyną osiągnęła 75,7 kg. Podkreślić należy, że przerwy kilkutygodniowe choćby w podawaniu leku wywołują nawrót cierpienia (obrzęk skóry, złe samopoczucie chorego i t. d.)

Drugi niezwykle szczegół tego przypadku jest zmiana uwłosienia głowy: siwizna włosów ustąpiła miejsca uwłosieniu ciemnej, co zostało spostrzeżone po roku stosowania tyreoidyny. Rozpoznanie obrzęku śluzakowatego u osobnika dorosłego nie ulega tu wątpliwości. Jednostka chorobowa, poraż pierwszy wyodrębniona przez Charcota pod nazwą *cachexie pachydermique*, była zbadana anatomicznie przez Orda w 1878 r. Stwierdził on, iż u podstawy cierpienia istnieje zwyrodnienie włókniste gruczołu tarczowego. Od przypadków klasycznych, opisanych przez szereg autorów (Murray, Bettencourt, Serrano, Wagner, Jaureggi inni), różni się niniejszy chory swym intensywnym wzrostem wagi. Zazwyczaj znikanie obręzków znajduje wyraz w spadku wagi, podczas gdy przedstawiony chory niezwłocznie po zastosowaniu leczenia zaczął przybierać na wadze. Jedynie nasuwające się tłumaczenie zjawiska jest to, iż poprawa samopoczucia, zbudzona energia psychiczna wywołała większe łaknienie, co odezwalo się na przemianie materji.

Odzyskanie dawnej barwy włosów nie zostało dotąd opisane w żadnym przypadku obrzęku śluzakowatego. O wpływie leczenia na włosy wspomina między innymi i Jauregg. Podaje on, iż pod wpływem tyreoidyny, chorzy z obrzękiem śluzakowatym tracą właściwą im sztywność włosów i uzyskują włosy miększe i dłuższe, że nawet odrastają im brwi, które wypadły. Żeby jednak włosy siwe ustąpiły miejsca ciemnym — nie wspomina żaden z autorów.

Co się tyczy strony leczniczej, to w początku stosowane były dawki duże tyreoidyny (3 pastylki dziennie po 0,1) przy stałej kontroli wagi pacjenta, poczem po uzyskaniu poprawy przeszło się do 1 pastylki dziennie, możliwie bez przerywania terapii. Z objawów, towarzyszących leczeniu tyreoidyną, zanotowano na początku tak silne pocenie się chorego, że zmuszony był zmieniać kilka razy przez noc bieliznę.

3. Przesmycki. Zakażenie prątkiem Banga u człowieka (Ukaże się w druku)

4. Jochweds. *Bronchopneumonia abscedans gripposa cum bronchospasmo wylaczona za pomocą surowicy przeciw-paciorkowcowej.*

W przypadku ciężkiego schorzenia grypowego dróg oddechowych wystąpił, jako najwcześniejszy objaw tego schorzenia, stan kurczowo-oskrzelowy, całkiem podobny na pierwszy rzut oka do dychawicy oskrzelowej, znikający na pewien czas pod wpływem astmizyny i efetoniny i powstający na tle toksyczno-zapalnym. W ciągu pierwszych 2 tygodni choroby, przypadek ten nastroczał wielkie trudności rozpoznawcze, a przede wszystkim nasuwał podejrzenie prosówki płucnej ze względu na ciężki stan ogólny, duszność z sinicą, znaczne przyspieszenie tętna i oddechu przy braku na początku wyraźniejszych zmian płucnych; później wystąpienie ognisk zapalno-płucnych, zupełny brak zmian rentgenologicznych, stale ujemny odczyn dwuazowy, brak prątków Kocha w płwocinie oraz leukocytoza neutrofilowa (90% obojętnochłonnych przy 15000 białych ciałek) pozwoliły rozpoznać ciężką infekcję grypową. Ponieważ leczenie środkami zwykłymi nie dawało żadnego wyniku, zdecydowano się na wstrzyknięcie 40cm. surowicy przeciw-paciorkowcowej wieloważnej; dalszy przebieg choroby wykazuje trzy okresy rozwojowe: I-y — poprawy częściowej; II-y — wystąpienia choroby posurowiczej wraz z nasileniem się objawów cierpienia zasadniczego; III-ci — jednoczesnego, szybkiego ustępowania objawów posurowiczych i płucnych. Choroba posurowicza ustąpiła w kilka godzin po wstrzyknięciu dożylnym 10 cm³ 10% *Caecii bromat.* wówczas gdy wstrzyknięcie krwi ludzkiej nie wywarło żadnego skutku

Odczyty:

1. Jochweds. *O wtórnych stanach bronchospastycznych.*

Istnieje cały szereg stanów chorobowych, zbliżonych do dychawicy oskrzelowej, różniących się jednak: 1) stałym brakiem eozynofilii we krwi i w płwocinie, 2) obecnością innego jeszcze cierpienia zasadniczego, które jest właśnie tym czynnikiem wyzwalającym w stosunku do stanu bronchospastycznego.

W ostrych chorobach zakaźnych stany te mogą występować w rozmaitych okresach cierpienia; niekiedy bywają one pierwszym i przez pewien czas jedynym objawem; zdarza się to szczególnie w ciężkiej infekcji grypowej układu oddechowego i w prosówce płucnej. Zespół broncho-spastyczny wikłać może prawie wszystkie cierpienia układu oddechowego, zarówno ostre jak i przewlekłe, zarówno zapalne, jak i niezapalne. Odróżnienie wtórnego kurczu oskrzeli od pierwotnej i samoistnej dychawicy oskrzelowej bywa niekiedy b. trudne i możliwe jedynie na drodze dokładnego rozważania całości kształtu sprawy robowej.

W cierpieniach narządu krążenia stan bronchospastyczny może iść w parze z całym zespołem objawów niedomogi mięśnia sercowego, może jednak występować, jako zjawisko odosobnione, przy względnie zachowanej sprawności mięśnia sercowego. Leczenie omawianych stanów dzieli się na objawowe (adrenalina, efetonina, leki grupy purynowej, atropina, papaweryna i t. d.) oraz na zasadnicze (leczenie cierpienia podstawowego). Z leków działających objawowo, szczególnie cenną jest efetonina Mercka (wgl. efedryna) dzięki możliwości podawania doustnego, długootrwałemu działaniu, oraz dzięki temu, że nie tylko usuwa napady duszności bronchospastycznej rozmaitego pochodzenia, ale również w wielu przypadkach zapobiega ich powstawaniu.

2. Karbowski. *Układ nerwu przedsionkowego i znaczenie metod badania jego dla kliniki.*

(Ukaże się w druku).

Posiedzenie z dn. 22.III. 1929 r.

Odczyty:

1. Zandowa. *O cieplecie ciała normalnej i patologicznej* (Ogłoszone w Warsz. Czasop. Lek. № 16, r. 1929).2. Kramsztyk. *O nowych kierunkach w nauce o żywieniu* (Ogłoszone w Warsz. Czasop. Lek. № 25, r. 1929).

Posiedzenie z dn. 6.IV. 1929 r.

Odczyt.

Grzybowski. *O zjawiskach odpornościowych w kile.*

(Ukaże się w druku).

Z towarzystw lekarskich zagranicznych.

