

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

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

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

Rok VII

WARSZAWA, 12 CZERWCA 1930 R.

Nr. 24

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

*Z oddz. chorób nerwowych w Szpitalu na Czys'iem
w Warszawie*

(Ordynator: E. Flatau)

i z pracowni neuro-biologicznej Warsz. Tow. Nauk.

(Kierownik: E. Flatau)

O pierwotnych nowotworach barwnikonośnych rdzenia.

Podali

S. BAU-PRUSSAKOWA i J. MACKIEWICZ (Warszawa).

Powstawanie guzów barwnikonośnych pierwotnych w układzie nerwowym (*chromatophoroma*) stanowiło przez czas dłuższy kwestję sporną.

Kiedy pierwsze tego rodzaju przypadki zjawiały się w piśmiennictwie (Virchow, Störck, Sternberg), to niektórzy autorzy, a szczególnie Bruns, Borst i Ribbert poddali w wątpliwość charakter pierwotny tych guzów, dowodząc, że guzy takie uważać należy za przerzuty nowotworu oka lub skóry, który za życia nie został rozpoznany. Doświadczenia późniejsze wykazały jednak niesłuszność tego poglądu, i zarówno Ribbert, jak i Borst przyznali w końcu możliwość powstawania nowotworów barwnikonośnych pierwotnych w układzie nerwowym.

Obecnie uważać należy spór, dotyczący charakteru pierwotnego tego rodzaju nowotworów, za zakończony, albowiem istnieje już w piśmiennictwie cały szereg przypadków, zbadanych dokładnie pod względem anatomopatologicznym, w których — poza układem nerwowym — żadnych nowotworów nie stwierdzono.

Fakt powstawania nowotworów barwnikonośnych w układzie nerwowym nie powinien nikogo dziwić; wiemy wszakże, że nowotwory te rozwijają się w tych narządach, w których znajdują się komórki, zawierające melaninę, a komórki takie, jak wykazały badania szeregu autorów (Virchow, Obersteiner, Koeliker, Stroebe, Mohnike, Broniatowsky i in.), wystę-

pują również w oponach miękkich mózgu i rdzenia. Wykazują one pewną predylekcję do niektórych okolic, a mianowicie, do opon miękkich na podstawie mózgu, szczególnie w okolicy: opuszki, mostu Varola, powierzchni dolnej mózdzku oraz zatoki Sylwiusza. W warunkach normalnych komórki te są rozrzucone pojedynczo w oponach miękkich. W niektórych przypadkach tworzą one w oponach skupienia mniejsze lub większe, przedstawiające się jako plamy sinawo-brunatne, które przypominają znamiona barwnikowe skóry. Zdarza się, że takie skupienia komórek barwnikonośnych w oponach występują równocześnie ze znamionami barwnikowymi skóry, jako wady rozwojowe w układzie barwnikotwórczym, przyczem jedne i drugie mogą zachować przez całe życie charakter łagodny (Graal), lub też jedne i drugie mogą stać się punktem wyjścia nowotworów złośliwych (Pohl, Weimann). Możliwa jest wreszcie i trzecia ewentualność, a mianowicie ta, że komórki barwnikonośne, występujące w oponach bądź pojedynczo, bądź w skupieniach, stają się punktem wyjścia nowotworu, podczas gdy znamiona barwnikowe skóry zachowują nadal swój charakter łagodny (Esser, Rokitański, Schopper, Sternberg, Lindborn).

W oponie twardej komórek barwnikonośnych w warunkach normalnych nie stwierdzono. Powstawanie guzów barwnikonośnych pierwotnych w *dura mater* tłumaczy autorzy (Boit, Lindborn) w ten sposób, że jeszcze za życia płodowego przedostały się one z opon miękkich (embryonale Keimversprengung) do twardówki i w wieku późniejszym zaczęły bujać.

W głąb tkanki rdzeniowej, wzgl. mózgowej dostają się komórki barwnikonośne z naczyniami krwionośnymi, zwłaszcza tętniczymi (Koeliker, Obersteiner, Ribbert). Niekiedy komórki te stają się punktem wyjścia guzów złośliwych (Minelli, Koelichen, Hirschberg, Schmidt). W przypadkach 3 ostatnich autorów stwierdzono, oprócz ogniska głównego w tkance nerwowej, ogniska mniejsze w oponach. Czy te

ostatnie należy uważać za przerzuty, czy też za ogniska również pierwotne — trudno powiedzieć.

Ponieważ nowotwory barwnikonośne pierwotne w ośrodkowym układzie nerwowym są stosunkowo rzadkie, przeto pozwolimy sobie przytoczyć 2 przypadki, w których punktem wyjścia guza były najprawdopodobniej opony miękkie rdzenia.

Przypadek I. R.S. 134. Przybyła do szpitala 25/IV-1927. Choroba rozpoczęła się przed 5 laty (podczas ciąży) od bólu w kończynie dolnej lewej. Chodziła podówczas z trudem z powodu uczucia ciężkości w tejże kończynie. Po porodzie stan się poprawił, ból zjawiał się tylko od czasu do czasu. Przed 2 laty wystąpił silny ból w kończynie dolnej pr. Przy unoszeniu kończyny w górę odczuwała także ból w krzyżu. Od jesieni 1926 miewała tylko bóle napadowe w pośladku lewym i w kończynie dolnej lewej. Napady bólów występowały początkowo rzadko, później zaś coraz częściej, a przed 6 tygodniami bóle napadowe zmieniły się na stałe, i utrzymywały się przez 2 tygodnie. Po upływie tego czasu ból z lewej strony ustąpił, zjawiał się natomiast ponownie wraz z uczuciem drętwienia w kończynie pr. Stopy zaczęły słabnąć, a od 2 tygodni stały się bezwładne. Od tego czasu chora przestała chodzić.

Zaburzeń ze strony zwieraczy nie było. Dopiero w ostatnich czasach wystąpiło zaparcie stolca. Anamneza dawniejsza bez znaczenia.

Badanie przedmiotowe. Ze strony narządów wewnętrznych zmian brak. Mocz bez białka i cukru. Układ nerwowy: Oczopląsznaczony w stronę lewą. Nerwy czaszkowe, kończyny górne — bez zmian. Kończyny dolne; mięśnie na przedniej powierzchni ud zlekka wychudzone (z l. strony > pr.). Oddziaływanie na prąd elektryczny cokolwiek osłabione; zmian jakościowych brak.

W stawach biodrowych i kolanowych rozmiar ruchów prawidłowy, siła mięśni (zwłaszcza zginaczy goleni) osłabiona. W stawach skokowych zginanie grzbietowe stóp oraz zginanie podeszwowe stopy pr. zniesione, zginanie podeszwowe stopy lewej możliwe, lecz siła mięśni znacznie osłabiona.

Napięcie mięśni zmniejszone w obu kończynach, zwłaszcza w lewej.

Objaw Lasègue'a dodatni (po str. pr. > l.).

Odruchy ABd górne i środkowe wybitnie osłabione, dolne = 0.

PRiAR zniesione. Odruchy podeszwowe zachowane, lecz znacznie osłabione. Objawu Rossolimo brak. Czucie wszystkich rodzajów zachowane.

Kręgosłup: bolesność przy ucisku dolnych kręgów lędźwiowych. Bolesna jest również okolica przykręgową po stronie prawej.

Płyn mózgowo rdzeniowy wybitnie ksantochromiczny, skrzepł wkrótce po wypuszczeniu. Nonne-Appelt silnie dodatni. Pleocytozy brak. Odczyn Wassermanna ujemny. (Z surowicy krwi również ujemny).

Lipjodol, zastrzyknięty podpotylicznie, zatrzymał się w postaci licznych smug i kropel nad górnym brzegiem III kręgu lędźwiowego, zaś lipjodol, zastrzyknięty w kilka dni później do lędźwiowo (między IV a V) w położeniu Trendelenburga, przesunął się do połowy IV kręgu, tworząc stożek, zwrócony podstawą ku górze.

Chora wypisała się wówczas, nie chcąc się zgodzić na operację. Podała się operacji w innym szpitalu 3-go czerwca 1927 roku.

Podczas operacji znaleziono jakoby torbiel, z której wypłynął płyn; ścian tej torbieni po wypuszczeniu płynu nie udało się odnaleźć.

W ciągu pierwszego tygodnia po operacji zatrzymani

moczu zupełne, później częściowe; po upływie 3 tygodni wystąpiło nietrzymanie moczu oraz porażenie odbytnicy. Wkrótce po operacji zaczęły się tworzyć odleżyny w okolicy krętarza wielkiego z obu stron; w kończynach dolnych chora odczuwała ból oraz klucie. W tym stanie została wypisana (19.VIII). W domu odleżyny z wolna się goiły, bóle w kończynach dolnych ustały, wystąpiło natomiast osłabienie kończyn oraz uczucie drętwienia w tychże.

28.VIII — zapisała się powtórnie na oddział.

Badanie przedmiotowe: rana pooperacyjna oraz rany odleżynowe zagojone. Ze strony narządów wewnętrznych, nerwów czaszkowych i kończyn górnych nie zaszła żadna zmiana.

Kończyny dolne: unoszenie en masse chwilami zaznaczone, chwilami niemożliwe. Opuszczanie czynne kończyny lewej zachowane, lecz siła mięśni znacznie osłabiona; kończyna prawa opada bezwładnie. Zginanie w stawach biodrowych oraz doprowadzenie ud o rozmiarze normalnym, wykonywane jednak z siłą bardzo nieznaczną; odprowadzenia ud ograniczone. W stawach kolanowych rozmiar ruchów prawidłowy, siła mięśni zmniejszona; w stawach skokowych i w palcach ruchy zniesione. Napięcie mięśni w obu kończynach znacznie obniżone. Ze strony odruchów nie zaszła żadna zmiana.