Friedberger nie jest przekonany o skuteczności szczepień ochronnych przeciwbloniczych, jak o tem mówił na posiedz. lipcowem berlińskiego tow. lekarskiego (D. m. W. Nr. 32). Liczba zachorowań np. w Berlinie w r. 1928, była bez wątpienia mniejsza niż w Ameryce, ale śmiertelność mało różniła się od śmiertelności w Ameryce. W celu przekonania się o skuteczności szczepień należałoby, zdaniem jego, szczepić co drugie zjawiające się dziecko, wstrzykując pozostałym jakiś płyn obojętny.

Friedemann omawia na tem samym posiedzeniu sprawę zapaleń płuc. Zdaniem jego, główną rolę w powstawaniu zapaleń płuc odgrywa nie zarazek, lecz t. zw. sytuacja odpornościowa danego osobnika. Od niej zależy, czy dany osobnik wogóle zapadnie na zapalenie płuc i jaki będzie przebieg choroby. Spostrzeżenia lat ostatnich przekonywują, że zapalenie płuc nie jest cierpieniem tylko bakteryjnym lecz że przenosi się z osobnika na osobnika wśród ludności która nie przechorowała w dzieciństwie na zapalenie płuc. Widuje się to np. u ludzi rasy czarnej. Zapalenie płuc samoistne bywa czterech typów: dwa z nich przenoszą się z innych chorych, dwa drugie rozwijają się z saprofity jamy ustnej u ludzi, których siły ochronne naturalne uległy nagłemu osłabieniu. Śród ludzi białej rasy, dwa pierwsze typy są naogół rzadkie. Leczenie surowicą swoistą jest skuteczne w I-ym, ewentualnie II-im typie, w Ameryce Carus widział świetne wyniki od stosowania optochiny.

Hennings w dwu przypadkach mocznicy uciekł się do zabiegu operacyjnego (berl. tow. chirurg w sierp. r. b. — D. m. W. № 32). W jednym u 70-letniej chorej, której usunięto przed 5 laty lewą nerkę skutkiem ropopercza, dokonał nacięcia nerki wobec trzy dni trwającego bezmoczności i mocznicy. Chora wyzdrowiała. W drugim szło o sklerozę nerek; po wyczerpaniu leczenia wewnętrznego bez skutku, dokonano dekapsulacji dwustronnej na dwu posiedzeniach w znieczuleniu miejscowym. Nerki umieszczono w odświeżonej muskulaturze lędźwiowej. Znaczna poprawa ciężkiego stanu chorego. Zgon po upływie pięciu lat.

Bennhold, opierając się na swej statystyce, dotyczącej 58 przypadków śpiączki cukrzyczej, wypowiada zdanie (tow. lek. w Hamburgu — D. m. W. № 33), że chorzy lepiej znoszą śpiączkę w młodszym wieku, kiedy jak wiadomo, cukrzyca wogóle ma cięższy przebieg. Po latach 30-tu śmiertelność skutkiem, lub w następstwie śpiączki wzrasta z każdym dziesięcioleciem. Wcale nierzadko chorzy powyżej lat 30-tu, uratowani w czasie śpiączki, giną rychło nagle lub po krótkim czasie. Widocznie serce starsze, zmaltretowane przez śpiączkę, łatwiej ulega wyczerpaniu zupełnemu, niż serce osobnika młodszego.

K r y t y k a l e k a r s k a

Przełom w psychoanalizie.

Znaną jest powszechnie rzeczą, że psychoanaliza, mimo iż wywalczyła sobie prawo obywatelstwa w medycynie i poważne stanowisko w terapii, jest wielce wrażliwą—zagranicą i u nas — na wszelkie uwagi krytyczne ze strony lekarzy niepsychoanalityków, t. j. nie uprawiających tej metody leczenia, zarzucając im przede wszystkim a limine ignorancję teoretyczną i brak doświadczenia praktycznego.

Jest to sposób walki, który zasadniczo nie

przystoi lekarzowi, jako biologowi w zasadzie. W metodyce leczenia, póki chodzi o podstawy i zasady, może i winien zabierać głos każdy rozumny lekarz, każdy sumienny obserwator i bezstronny krytyk.

Jako niepsychoanalityk w praktyce, ale sympatyzujący z samym kierunkiem, przysłuchuję się chętnie tu i owdzie krytykom z obozu freudystów, mającym odwagę wystąpienia przeciw zasadom i podstawom mistrza, mimo iż traktują go jako genialnego i wielce zasłużonego dla filozofii stosowanej myśliciela. Do tych należy w pierwszym

rzędzie Stekel, również jak Freud wiedeńczyk, wielbiciel mistrza, wieloletni jego adherent, praktyk i teoretyk w wielkim stylu i jednocześnie autor bardzo licznych—może nawet zbyt licznych—dzieł w tej dziedzinie, istne *enfant terrible* ortodoksyjnego freudyizmu.

Ostatnio wydał on krótką broszurę (*Die Krise in der Psychoanalyse* — w *Psychologie und Medizin* T. III 1929), stanowiącą poniekąd rozszerzony rozdział z X-go tomu jego „*Störungen des Trieb- und Affektlebens*”. Broszurka ta, rodzaj spowiedzi psychoanalitka czystej krwi, zasługuje na bliższą uwagę jako *audiatum et altera pars*. Stekel bowiem omawia w niej na zasadzie 20-letniego własnego doświadczenia główne *pro i contra* psychoanalizy, jako pogranicza między medycyną a psychologią. A materiał jest bodaj czy nie największy w Europie!

Mistrz i odkrywca metody, powiada autor, podał przed bardzo wielu laty przepisy techniczne, uważając jednocześnie, jak nie przymierzając, twórca Biblii lub Ojcowie Kościoła, wszelkie uchylenia i uchybienia od tekstu za *crimen laesae majestatis*, za bluźnierstwo wobec *sacrosanctum*. Jest to jedyny chyba przykład w medycynie. Uznajemy wszak wszyscy wiekopomne zasługi wynalazcy antyseptyki, stawiamy pomniki geniuszowi Listera, mimo to z pewnem uczuciem politowania patrzymy retrospektywnie na pierwociny jego prac, na elementarne, naiwnością tchnące próby praktycznego zwalczania spraw gnilnych.

Tymczasem Freud poniekąd „naukowo opatentował” swoje wielkie odkrycie i proklamował *urbi et orbi* jako święte i niepokalane prawo swój, obecnie zastępy „system analizy”, nie podlegający pono zmianom i warjantom. Poprzez dawny magnetyzm i hipnozę, poprzez sugestję i katarsę zaprowadziła go myśl twórcza, myśl wynalazcza do „kojarzeń wolnych” i do „tłumaczenia snów”. One stanowią nieomylny sesam, czarodziejski klucz, otwierający wrota do pałacu „nieświadomości”, do świata podświadomego, gdzie ma się usadowić właściwy sprawca wszelkich kojarzeń.

Z tą wielką rolą bezwiednej sfery psychiki rozszczepionej nie zgadza się Stekel, w każdym razie przypisuje jej znacznie mniejszą, nie tak wszechpotężną wagę. Teoria wolnych kojarzeń wprowadza często w błąd lekarza, a terapię kieruje na manowce. Wbrew twierdzeniu licznych psychoanalityków podsuwamy pacjentowi często myśli (*Hineinanalysieren*), nie mające żadnego związku z danem cierpieniem, zwłaszcza znany kompleks kastracyjny Edypa. Zbyt długo — nieraz kilka lat — trwa walka psychoanalitka ze „stłumionym kompleksem”, przygotowanie do „przewyciężenia oporów wewnętrznych”, do „mobilizacji opornych demonów” do wypędzenia dawnego djabła. W „wyparciu” czyli anulowaniu pewnych, przykrych dla chorego spraw ma miejsce raczej niechęć wspomnienia, a nie tylokrotnie cytowana „podświadomość”.