Czucie powierzchowne wszystkich rodzajów zniesione w odcinkach krzyżowych; czucie głębokie zniesione w palcach stóp.

Zdjęcie rentgenowskie: lipjodol górny na dawnym miejscu, t. j. od 1/2 kręgu lędźwi. I do górnego brzegu kręgu lędźwi. III. Obraz lipjodolu niezmienny.

Lipjodol dolny — poniżej dolnego brzegu IV kręgu lędźwi. Okazało się również, że łuki kręgów lędźwiowych od 3-go w dół były nietknięte, natomiast brak było łuków kręgu lędźwi. I oraz 2 dolnych grzbietowych (zdjęcie tylnoprzodnie i boczne).

29.VIII — 5.IX — naświetlanie kręgosłupa lędźwiowego promieniami X.

1.IX. Ślad ruchu w stawie skokowym prawym.

13.IX. Silny ból promieniujący wzdłuż tylnej powierzchni kończyny prawej dolnej.

Chorą poddano po raz drugi operacji (Dr. Lubelski).

Po usunięciu łuków kręgów lędźwiowych II.—V. stwierdzono poszerzenie worka twarzątkowego, poprzez który przeświecały masy sinawo zabarwione. Po rozcięciu opony twardej okazało się, że cały ogon koński pokryty był masami nowotworowymi koloru sino-czarnego do tego stopnia, że korzonki nerwowe nie były wcale widoczne. Masy te nie tworzyły nigdzie guza skonsolidowanego, dawały się usuwać tylko po kawałku zapomocą łyżeczki. Sam nowotwór miał wygląd czarnej, epkłej pajęczyny, rwącej się na strzępy i pozostawiającej na 1prześcieradle ślad czarny, jak po sadzy. Obok tkanki nowotworowej widać było skrzepy krwi. Po usunięciu większej części tych mas nowotworowych udało się miejscami dostrzec korzonki ogona końskiego w postaci cienkich nitek. Opony wardej nie udało się zaszyć po ukończeniu operacji, gdyż rwała się w strzępy.

Ranę zaszyto niezupełnie, zostawiając w niej sączek. Badanie nowotworu, dokonane bezpośrednio po operacji (preparaty świeże z tkanki rozszczepionej w glicerynie oraz preparaty zamrażane), wykazało obecność komórek barwnikonośnych oraz wolny barwnik (melaninę).

Na preparatach, barwionych hematoksyliną-eozyną, uderza polimorfizm komórek nowotworowych; niektóre z nich przypominają komórki pełzakowate w różnych okresach rozwoju; jądra przeważnie nie widać, tam zaś, gdzie się jeszcze znajduje, leży na obwodzie i wykazuje wybitną piknozę. Komórki te wypełnione są barwnikiem drobnoziarnistym, koloru brązowego. Miejscami widać t. zw. komórki-cienie, zawierające nieznaczna ilość barwnika pod postacią pyłku. Jedna

z nich jest wydłużona i posiada długą wypustkę, tak, że przypomina kometę.

W parę dni po operacji zaczął wyciekać z rany pooperacyjnej płyn mózgoworodzeniowy i wydobywał się prawie bez przerwy w ciągu kilku dni, mimo, że chora ułożono w pozycji Trendelenburga. Wystąpiły bóle, zawroty głowy oraz wymioty, T^0 podniosła się powyżej 39^0 , a w końcu zjawily się gwałtowne bóle w kończynach dolnych. Sztywności karku nie stwierdzono.

W 3 tygodnie po operacji nastąpiło zejście śmiertelne. Badanie pośmiertne (dotyczące rdzenia, mózgu i nadnerczy) wykazało: w okolicy ogona końskiego pozostało już niewiele mas nowotworowych. Korzonki oblepione temi masami posklejane były ze sobą. W rdzeniu, powyżej ogona końskiego, podobnie jak i w mózgu, golem okiem nowotworu nie stwierdzono.

Badanie drobnovidzowe: na preparatach z ogona końskiego widać już golem okiem skupienie barwnika w 4 miejscach, pod mikroskopem, przy najsłabszym powiększeniu, widać jeszcze kilka ognisk mniejszych. Tkanka nowotworowa otacza korzonki ogona końskiego, nie wykazując przytem wielkiej skłonności do wrastania wgłąb korzonka. Miejscami tylko widać nacieczenia komórkami nowotworowymi w postaci smug w obrzeżnej części korzonka i wzdłuż przegródek wewnętrznych.