Lata trwająca analiza prowadzi mimowoli do kojarzeń z epoki dziecięcej, sprowadza formalny „infantyizm analityczny”. Grzebanie się w odległych a mrocznych reminiscencjach bywa nader niebezpieczne w schizofrenji utajonej. Je-

dynie „metoda czynna”, pozostawiająca intuicji lekarza szersze pole, a inicjatywie jego szerszy zakres, prowadzi szybko do celu, nigdy zaś technika zastarzała i zastygła Freuda, powszechnie stosowana, metoda bierna, nie uwzględniająca faktu, iż nierzadko chory podczas psychoanalizy gra rolę aktora teatralnego wobec widza lekarza.

W dziedzinie „tłumaczenia snów i interpretacji marzeń” zapominają psychoanaliticy często, ile dowolnego wprowadza się tam, gdzie sen niezawsze jest naturalny, a marzenie niejednokrotnie sztuczne. Wszak Forel złośliwie i żartobliwie nazywał kiedyś swawolne interpretacje psychoanalityków „egzegezą talmudyczną” średniowiecza.

Stekel zarzuca obozowi freudystów „obok nieliczenia się ze zwykłymi”, tu i owdzie bardzo poważnymi konfliktami życiowymi (*Blindheit für die wichtigsten Lebenskonflikte*), zbytne faworyzowanie jawnych i utajonych czynników natury seksualnej oraz „dzikie harce spekulacyjne” na temat przeistaczania się (*Transformation*) *libido* i jego całego misterjum w lęki, fobie, z czego — przyznajemy — ostatnio wycofuje się stopniowo sam mistrz, nie zaś zaślepieni uczniowie jego.

Widziałem, dodaje Stekel, plejady leczonych lata całe bez żadnego efektu i uważam za wód w terapii za niemiłej przekonywający, niż tryumf. Wszak znakomite nieraz poprawy, krótsze lub dłuższe, widzimy w Związku Christian Science, w couéizmie, po zwykłej hipnozie lub po wizycie u drogiego lekarza. Nie męczę — chwali się autor — 5 lat pacjenta, nie narażam go na ogromne ofiary pieniężne. Już po 2-ch miesiącach widzę zazwyczaj, co przeważa: życzenie i dążenie do choroby, czy wola i chęć wyzdrowienia, czy i wiele osiągnę drogą psychoanalityczną. Przypominają te słowa orzeczenie niedawne innego poważnego psychoanalitka, który się przyznaje, że „chory często poucza lekarza, czy i jaką ma stosować psychoterapię” (Groddeck). Istnieje typ, hodowany przez psychoanalityków, typ wiecznych tułaczy, typ dotkniętych „natręctwem analitycznym”, Ahaswerów, zmieniających jak rękawiczki co kilka miesięcy swojego psychoanalitka.

Pierwotna analiza ortodoksyjna z brakiem kontrolnych katamnez, z przydługiem, prawie bezterminowym leczeniem i z niewielką odsetką wyleczeń znajduje się w okresie przełomowym. Teoretycznie łatwo przeznaczyć komuś kilka lat na walkę z kompleksami, na wypieranie i przewyciężanie oporów, ale jak tego dokonać w praktyce? Jak tu zastosować się do Laforgue’a, który radzi, jako praktyk, dokładne uregulowanie z góry sprawy honorarjum!

Psychoanalizie Freuda grozi też niemało ze strony laików, których stworzył masowo i świadomie mistrz. A tym osobnikom — z wyjątkiem wykwalifikowanych pielęgniarek sanatoryjnych, nieraz w psychoanalizie dziecięcej niezastąpionych — brak elementarnych wiadomości lekarskich, taktu, sumienności i uczciwości. Rekrutują się oni bowiem przeważnie z niedowarzonych czytelników dzieł Freuda lub z pacjentów półgłówek, leczonych, a niezawsze wyleczonych,

freudyzmem nie umiejących — jasna rzecz — rozróżnić organopatii od funkcjonalnej neuro-lub psychopatii. Przypomina to żywo dawno znany typ partacza warszawskiego lub Kurpfuschera poznańskiego, który sam, leczony na migrenę galwanizacją głowy lub na rwę kulszową faradyzacją i masażem nogi, obchodzi następnie swoją klientelę z pelotą i z maszynką jako specjalista do masażu i elektroterapii.

Ortodoksyjna, prawowierna psychoanaliza Freuda utrzymać się nadal nie może. Fundamenty jej dość słabe nie dają się usuwać bez zapadania się całego gmachu. W terapii zasada *jurare in verba magistri* rzadko obowiązuje dłużej, niż samo życie twórcy. „Nauka, w której słowo mistrza jest dogmatem, staje się religią lub sekciarstwem” i kroczy do upadku. Nauka wymaga dyskusji i krytyki, zwątpienia i opozycji, w przeciwnym razie przestaje być wiedzą i nauką. Nieliczenie się z kliniką, a jedynie z teorią z góry narzuconą, tworzy spekulantów lub w najlepszym razie filozofów.

Wielka szkoda, iż wielki Freud swojej analizy nie przystosował do medycyny, jako nauki i sztuki, mówiąc wyraźniej, że jego psychoanaliza nie jest jednocześnie nauką lekarską. Przez to też wypadnie zmuszały gmach zburzyć od podstaw. „Zadaniem przyszłej analizy lekarskiej będzie oczyścić pszenicę od plew, liczne odmiany i szkoły psychoanalityczne spajać organicznie i ufundować dzieło, wolne od dogmatów i przesądów. Wtedy lekarz stanie się istotnie wychowawcą ludzi i ludzkości”.

Gdy psychoanalitycy *minorum gentium* rzucają się gromadnie na „wyrodnego syna”, po każdej

jego krytyce, poważniejsi krytycy dzieł Stekla, jak np. prof. Storch, przyznają otwarcie, że „właśnie, gdy wielka budowla nauki o nerwach przez szereg lat tak bezplanowo i niesystematycznie projektowana i tak chaotycznie i niezdarnie wykończona została, to należy się liczyć z ogromem doświadczenia, jakie zawierają prace Stekla, a one okażą się niewątpliwie wielce owocnymi dla rodzącej się „psychoanalizy niedogmatycznej”.

Musiałbym też powtórzyć za prof. Homburgerem, innym recenzentem pracy Stekla o „Zwang und Zweifel”, że wyczuwa się w pracach najstarszego i najgruntowniejszego ucznia Freuda „mus spowiadania się (Bekanntnisszwang)”, a spowiada się wielki znawca z własnego doświadczenia, acz nie inaczej, jak rozumni krytycy z obozu pozafreudowskiego, jak zwykli neurologi i psychiatrzy czynili to o wiele wcześniej i bardziej intuicyjnie.

W naszym piśmiennictwie prawie nic w tym kierunku nie pisano. Z ostatnich czasów podkreśliłbym streszczenie historyczno-poglądowe (Poznań) A. Dryjskiego „Geneza i technika metody psychoanalitycznej” (Warsz. Czasop. Lek 1929), w którym autor tu i owdzie zahacza z krytycyzmem o podstawy freudyzmu, a zwłaszcza większą pracę oryginalną S. Higiera „Ogólne podstawy freudyzmu w świetle krytyki” (Nowiny Psychjatryczne 1929), która analizuje ze stanowiska filozoficznego i lekarskiego jej zasadnicze błędy oraz nienormalny stosunek psychoanalizy Freuda do kliniki i terapii, neurologii i psychjatrji.

H. Higier (Warszawa).

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Rzeżączka wieku dziecięcego i związane z nią zagadnienia społeczno - higieniczne.

Podał

Dr. Mieczysław MAYZNER (Warszawa).

Rzeżączka u dzieci zarówno pod względem leczenia, jakoteż jako zagadnienie społeczne zajmuje odrębne stanowisko wśród innych chorób udzielających się, wieku dziecięcego.

W wielu sprawach, dotyczących tej choroby, jak na przykład, w sprawie dróg, króćmi szerzy się rzeżączka, w sprawie źródeł zakażenia, środowiska, skąd się rekrutują dzieci chore na rzeżączkę, pozatem co do moralnego ich oblicza i t. p., panują rozbieżne i często zupełnie błędne zapatrywania.

Podnoszono w wielu publikacjach, które się ukazały szczególnie w okresie powojennym, niepomnierny wzrost przypadków rzeżączki u dzieci i jako powody przytaczano między innymi niezupełnie wyleczoną rzeżączkę u powracających z pola walki ojców, pozatem klęskę gospodarczą, cechującą

cą okres powojenny, wreszcie rozluźnienie obyczajów wśród ludności i moralne zaniedbanie dzieci.

Niestety, brak zupełnie w Polsce danych statystycznych, dotyczących tej choroby u dzieci, zarówno w okresie przedwojennym, jak i powojennym, nie daje możliwości zorientowania się nawet w przybliżeniu co do stanu rzeczy, istniejącego u nas w tej dziedzinie. Lekarze Zakładów opiekuńczych m. st. Warszawy, do których jest stały i to dość znaczny dopływ dzieci nieślubnych i opuszczonych, mają wrażenie, że istotnie w okresie powojennym wśród dzieci, przybywających do zakładów, rzeżączka zdarza się często. Specjaliści chorób wenerycznych również twierdzą, że ostatnio częściej, niż w okresie przedwojennym, stykają się z tą chorobą u dzieci.

Trudno jest, oczywiście, orzec, czy te spostrzeżenia, oparte tylko na wrażeniach, mogą posłużyć jako dowód rozszerzenia się tej choroby wenerycznej wśród dzieci.

Należałoby uznać za pożądane wprowadzenie przymusu meldowania przypadków stwierdzonej rzeżączki u dzieci do władz sanitarnych.

Dopiero wówczas materiał, oparty na ścisłych danych liczbowych, będzie mógł być użyty, jako wyraz prawdziwego stanu rzeczy, panującego u nas w tej dziedzinie.

Ciekawa jest pod wieloma względami statystyka, pochodząca z oddziału rzeżączkowego wielkiego zakładu leczniczego dla dzieci w Buch, pod Berlinem. Oddział ten koncentruje prawie cały materiał rzeżączkowy, który zostaje tutaj kierowany przez wszystkie przychodnie, stacje opieki, kasę chorych, ambulatorja szkolne, zakłady wychowawcze, żłobki i inne instytucje dziecięce. To też cyfry, podawane przez powyższy oddział, jeśli nie całkowicie odzwierciedlają istotną liczbę przypadków rzeżączki u dzieci na terenie Berlina, to jednakże dają względny obraz, umożliwiający zorjentowanie co do istotnego stanu rzeczy.

W ciągu 8 lat przybyło na oddział powyższy 1957 dzieci, z których tylko 1070 miało stwierdzoną rzeżączkę.

Poniżej podana tablica ilustruje ruch dzieci ze stwierdzoną rzeżączką na powyższym oddziale według lat:

I. VI. — I. XII. 1919 roku	10 dzieci
I. I. — 31. XII. 1920	73
I. I. — 31. XII. 1921	141
I. I. — 31. XII. 1922	107
I. I. — 31. XII. 1923	158
I. I. — 31. XII. 1924	175
I. I. — 31. XII. 1925	140
I. I. — 31. XII. 1926	146
I. I. — 31. XII. 1927	120

Razem 1070 dzieci

Jak wynika z powyższych cyfr, trudno jest mówić o wzroście liczby przypadków rzeżączki wśród dzieci Berlina.

Fakt ten zgadzałby się naogół również z ankietą Grumacha, dotyczącą rzeżączki wieku dziecięcego, a przeprowadzoną ostatnio we wszystkich dziecięcych instytucjach leczniczych i wychowawczych na terenie wielkiego Berlina. Ankieta ta również nie wykazała żadnych wyraźnych przesunięć cyfrowych w sensie nasilenia tej choroby.

Są to dane, bardziej przekonujące, niż luźne spostrzeżenia lub wrażenia, nie mogące służyć za podstawę do wyciągania jakichkolwiek wniosków co do stosunków, panujących w tym względzie u nas.

Szczególnie ciekawe i ważne pod względem społeczno - higienicznym w tej statystyce są dane, dotyczące wieku dzieci chorych na rzeżączkę. Największa liczba przypadków rzeżączki przypada na wiek od 2 do 4 lat, natomiast dzieci w wieku szkolnym zapadają na tę chorobę znacznie rzadziej. Fakt ten zgodnie jest podawany przez wielu autorów.

Jako powód tak częstego zapadania na rzeżączkę dzieci w wieku od 2 do 4 lat, przytaczana jest ta okoliczność, iż dzieci w tym wieku, szczególnie często są wystawione na stykanie się z nieczystościami przy pełzaniu po podłodze lub też dotykaniu różnych przedmiotów. Być może, iż przyczyniają się do tego jeszcze pewne właściwości anatomiczne narządów płciowych dzieci, które z wiekiem się zmieniają (nabłonek). Tak lub inaczej, przy zwalczaniu tej choroby wenerycznej u dzieci należy przyjąć pod uwagę fakt, że naj-

większa zachorowalność przypada na młody wiek od 2 do 4 lat. Jest to z tego względu ważne, iż okoliczność ta wymaga zupełnie odmiennego nastawienia aparatu pielęgniarstwa - wychowawczego, jakoteż odpowiedniej organizacji przy urządzaniu oddziału szpitalnego.

Jeśli chodzi o płeć, to zapadają na tę chorobę prawie wyłącznie dziewczęta: wśród 1070 przypadków rzeżączki na chłopców przypada 21 przypadków.

Co do źródeł zakażenia, to przede wszystkim wchodzi w grę przedmioty użytku domowego, zakażone przez chorych domowników, a za których pośrednictwem przenosi się infekcja, j. n. wspólna bielizna, gąbki, ręczniki, nocniki i t. p. Poza tem niewątpliwie zachodzą wypadki zakażenia przez bezpośrednie stykanie się dziecka z chorą matką lub służącą, względnie wychowawczynią, j. n. przez spanie w jednym łóżku.

Pozatem w zakładach zamkniętych, żłobkach i na oddziałach szpitalnych zdarzają się przypadki endemicznego szerzenia się rzeżączki wśród dzieci, szczególnie tam, gdzie warunki higieniczne i personel pielęgniarstwa pozostawiają wiele do życzenia.

Rzeżączka, zawleczona do zakładu, zagnieżdża się tam bardzo szybko. Drogi, któremi się szerzy rzeżączka w zakładach zamkniętych, są tak liczne i skomplikowane, iż trudno jest je całkowicie opanować i zablokować dla dalszego szerzenia się infekcji.