Jak to już wykazało badanie histologiczne kawałków guza, usuniętych podczas operacji, nowotwór składa się z komórek różnego kształtu, a więc z komórek wydłużonych z jądrem również podłużnym, z komórek owalnych średniej wielkości, w których często widać mitozy, z komórek okrągłych, trójkątnych, a wreszcie z komórek rozgałęzionych, t. j. z właściwych chromatoforów. Większość tych komórek zawiera barwnik w większej lub mniejszej ilości, w postaci ziarenek koloru brunatnego.

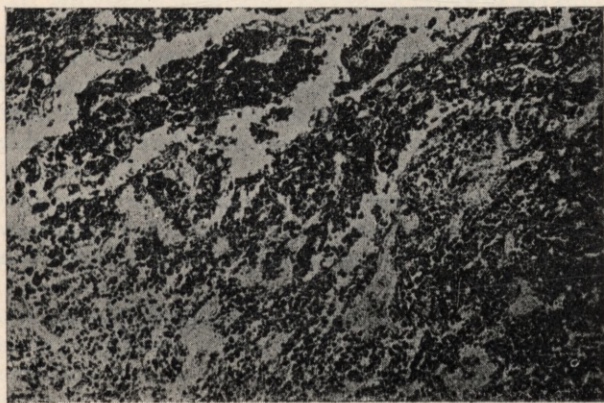


Fig. 1.

Niektóre komórki wypełnione są barwnikiem po brzegi, dzięki czemu uwidoczniają się ich kontury; jądro jest przeważnie niewidoczne. W niektórych komórkach barwnik zatracza charakter ziarnisty i robi wrażenie jednolitej, zbitej masy. Granice tych komórek są ostrzejsze, niż komórek o barwniku ziarnistym.

Komórki nowotworowe ułożone są przeważnie w postaci białeczek, które miejscami, krzyżując się, tworzą jakby oczka bez komórek wyściółkowych na ścianach wewnętrznych. Komórki nowotworowe, leżące między temi oczkami, wykazują właśnie jaknajdalej posuniętą wielopostaciowość.

Na preparatach uderza skąpo rozwinięte podścielisko. Widać w niem wolny obfity pigment drobnoziarnisty. Zwłaszcza tam, gdzie nowotwór uległ zmianom nekrotycznym, całe podścielisko usiane jest ziarenkami pigmentu.

Na preparatach z rdzenia lędźwiowego widać komórki nowotworowe w oponach miękkich (szczególnie w pia mater), leżące pojedynczo lub też tworzące całe skupienia. Mają one kształt wrzecionowaty lub też owalny i wypełnione są barwnikiem. Oprócz komórek widać tu też barwnik wolny, szczególnie w pajęczynówce, gdzie komórki są nieliczne. W *fissura anterior* widać tuż obok przegrody parę komórek barwnikonośnych z wypustkami; poza tem ani w oponach, wrastających w rdzeń, ani też w samym miąższu rdzenia komórek nowotworowych nie stwierdzono.

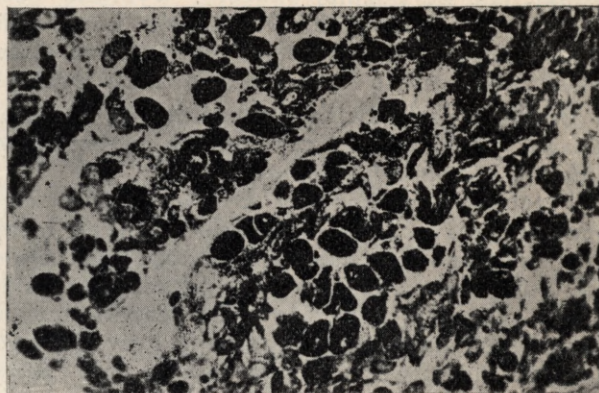


Fig. 2.

W naczyniach oponowych (większych) widać miejscami komórki okrągłe, wypełnione barwnikiem, oraz barwnik wolny w dużej ilości. (Jest to po większej części hemosydera, gdyż odczyn na obecność żelaza wypadł dodatnio, w przeciwstawieniu do barwnika, zawartego w komórkach nowotworowych oraz w podścielisku).

Również na preparatach z rdzenia grzbietowego (dolnego, środkowego i górnego) stwierdza się w oponach miękkich komórki nowotworowe barwnikonośne, leżące pojedynczo lub grupami w postaci gniazd i smug, otoczonych lub przeplatanych białymi ciałkami krwi. Nie różnią się one kształtem od komórek, poprzednio opisanych. W oponach miękkich rdzenia zycznego komórek nowotworowych nie stwierdza się.

Oprócz nacieków komórkami nowotworowymi, wykazują opony miękkie na całej rozciągłości rdzenia bardzo liczne nacieki zapalne. Występują one również w oponach mózgu, jakkolwiek w stopniu nieco słabszym.

Streszczenie. W przypadku tym, dotyczącym kobiety 34-letniej, cierpienie rozwijało się w ciągu 5 lat, w czasie których chora odczuwała bóle o charakterze napadowym to w jednej, to w drugiej kończynie dolnej oraz w okolicy krzyżowej. Zaznaczyć należy, że bóle w kończynach, określone przez chorą jako „łamanie”, nie miały charakteru bólów korzonkowych.

Pod koniec 5-go roku choroby wystąpił niedowład odcinków obwodowych obu kończyn dolnych. Kiedy znikły odruchy kolanowe i ze ścięgien Achillesa — trudno ustalić. Zespół objawów przedmiotowych (niedowład odcinków obwodowych obu kończyn dolnych, brak PR i AR), jak również zmiany w płynie mózg.-rdz. (ksantochromja, nadmiar włókienka, wybitnie dodatni odczyn Nonne-Appelta przy braku pleocytozy), wskazywały na sprawę uciskową w okolicy ogona końskiego. Zespół ten nie był jednak zupełnie typowy dla guzów ogona końskiego, brak bowiem było zaburzeń ze strony zwieraczy, przedmiotowych zaburzeń czucia, jak również właściwych bólów korzon-

kowych, Z drugiej zaś strony brak odruchów brzusznych (dolnych) nie należy do tego zespołu.

Przez zastosowanie próby lipjodolowej (od góry i od dołu) udało się jednak zupełnie dokładnie umiejscowić sprawę uciskową między górnym brzegiem III. kręgu lędźwiowego a $\frac{1}{2}$ IV-go kręgu lędźwiowego. Podczas operacji znaleziono istotnie w temże miejscu rozlane masy nowotworowe, przykrywające do tego stopnia ogon koński, że korzonki, jak się później okazało, wybitnie ścieńczały, były niewidoczne. Nowotwór konsystencji miękkiej, koloru sino-czarnego, rwał się na strzępy i dawał się usuwać tylko po kawałku łyżeczką.

Badanie drobnowidzowe usuniętych kawałków wykazało, że mamy do czynienia z guzem barwnikonośnym (*chromatophoroma*).

Przebieg pooperacyjny był wyjątkowo ciężki z powodu ustawicznego wyciekania płynu mózgowo-rdzeniowego oraz następczego zapalenia ropnego opon, które było bezpośrednią przyczyną śmierci. Badanie sekcyjne wykazało tylko resztki mas nowotworowych na miejscu operacji. Powyżej ogona końskiego nowotworu gołym okiem nie zauważono.

Badanie histologiczne wykazało, że guz składał się z komórek różnego kształtu i wielkości, ułożonych przeważnie w postaci beleczek. Większość tych komórek zawierała pigment brązowy w postaci ziarenek lub też zbitej masy. W podścielisku, bardzo słabo rozwiniętem, znajdo-

wał się również pigment w postaci ziarenek lub też większych skupień. Masy nowotworowe, otaczające korzonki, wrosły tylko miejscami wgłąb korzonków. Opona twarda wykazywała również w niektórych miejscach nacieczenia komórkami nowotworowymi. W oponach miękkich rdzenia lędźwiowego i grzbietowego stwierdza się również komórki nowotworowe, zawierające barwnik, leżące pojedynczo lub grupami. W samym miąższu rdzenia nowotworu nie stwierdzono.

Przypuszczamy, że mamy tu do czynienia z guzem barwnikonośnym rdzenia, najprawdopodobniej pierwotnym, gdyż nie stwierdziliśmy za życia u chorej żadnych znamion barwnikowych skóry, ani też zmian ze strony gałek ocznych, które to narządy, jak wiadomo, bywają głównie punktem wyjścia tego rodzaju nowotworów. W nadnerczach badanych histologicznie, również zmian nie stwierdzono. Inne narządy wewnętrzne wykazywały za życia czynność prawidłową, jest zatem wielkie prawdopodobieństwo, że nie były siedliskiem guza złośliwego. Za guzem pierwotnym przemawia również bardzo powolny rozwój cierpienia.

W przypadku tym, w przeciwieństwie do analogicznych przypadków, znanych z piśmienictwa, udało się rozpoznać *chromatophoroma* jeszcze za życia, a mianowicie bezpośrednio po operacji.

(Dok. nast.)

Z kliniki, szpitali pracowni

Z Zakładu Gin.-pol. Tow. Pom. ubog. Matkom w Warszawie.

(Lekarz naczelny: Dr. med. Z. Endelman).

Myomectomy sub graviditate.

Podał

Dr. med. M. TAUBENHAUS, asystent zakładu (Warszawa)

O ile mięśniaki macicy są schorzeniem częstym, występując u około 20% kobiet w wieku powyżej lat 35 i stanowiąc, jak zgodnie podają zestawienia różnych autorów (Albrecht, Rosner, Monsiowski), blisko 5% wszelkich wogóle schorzeń narządu rodowego, z powodu których chore zgłaszają się do ginekologa, o tyle współistnienie mięśniaków macicy i ciąży daje się spostrzegać nieporównanie rzadziej.