Najważniejszym zadaniem w tych przypadkach jest stwierdzenie źródła zakażenia i jego usunięcie. Źródłem zakażenia może być dziecko, przyjęte do zakładu z rzeżączką jawną lub też utajoną. Zwłaszcza przypadki utajonej rzeżączki są groźnym niebezpieczeństwem dla zakładu. Dziecko przybywa na pozór zupełnie zdrowe, bez wszelkich objawów ze strony sromu, a badanie bakteriologiczne nieznacznej wydzieliny, wydobytej z głębszych odcinków pochwy za pomocą drucika platynowego, wykazuje obecność gonokoków. Brak wydzieliny ze sromu i innych objawów rzeżączki jak zaczerwienienia i rozpułchnienia błony śluzowej narządów rodnych, nie wyłącza niebezpieczeństwa dla otoczenia ze strony danego dziecka, gdyż są znane fakty nosicielstwa gonokoków u dzieci, które przebyły rzeżączkę. Ci nosiciele, podobnie jak i w innych chorobach zaraźliwych, są właściwie najbardziej groźnym i zamaskowanym wrogiem i wymagają szczególnej ostrożności i czujności ze strony lekarzy zakładowych przy przyjmowaniu dzieci.

Poza tem źródłem zakażenia w zakładach zamkniętych lub też innych instytucjach dziecięcych mogą być osoby chore z pośród personelu pielęgniarstwa lub też służby niższej. Są znane fakty pochodzenia endemii rzeżączki od osób, pielęgnujących dzieci. I w tych przypadkach dojdzie do źródła zakażenia jest sprawą bardzo trudną i skomplikowaną.

Walka z tą chorobą w większych skupieniach dzieci, jak zakładach opiekuńczych, żłobkach i t. p., przy braku dostatecznych pomieszczeń izolacyjnych, wyposażonych we wszystkie nowoczesne urządzenia higieniczne, i niewykwalifikowanym personelu lekarsko-pielęgniarstwu, jest

zupełnie bezcelowa. Najbardziej celowym i radykalnym rozwiązaniem dla tego rodzaju instytucyj, dotkniętych rzeżączką, jest możliwie szybkie wyeliminowanie dzieci chorych z zakładu do szpitala i dokładne izolowanie przypadków podejrzanych.

Pozatem coraz częściej są notowane przez rozmaitych autorów przypadki zakażenia dzieci wskutek *stuprum*.

W statystyce, pochodzącej ze wspomnianego oddziału, 169 przypadków poddanych zostało do kładnej analizie, dotyczącej źródeł zakażenia.

W 14 przypadkach stwierdzono, jako źródło zakażenia, stosunek płciowy dzieci zakażonych z różnymi osobami z najbliższego otoczenia, jak ojciec, siostrzeniec i t. p.

W 53 przypadkach zakażenie nastąpiło wskutek spania w jednym łóżku z osobami choremi, j. n. z matką, wychowawczynią i t. p.

W 5 przypadkach używanie zainfekowanej ubikacji spowodowało zakażenie.

W 1 przypadku zakażenie pochodziło ze szkoły, a w drugim przypadku z kompletu frebrowskiego.

W pozostałych 95 przypadkach źródło zakażenia nie mogło być stwierdzone, ale autor tej statystyki dodaje, że z tej liczby 33 dzieci nie miało własnego łóżka, tak, że na 155 dzieci zakażonych — 86 dzieci spało z osobami dorosłymi.

Statystyka jest wielce pouczająca i wskazuje na to, iż a) zakażenie, wynikłe na drodze seksualnej, odgrywa w rzeżączce wieku dziecięcego rolę podrzędną, b) największe znaczeniem praktyczne w szerzeniu się rzeżączki u dzieci odgrywają niepomysłne warunki mieszkaniowe.

Pozatem ze statystyki tej wynika, że $\frac{1}{3}$ dzieci chorych na rzeżączkę była pochodzenia nieślubnego. W 20 przypadkach 1 z rodziców był karany więzieniem. W 80 przypadkach rodzice dzieci byli rozwiedzeni i t. p. Te okoliczności, z tendencją uwypuklone przez autora w statystyce, rzucają poniekąd światło na środowisko, z którego częściowo rekrutowały się dzieci, dotknięte rzeżączką.

Jeśli chodzi o oblicze moralne tych dzieci, to należy, według autora statystyki, odróżnić 2 kategorie dzieci: do jednej należą dzieci, które nigdy przedtem na choroby weneryczne nie chorowały i padły tylko ofiarą smutnego przypadku, wynikłego wskutek nieostrożności lub też niedostatecznego uświadomienia ze strony otoczenia; drugą grupę tworzą dzieci, moralnie zaniedbane, o anormalnych skłonnościach seksualnych. W tej grupie autor podkreśla 2 typy, wybitnie różniące się od siebie: jeden typ biernych, o charakterze skrytym, bojaźliwym; drugi natomiast typ dzieci aktywnych, niepohamowanych, o wyraźnych właściwościach degeneracyjnych i instynktach nieetycznych.

Przejdziemy teraz do omówienia tych środków, które ze względów społeczno—higienicznych należałoby przedsięwziąć dla zwalczania rzeżączki wśród dzieci.

Można je podzielić według D-ra Alterthuma na trzy grupy:

A) środki, zmierzające do wyławiania przypadków rzeżączki wśród dzieci;

B) środki, zapewniające przeprowadzenie odpowiedniego leczenia w przypadkach stwierdzonej rzeżączki;

C) środki, któreby zapewniły odpowiednią opiekę i kontrolę dzieci wyleczonych.

ad A. Co do zarządzeń, któreby celowo rozwiązywały to może najbardziej zawile zagadnienie, proponuje Gumpert, wybitny znawca tych spraw, systematyczne i obowiązkowe badanie w kierunku chorób wenerycznych wszystkich dzieci, przyjmowanych do zakładów otwartych i zamkniętych, jak szpitali, zakładów opiekuńczych, uzdrowisk, szkół i t. p.

Nie wszyscy autorzy podzielają ten zbyt daleko prowadzący pogląd Gumperta, a to z następujących względów:

- 1) przedewszystkiem badanie jednorazowe jest bezcelowe, a badania systematyczne nastroczałyby znaczne trudności techniczne;
- 2) częste manipulowanie przy narządach płciowych, szczególnie u dziewcząt starszych, nasuwa poważne zastrzeżenia natury psychicznej;
- 3) wreszcie, jak widzieliśmy wyżej, przypadki rzeżączki u dzieci w wieku szkolnym nie są częste i nie z tej strony grozi największe niebezpieczeństwo.

Natomiast za zupełnie słuszne należałoby uznać żądanie Gumperta w stosunku do dzieci, przyjmowanych do zakładów zamkniętych.

Tutaj jednorazowe badanie miałoby znacznie większą wartość praktyczną, niż w zakładach otwartych, gdyż kontakt tych dzieci ze światem zewnętrznym z chwilą przyjęcia ich do zakładu zamkniętego całkowicie ustaje. Oczywiście, należy przyjąć pod uwagę najbardziej zagrożony pod względem zachorowalności na rzeżączkę wiek od 2 do 4 lat, który przy badaniach częstych nie nasuwa tych poważnych zastrzeżeń, o jakich mowa była w stosunku do dzieci wieku szkolnego. Pamiętać również należy o nosicielach zarazki rzeżączki i w przypadkach podejrzanych nie ograniczać się do jednorazowych badań. Przeoczony przypadek rzeżączki u dziecka, przyjętego do większego skupienia dzieci, może się stać z łatwością ogniskiem infekcji dla wielu dzieci.

ad B. Każdy stwierdzony przypadek rzeżączki wieku dziecięcego wymaga natychmiastowego leczenia. Leczenie ambulatoryjne daje naogół znacznie gorsze wyniki, niż leczenie szpitalne.