Ze statystyki Boeckha okazuje się, iż największa liczba porodów przypada na wiek między 20 a 30 rokiem życia, podczas gdy mięśniaki najczęściej występują między 40 a 50 rokiem życia.

Pinard np. na 31915 ciąż spostrzegł mięśniaki macicy 85 razy, Schauta na 55311 ciąż—54, Ganelina na 94982 zaledwie 31 razy. Tem rzadsze są powikłania ciąży mięśniakami, powikłania w ścisłym znaczeniu tego wyrazu, t.j. dające wskazanie do zabiegu operacyjnego. Tak np. w Klinice Uniwersyteckiej w Krakowie w okresie 1908—1923 r. spostrzegano zaledwie 32 przypadki takich powikłań ciąży (Keller), w Klinice Uniwersyteckiej Charité w Berlinie w ciągu 10 lat—29, w Klinice Uniwersyteckiej w Heidelbergu w czasie między 1890—1921 r.

operowano tylko 16 razy mięśniaki u kobiet ciężarnych (Reiss). W Zakładzie Gin.-Pol. Tow. Pom. Ubogim Matkom na 94 zoperowane mięśniaki macicy (1919—1929) obserwowano jedynie 2 razy powikłania w ciąży.

Jeden z tych przypadków, przedstawiony na posiedzeniu Warsz. Tow. Gin., dotyczy chorej L. Ł., lat 30, która skierowana została do Zakładu przez d-ra Z. Endelmana 16.XII 1929 r.

Wywiady przedstawiały się następująco: Chora zameżna od 8 miesięcy. Nie rodziła, nie ronila. Perjody od 14 roku życia, co 4 tygodnie, 3 dni trwające, mierne, niebolesne. Ostatni na czasie przed 5 miesiącami 19—21.VII 1929 r. Począwszy od 4 miesiąca ciąży wystąpiły bóle brzucha z towarzyszącym im uczuciem rozpierania i wzrastającego ciężaru. Ostatnio bóle te nasiliły się, przyczem zjawił się utrudniony oddech, co skłoniło chorą do zwrócenia się o poradę do lekarza. Przez cały okres ciąży wymiotuje. Stolce silnie zaparte. Poza tem naogół nie chorowała.

Przy badaniu zmian w płucach i sercu nie stwierdzono. Brzuch znacznie powiększony, przez powłoki brzuszne wyczuwa się ciężarną macicę; dno jej dochodzi na 1 palec powyżej pępka. Ponad miękką ciężarną macicą wyczuwa się twardy guz wielkości głowy dorosłego człowieka, dochodzący do wyrostka mieczykowatego, ruchomy. Guz ten znajduje się w połączeniu z macicą. W przydatkach zmian nie stwierdzono. Wobec powyższego rozpoznał dr. Endelman *myoma sub graviditate* i zdecydował z powodu wielkich rozmiarów guza, bólów i objawów uciskowych dokonać laparotomii.

Po rozcięciu powłok brzusznych stwierdzono obecność

kilku mięśniaków podsurowicznych. Podstawa jednego z nich, największego, wielkości głowy dorosłego człowieka, znajdowała się w szerokim połączeniu z lewą połową trzonu macicy; podstawa tego guza miała szerokość dłoni, dwa inne guzy, wielkości mandarynki, połączone były z ciężarną macicą za pomocą krótkiej szypuły. Po nacięciu otrzewny wokół dużego guza wyluszczone go. Po wyluszczeniu na miejscu enukleacji pozostała papierowo cienka ściana macicy, przez którą wyczuwały się części płodu. Powierzchnia enukleacyjna, z której w kilku miejscach obficie krwawiły naczynia, była zeszyta szwem dwupiętrowym strunowym. Dwa inne guzy podsurowiczne, jeden—wielkości małej mandarynki, drugi—orzecha włoskiego, również wyluszczone. Usypienie eterowe. Operował dr. Z. Endelman.

Trzeciego dnia po dokonanej operacji, mimo podawania maku, wśród wymiotów nastąpiło samistne poronienie 5-miesięcznego płodu. Dalszy przebieg okresu zdrowienia bez powikłań. Rana zagojona *per primam*. Po 14-dniowym pobycie w Zakładzie wypisana w dobrym stanie zdrowia.

Przypadek ten zakończył się zatem, jeśli chodzi o utrzymanie ciąży, niepomyślnie, podobnie, zresztą, jak to się dzieje w około 25% wszystkich wogóle przypadków operacyjnego usuwania mięśniaków w ciąży, o czym słów kilka poniżej.

Przy tej sposobności pragnę pokrótce omówić sprawę operowania mięśniaków w ciąży, a w szczególności wskazania do operacji, rokowanie *quo ad graviditatem* po zabiegach konserwatywnych, wreszcie technikę operacyjną.

O ile stosunkowo nie tak dawno jeszcze samo stwierdzenie mięśniaków w ciąży stanowiło wskazanie operacyjne, to obecnie powszechnie ustalił się pogląd, iż operować mięśniaki macicy w ciąży wolno i należy tylko wówczas, gdy one wywołują poważne zaburzenia, zagrażające zdrowiu i życiu chorej. Na szczęście, jak już wyżej miałem możność podkreślić, dzieje się to względnie rzadko, zwłaszcza, jeśli chodzi o zaburzenia natury mechanicznej, co tłumaczyć należy z jednej strony znacznymi możliwościami dyslokacji mięśniaków w ciąży, z drugiej zaś—prawie stale występującym na skutek przekrwienia i obrzęku rozmiękaniem, powodującym niezwykle plastyczność i przystosowalność mięśniaków do zmienionych warunków przestrzennych.

Ze wskazań operacyjnych na pierwszy plan wysuwa się nadmierny i szybki wzrost guza.

Nie bacząc na to, że niektórzy autorowie spostrzegali w ciąży zatrzymanie wzrostu mięśniaków (Emmet), względnie zmniejszenie ich rozmiarów (Pinard), a nawet całkowite zniknięcie (Opitz), podkreślić należy, iż w przytłaczającej większości przypadków mięśniaki w ciąży rosną i to nieraz bardzo wydatnie (Schallehn), z jednej strony z powodu wzmożonego krążenia, z drugiej—obrzękując wskutek zaburzeń krążenia (Rosner). Spostrzegano podobne do wyżej opisanego przypadki, w których ciężarna macica sięgała do pępka, a guz, względnie guzy, z nią zrosnięte, dochodziły do wyrostka miednicowego, tak, że zarysy brzucha odpowiadały końcowi ciąży.

Ten nadmierny i szybki wzrost guza powoduje, poza niemożnością pomieszczenia macicy ciężarnej w jamie brzusznej, wysokie ustawienie przepony, zaburzenia w oddychaniu i czynności serca, i wreszcie, ucisk na narządy jamy brzusznej. Rozwijając się wśródblaszkowo, guzy mogą uciskać na moczowód, sprowadzając zastój w nim i miedniczkach; ucisk na

sploty nerwowe wywołuje nerwobóle i t. p. (Keller). Zaburzenia te, acz bezpośrednio niebezpieczeństwa dla chorej nie przedstawiają, są jednak dostatecznie poważne, by stanowiły wskazanie do zabiegu operacyjnego. Znacznych rozmiarów guzy operowali z powodu bólów i objawów uciskowych Holzapfel, usuwając w 5-ym miesiącu ciąży mięśniak wagi 2240 gr.; Florenthal, który usunął dwa mięśniaki wielkości głowy dorosłego człowieka i jeden wielkości pięści; Moure wyluszczył w 5-ym miesiącu ciąży mięśniak wielkości głowy dziecka; Messa również w 5-ym miesiącu ciąży dokonał enukleacji 2-ch mięśniaków, razem wagi 980 gr. Z. Endelman wyluszczył w 4-mies. ciąży cztery mięśniaki, z których dwa posiadały wielkość pomarańczy jaskowej; ciąża doszła do końca, poród miał przebieg prawidłowy. W naszym przypadku usunięte również w 5-ym miesiącu ciąży mięśniaki ważyły razem 1160 gr. Zwraca uwagę, iż w tych przypadkach, podobnie jak w kilku innych, operowanych na Oddziale Ginekologicznym Szpitala Przemienienia Pańskiego w Warszawie, operacje były dokonane w 5-ym miesiącu ciąży, co tłumaczy się tem, że w tym okresie ciąży wielkie guzy wraz z rosnącą wciąż macicą wypełniają całkowicie jamę brzuszną.

Pozwoliłbym sobie nawet wyciągnąć stąd wniosek, że decyzję co do operowania mięśniaków z powodu znacznej ich wielkości powinniśmy odkładać na ten właśnie okres ciąży, i w razie, jeśli wówczas występują wybitne objawy uciskowe, przystąpić do wykonania operacji.

Jeżeli żadnych objawów uciskowych w tym okresie niema, możemy być spokojni o dalszy przebieg ciąży, mimo, iż towarzyszące jej mięśniaki są dużych rozmiarów. (Oczywiście, jeśli nie będą miały miejsca inne powikłania, o których mowa poniżej).

Z kolei poważnem i stosunkowo częstem powikłaniem mięśniaków w ciąży, stanowiącem wskazanie operacyjne, jest martwica guza. Jeśli ciąża wpływa na ogół pomyślnie na rozwój mięśniaków przez rozszerzenie naczyń krwionośnych i chłonnych, to z drugiej strony wzmożony wzrost i ucisk macicy ciężarnej, gdy chodzi o mięśniaki podsurowiczne, względnie przesunięcie się warstw mięsnych obok mięśniaków w przypadkach guzów śródściennych, może przez mechaniczne zaciśnięcie lub zwężenie naczyń, odżywiających mięśniaki, prowadzić do częściowej lub całkowitej martwicy (Albrecht, Guggisberg, Rosner). Częściej zdarza się to w położu, do czego przyczynia się zwijanie się macicy i wspomniane przesuwanie się warstw mięsnych. W ciąży spostrzegano nieraz martwicę w związku z urazem (Grasse, Küttner, Engström).