Przy kierowaniu dzieci chorych na oddziały szpitalne w różnych krajach napotymano zazwyczaj poważny opór ze strony rodziców, którzy nie chcieli, aby dzieci były odrywane na dość długi okres czasu od swych zwyczajnych zajęć. Dlatego też w niektórych krajach, jak, na przykład, w Niemczech, zakazano uczęszczania do szkół dzieciom, dotkniętym rzeżączką, przyczem kierowano się również względami innymi, nietylko niebezpieczeństwem, grożącym innym dzieciom ze strony dzieci chorych.

Umieszczanie dzieci chorych na ogólnych oddziałach wenerycznych jest dla wielu względów rzeczą niepożądaną. Wenerycznie chorzy dorośli w szpitalach rekrutują się przeważnie z mętów społecznych i wywierają wybitnie ujemny wpływ na dzieci, podczas ich dłuższego pobytu na oddziale.

Brak odpowiedniego personelu pielęgniarskiego utrudnia w znacznej mierze normalny przebieg

leczenia, które, jak zobaczymy później, winno trwać w najlepszym razie 3 miesiące.

W ciągu tak długiego czasu dzieci są pozbawione możliwości kontynuowania swych normalnych zajęć.

Aby usunąć te ujemne strony, jakie posiadają ogólne oddziały weneryczne, niektóre większe miasta Zachodniej Europy utworzyły specjalne oddziały rzeżączkowe dla dzieci przy szpitalach ogólnych lub też dziecięcych.

Oddział tego typu miałem sposobność oglądać w Buch pod Berlinem przy wielkim zakładzie leczniczym dla dzieci. Oddział ten posiada 100 łóżek, nastawiony jest na dłuższy pobyt dziecka, to też zastosowany jest do wszystkich jego potrzeb, w zależności od wieku.

Każde dziecko, przybywające na oddział, po uprzednim stwierdzeniu rzeżączki zostaje umieszczone w kwarantannie na przeciąg 20 dni. Właściwe leczenie rozpoczyna się już tutaj. Po przebyciu kwarantanny zostaje dziecko przemieszczone na salę, tak zwaną, nieczystą, na której przebywają dzieci, mające jeszcze gonokoki w wydzielinie.

Na salach tych, które posiadają wszystkie nowoczesne urządzenia higieniczne, dzieci pozostają conajmniej 6 tygodni. Leczenie tych dzieci odbywa się nie na salach, lecz w specjalnym pomieszczeniu dla zabiegów. Na sali tej dzieci pozostają tak długo, dopóki wielokrotnie badanie wydzieliny, wydobytej za pomocą specjalnych przyrządów z cewki moczowej, pochwy i odbytnicy, nie wykazuje gonokoków. Dopiero wówczas przechodzi dziecko na sale tak zwane czyste, na których leżą dzieci, nie mające żadnej wydzieliny ze sromu, ani też gonokoków.

Tutaj dziecko w ciągu trzech tygodni jest ściśle obserwowane co do wydzieliny i obecności gonokoków i nie otrzymuje w ciągu tego czasu żadnego leczenia.

W końcu następuje okres prowokacyjny, trwający również trzy tygodnie, w ciągu którego są przeprowadzone dokładne badania wydzieliny na obecność gonokoków.

Jeśli wszelkie badania dają wynik ujemny, wówczas dziecko zostaje uznane za zdrowe i wypisane ze szpitala.

Tak ostrożne postępowanie, które zostało obrane na powyższym oddziale po dłuższych próbach, ma na celu wyłączenie, względnie zmniejszenie do *minimum* możliwości nawrotów, tak częstych w tej chorobie, szczególnie w przypadkach, niedostatecznie radykalnie leczonych.

Te pozornie zaleczone przypadki, dające przeważnie nawroty, stanowią poważne niebezpieczeństwo dla innych dzieci. To też należy uznać za celowe te surowe kryteria, jakie są stosowane na powyższym oddziale przy wypisywaniu dziecka ze szpitala.

W związku z tak długotrwałym pobytom dziecka na oddziale, jest rzeczą zupełnie naturalną, iż pomyślano również o zapewnieniu mu możliwości kontynuowania swych codziennych zajęć.

Jest to tembardziej ważne, jeśli się zważy, iż dzieci, o których mowa, będąc właściwie zmuszone do pozostawania w łóżku, byłyby psychicznie bardzo poszkodowane, szczególnie przy częstych (kilka razy dziennie) manipulacjach

w okolicy ciała tak wrażliwej, jak narządy płciowe.

Dzieci są segregowane według wieku; na niemowlęta, dzieci młodsze i dzieci starsze. Dzieci, moralnie zaniedbane, lub też upośledzone pod innymi względami, są umieszczane w osobnych pokojach.

Dzieci małe mają wszelkie urządzenia do zabaw, pod kierownictwem odpowiedniego personelu.

Dla dzieci zaś w wieku szkolnym odbywają się lekcje, niezależnie od tego dzieci uprawiają sporty i zajmują się rękodzielnictwem.

Przy odpowiedniej pogodzie wszystkie te zajęcia odbywają się w pięknym ogrodzie, przylegającym do oddziału. Na skutek tych bardzo celowych zarządzeń dzieci nie wychodzą z rygoru i trybu normalnego życia, a po wypisaniu ich z oddziału wracają do domu bez żadnego piętna moralnego i psychicznego, jakie zostawia na nich zazwyczaj pobyt na ogólnych oddziałach wenerycznych.

ad C. Przechodzimy obecnie do omówienia tych środków, które mają na celu zabezpieczenie dzieci wyleczonych po opuszczeniu przez nich szpitala, przed powtórne zakażeniem z tego samego źródła.

Jest przeto sprawą pierwszorzędnej wagi stwierdzenie źródła zakażenia w najbliższym otoczeniu dziecka.

Najbardziej celowe byłoby przeprowadzenie dokładnego wywiadu w domu rodzicielskim jeszcze podczas pobytu dziecka w szpitalu. Tę czynność można byłoby powierzyć doświadczonej pielęgniarsce społecznej, któraby przystąpiła do sprawy z dużym taktem i ostrożnością.

Pozatem dziecko wyleczone winno być podane ściśle i długotrwałej kontroli lekarskiej, ze względu na możliwość nawrotu lub też powtórne zakażenie.

Kontrolę tę mogliby wykonywać lekarze szkolni, względnie poradnie szkolne, jeśli chodzi o dzieci w wieku szkolnym, natomiast dzieci młodsze, mogłyby pozostawać pod obserwacją stacji opieki. Zwłaszcza dzieci, pochodzące z zakładów opiekuńczych, po powrocie muszą pozostawać przez dłuższy czas pod czujną kontrolą lekarzy zakładowych, gdyż w większych skupieniach dzieci szczególnie często zdarzają się nawroty, niebezpieczne dla otoczenia.

Dotychczas wogóle jeszcze jest dyskutowana kwestja, czy dzieci zakładowe po wyleczeniu całkowitem powinny ze szpitala wracać do zakładów zamkniętych.

Nie ulega wątpliwości, iż zakłady, mieszczące się w złych warunkach higienicznych i nie mające dostatecznych pomieszczeń izolacyjnych, nie powinny przyjmować dzieci, które przebyły rzeżączkę.

Takie dzieci winny być oddane do opieki rodzinnej, gdyż w opiece indywidualnej nawroty zdarzają się znacznie rzadziej.

Jeśli zaś chodzi o dzieci nienormalne, to te winny być kierowane z oddziałów szpitalnych wprost do zakładów specjalnych.

Jak widzimy z powyższego, zagadnienia społeczno-higieniczne związane z rzeżączką wieku

dziecięcego, są dość różnorodne, a pod względem praktycznym bardzo zawile.

Zwalczanie tej choroby wymaga ścisłej współpracy wielu instytucyj jak stacyj opieki, przychodni szkolnych i t. p.

Bez skoordynowania wszystkich czynników, powołanych do sprawowania opieki społeczno-higienicznej nad dzieckiem, walka z tą chorobą werneryczną może się stać bezcelowa.

Niedokładne zamknięcie tego całego łańcucha, o którym mówiliśmy wyżej, przez opuszczenie chociażby drobnego ogniwa może się smutnie odbić na całokształcie sprawy.

Wiadomości bieżące.

— W dniach 9—11 października r.b. odbyły się w Wilnie uroczystości związane z 350 rocznicą założenia w tem mieście uniwersytetu przez króla Stefana Batorego, a z 10-ą rocznicą wskrzeszenia tej sławnej Uczelni przez Naczelnego Wodza Józefa Piłsudskiego. Na uroczystości te Rektor i Senat Uniwersytetu Stefana Batorego rozesłał liczne zaproszenia, do których dołączył skrypt w języku łacińskim o brzmieniu następującem:

Universitas Studiorum Vilmensis Bathoreana Universitatis studiorum Academiae Athenaeis Gymnasiis S. P. D.

Stephanus Bathory Poloniae Rex rerum civilium et militarium pertissimus, omni liberali doctrina politissimus, anno MDLXXIX bello immani saeviente Studium Generale Vilnae condidit, quod placidae pacis monumentum perenne esset atque rudes incultasque gentes quae Orientis partes incolunt ad humanitatem informaret, litteris, disciplinis, artibus liberalibus institueret.

Quam spem cogitationum et consiliorum regii conditoris Academia nostra numquam fefellit.

Universitas Vilmensis Bathoreana a Cracoviensi, Praehensi, Vindobonensi Academiae ingentibus itineribus disiuncta, inter Pontum Euxinum Caspiumque mare, Album pelagus atque Siberiam nive perenni obrutam in media solitudine collocata et constituta, delectis cooptatisque in magistrorum ordinem nostris viris praestantissimis, ut Skarga, Smiglecki, Łęczycki, Sarbiewski, Poczubut, Lelewel, Sniadecki par nobile fratrum, adgregatis eruditibus Britannis, Gallis, Italis, Germanis, ut Bosgrave, Gilibert, Sartoris, Cappelli, Forster, Groddeck, Frank, cultum atque humanitatem agrestibus regionibus trans Dunam et Borysthenem intulit, easdem doctrina et eruditione conlustravit, adulescentes nostros atque externos disciplinis erudit, artibus liberalibus ornavit, ad virtutem adrexit docuitque alta cupere, alta sperare atque viros ingeniis magnis excellentes Adamum Mickiewicz et Iulium Słowacki poetas illos et vates, I. I. Kraszewski celeberrimum scriptorem tulit.

Universitas nostra hostili manu anno MDCCCXXII deleta atque interempta, Polonia restituta, anno MCMXIX a Iosepho Piłsudski instaurata abhinc annos decem in opimo solo doctrinas disciplinasque atque artes liberales iuvenili animi ardore serit atque colit.

Itaque LXX lustris exactis inclutorum decessorum nostrorum et eruditi temporis acti hoc anno a.d.VI Idus Octobres solemni celebratione memoriam repetere constitimus.

Cum omnium terrarum homines litteratci gaes itnnoie et quasi amici, de solemnitatem nostra Vos, Viri clarissimi atque doctissimi, certiores facimus. Valete.

Falkowski
Rector

W wielu państwach Zachodniej Europy okres prób, zdążających do praktycznego rozwiązania tego społecznego zagadnienia, już się skończył.

Obecnie sprawnie funkcjonujący aparat, obejmujący wszystkie instytucje zainteresowane, oparty na wzorowo urządzonych oddziałach rzeźaczkowych dla dzieci, zaczyna dawać w wielu krajach wyniki zadawalające.

Należy żywić nadzieję, że i u nas w kraju, sprawa, tutaj poruszona, będzie postawiona na odpowiednim poziomie, i powołane do tego czynniki wkrótce pomyślą o zorganizowaniu wzorowego oddziału rzeźaczkowego dla dzieci przy jednym ze szpitali miasta stołecznego Warszawy.

Nostra Senatusque voluntate et iudicio
dedimus a. d. VIII Kalendas Iulias MCMXXIX.

Zaszczycone takim zaproszeniem Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej przesłało na ręce zapraszających adres treści następującej:

Societas Medicinae Publicae Polonorum
Rectori Magnifico Senatuique Universitatis Studiorum
Vilmensis Bathoreanae
s. p. d.

Societas Medicinae Publicae Polonorum Rectori Magnifico Senatuique Universitatis Studiorum Vilmensis Bathoreanae, die sollemni, quo annorum ab Universitate condita CCCL, ab instaurata, post longam, dura necessitate impositae intermissionem, X — aguntur sacra, bona precatur: ut scilicet de uno reflorat, splendida temporis illius memoria renovata, quo Sniadecki fratres, Iosephus Frank, Joachimus Lelewel alii plurimi viri clarissimi in aedibus eius animis litterarum infigebant amorem interque omnes gentes eruditae Poloniae diffundebant gloriam.

Ferat igitur nunc, Polonia restituta, Academiae splendor operae fructum virorum illustrium memoria haud indignum crescatque Universitas Bathoreana ad maiorem nominis sui gloriam, pro Patriae bono atque salute.

Dr. K. Dłuski
praeses

Datum Varsoviae
a. d. VI Idus Octobres MCMXXIX.

T ł u m a c z e n i e.

Do Świetnego Rektoratu Uniwersytetu Stefana Batorego
w Wilnie.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej składa Rektorowi Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie, w uroczystym dniu wielkiego jubileuszu 350 lecia założenia Uniwersytetu i 10-lecia jego wznowienia po długiej, przymusowej przerwie, życzenia nowego rozkwitu, opartego na wznowieniu świetnej tradycji czasów Sniadeckich par nobile fratrum, Józefa Franka, Joachima Lelewela i tylu innych sławnych mężów, którzy szerzyli kult nauki w jego murach i sławę imienia polskiego po całym cywilizowanym świecie.

Oby praca świetnej uczelni, otoczona nimbem wielkich tradycji, wydała w Odrodzonej Polsce godny siebie plon, ku chwale swego imienia i na pożytek Ojczyzny.

Dr. K. Dłuski
prezes

Warszawa
9 października 1929 r.



— Zarząd Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej zawiadamia niniejszem, że od 1 września 1929, wakuje stypendjum Towarzystwa w sumie 1600 zł. płatne w dwóch ratach półrocznych po 500 zł.

Stypendjum przeznaczone jest dla studenta medyka 4 lub 5 roku, lub młodego lekarza na wykonanie pracy naukowej z zakresu nauk lekarskich.

Stypendjum nadawane jest w drodze konkursu na przeciąg jednego roku akademickiego, licząc od 1 września,

Osoby, pragnące ubiegać się o stypendjum, winne złożyć na ręce Sekretarza Towarzystwa Dr. W. Knappe, Warszawa, Hoża 37, m. 4, podanie wraz z krótkim życiorysem i zaświadczeniem kierownika naukowego o rozpoczętej pracy naukowej.

Zasadniczo przyznaje się stypendjum na rok jeden; prolongowanie jest możliwe, ale najwyżej dwukrotnie. Stypendjum zobowiązuje do złożenia sprawozdania z pracy, wykonanej w ciągu roku.

Termin składania podań do 1 listopada 1929.

Prezes Polsk. Tow. Medycyny Społecznej

Dr. K. Dłuski

Sekretarz

Dr. W. Knappe.

— II Kongres Międzynarodowy Pedjatrów odbędzie się w Stockholmie w czasie od 17 do 20 sierpnia 1930 r.

Komitet Kongresu zażądał, by wzorem innych narodowości zawiązał się Polski Komitet Narodowy dla rzeczoności Kongresu, Komitet, któryby reprezentował nasze interesy w stosunku do Biura Kongresu, utrzymywał z nim kontakt, kwalifikował ew. tematy i referaty, zgłoszone z Polski, informował kolegów i zorganizował ich wyjazd do Stockholmu. W myśl tego Zarząd Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego, najwyższej Organizacji Pedjatrycznej w Polsce, postanowił taki Komitet zorganizować i uchwalił, by do Polskiego Komitetu Narodowego dla Kongresu w Stockholmie weszło Prezydium T-wa, Dyrektorowie wszystkich klinik Dziecięcych, Docenci Pedjatrii oraz przewodniczący Oddziałów Pol. Tow. Pedjatrycznego.

Prezesem Pol. Komitetu Narodowego został obecny prezes Pol. Tow. Pedjatrycznego, kol. T. Kopeć, Wice-prezesami prof. Fr. Gröer i prof. M. Michałowicz, Sekretarzem Generalnym — Sekretarz stały Pol. Tow. Pedjatrycznego — prof. Wł. Szenajch.

Adres Pol. Kom. Narodowego — Warszawa, ul. Mokołowska № 39, m. 3, Dr. Med. Tadeusz Kopeć.

Referaty przeznaczone dla Kongresu muszą być zgłoszone pod adresem Pol. Kom. Narodowego do dnia 1 lutego 1930 roku.

Prace Kongresu będą w miarę potrzeby rozdzielone pomiędzy Sekcje poszczególne.

Jest pożądanem możliwie wczesne zgłaszanie udziału w Kongresie pod adresem Pol. Kom. Narodowego, aby Komitet mógł zawczasu zorientować się w liczbie uczestników i zabezpieczyć im wszelkie ułatwienia w podróży, mieszkania, oraz

uprzyjemnienia podczas pobytu w Stockholmie, tembardziej że właśnie w tym czasie odbędzie się również Wystawa Szwedzkiego Przemysłu i Sztuki Stosowanej.

Równocześnie ze zgłoszeniem uczestnictwa trzeba przesłać pod adresem Pol. Komitetu 22 korony szwedzkie, w tem 20 koron jako wpisowe i 10^{0/0} na koszty organizacyjne Pol. Komitetu Narodowego.

Aby uniknąć przykrych pomyłek i nieporozumień uprasza się o wypisywanie imienia, nazwiska i dokładnego adresu literami drukowanymi, najlepiej na maszynie.

Dalsze komunikaty w sprawie kongresu będą w miarę potrzeby ogłaszane.

— Numer 18-ty dwutygodnika „Dziecko i Matka“ przynosi następujące artykuły: „Oddziaływanie na uczucia dziecka“ M. Jacynówna, „Konflikty“ (tragiczne przeżycia dzieci w związku z zabijaniem zwierząt) W. Borudzka, „Jak podróżować z niemowlęciem“ M. Dobrowolska, „Owoce i surowe warzywa w jadłospisie dziecka“ M. Morzkowska, „Tyfus brzuszny“ Dr. St. Kramsztyk, „Ospa wietrzna“ Dr. P. Gleich. Na specjalne wyróżnienie zasługuje dział „Nasze dzieci“, który narówni z rubryką „Matki między sobą“ jest terenem szczerych i bezpośrednich wypowiedzi czytelników w dziedzinie psychologii, wychowania i higieny dziecka. Stronice poświęcone noweli i poezji cechuje jak zwykle wysoki poziom literacki, przynosząc one: „Matka szuka przyjaciół dla swego dziecka“ Ewy Szemberg i ciekawy wiersz „Matki“ L. Krzemienieckiej. Poza tem numer zawiera stały dział porad dla rodziców i liczne modele mód dzieciennych.

— Z państwowej Szkoły Higjeny. Z początkiem września r. b. w Państwowej Szkole Higjeny rozpoczął się 9 miesięczny kurs Higjeny Publicznej dla lekarzy.

Na kurs zostało przyjętych 12 kandydatów do Publicznej Służby Zdrowia, 9 lekarzy powiatowych, oraz 2 lekarzy samorządowych.

Nadesłano do redakcji.

Maurycy Bornsztajn. Znaczenie teorii psychoanalitycznej dla psychjatrii. Odb. z „Kwartalnika klinicznego“ T. VIII. Z. IV. 1928.

M. Gantz. O stanach podgorączkowych. Polskie Monografie i Wykłady Kliniczne. Warszawa. 1929.

W. Grzywo-Dąbrowski. Samobójstwa w Warszawie w r. 1928 według Miesięcznika Statystycznego Mag. m. W. i danych Zakładu Med. Sąd. Un. Warsz. Odb. z „№ 1 Czasopisma Sądowo-Lekarsk.“

Polska Bibliografja Kryminologiczna i Sądowo-Lekarska za r. 1928.

Adam Straszyński. Ueb. intramuskulöse Ichthyol-injektionen bei der Behandl. von Haut-und Geschlechts-krankh. Odb. z „Dermat. Woch.“ 1926. № 24.

Adam Straszyński und Gabriel Nowicki. Weitere Erfahrung über die Wirkung intramusk. Ichthyolinjekt. bei gonorrh. Komplikation. und bei and. Erkr. der Harnwege. Odb. z „Derm Woch.“ 1927. № 42.

TREŚĆ: Prof. H. STRAUSS. Kiedy należy operować w cierpieniach pęcherzyka żółciowego? — M. ROSNOWSKI. W sprawie patogenezy zespołu klinicznego powolnego zapalenia wsierdza. — St. KRAMSZTYK. Współczesny stan organoterapii (Str. zbior., c. d.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — M. MAYZNER. Rzeźączka wieku dziecięcego i związane z nią zagadnienia społeczno-higieniczne. — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: H. STRAUSS Quand faut-il operer les affections de la vesicule biliaire? M. ROSNOWSKI. A'p' ropos de la pathogenèse du syndrome de l'endocardite lente. ST. KRAMSZTYK L'état contemporain de l'organothérapie. (Rev. gen. suite). H. HIGIER. La crise dans la psychonalyse. M. MAYZNER. La gonorrhée des enfants et sa valeur sociale et hygiénique.

Uprasza się Szan. Prenumeratorów w Warszawie i na prowincji o wpłacanie prenumeraty na P.K.O. 86-96.

Redaktor przyjmuje codziennie od 3-ej do 4-ej pp.

Wydawca przyjmuje codziennie od 8-ej do 11-ej r.