Przypadki martwicy dotyczą przeważnie dużych guzów trzonu, zaś postać martwicy, nazwana przez angielskich badaczy *red or carnos degeneration*—czerwone lub mięsiste zwyrodnienie—ma według nich być mniej więcej charakterystyczne dla ciąży. Objawy kliniczne, jakie występują w martwicy mięśniaków, są dość znamienne: gwałtowne bóle, objawy podrażnienia otrzewny, ciężki stan ogólny. Dotyczy to przeważnie mięśniaków podsurowicznych. W śródściennych występuje zwykle tylko bolesność macicy w miejscu guza przy podwyższonej ciepłocie, w podśluzowych dołączają się obfitsze upławy (Kosmak). Znamienią pozatem jest obecność acetonu w moczu.

Martwica guza, aczkolwiek w ciąży sama przez

się, mimo gwałtownych objawów, nie jest groźna, to jednak przedstawia duże niebezpieczeństwo ze względu na to, iż szczególnie w połogu (choć zdarza się to, rzadziej, co prawda, i w ciąży i to zwykle w późniejszych miesiącach) łatwo występuje zakażenie zmartwiałego guza, które prowadzić może do zropienia i zgorzeli, ewentualnie do ostrego ropnego zapalenia otrzewny, lub przewlekłej posocznicy (Albrecht). Nie trzeba chyba podkreślać, iż w tych przypadkach natychmiastowa operacja jest konieczna.

Wspomnę też, iż zupełna martwica mięśniaka w późniejszych miesiącach ciąży może dawać obraz przedwczesnego odklejenia łożyska, jak np. w przypadku Jonasa, który z tem rozpoznaniem wykonał *hysterotomiam anteriorem* i opróżnił macicę, a po 6 tygodniach z powodu silnych krwawień i bólów zmuszony był usunąć całkowicie zmartwiałą mięśniak wraz z macicą. Mięśniaki macicy z powodu martwicy lub zakażenia operowali Hoehne, Marto, Simon, Rosner, Brindeau i de Soubry i wielu innych, a Guggisberg na 16 usuniętych z powodu powikłań w ciąży macic mięśniakowatych stwierdził 7 razy guzy zmartwiałe.

Ciężkie zaburzenia, nakazujące zawsze wykonać nie laparotomji, dają, na szczęście, bardzo rzadkie przypadki skrętu szypuły mięśniaka, względnie skrętu (*torsio*) szyi, czyli t. zw. skrętu osiowy mięśniakowatej macicy ciężarnej.

Z zestawienia przypadków, zebranych w piśmiennictwie przez Troella wynika, iż ciąża uspasabia do skrętu mięśniaki uszypułowane (ciąża sprzyja również skrętowi guzów jajnikowych). Na 68 skrzęconych mięśniaków, podaje Troell, 13 miało miejsce w macicy ciężarnej, co wynosi 19%. Objawy kliniczne są podobne do tych, jakie obserwujemy i w przypadkach macicy nieciężarnej. A więc występuje nagły napad zwykle gwałtownego bólu i objawy otrzewnowe z podniesieniem ciepłoty, silnym bólem w okolicy guza skręconego, wzdęciem brzucha, obroną mięśniową, wymiotami i t. p. Najczęściej, objawy występowały w 3—5 miesiącu ciąży. W niektórych przypadkach następowało poronienie.

Skręt szyi czyli skręt osiowy mięśniakowatej macicy ciężarnej, znalazł Troell w piśmiennictwie w 21 przypadkach. Chodziło w tych razach zawsze

o pierwiastki stare, u których skręt występował między 2—7 miesiącem ciąży i zwykle powodowany był przez duże mięśniaki śródściennne. Skłonność do występowania tego powikłania tłumaczą (Albrecht) rozmiękaniem i rozpułchnieniem szyi, stanowiącej ruchomą szypułę dla ciężarnego trzonu macicy z mięśniami, które, rosnąc, zmuszone są przystosować się do zmienionych stosunków przestrzennych, co w pewnych warunkach prowadzi do skrętu szyi. I w tych przypadkach spotykano, podobnie jak wyżej, burzliwe objawy otrzewnowe, gwałtowne bóle, i, jako objaw charakterystyczny, często występowała ischurja. Obserwowano również *ileus* (Riehl).

Wskazaniem względem do zabiegu operacyjnego jest uwięźnięcie tyłozgiętej lub tyłopochylonej mięśniakowatej macicy ciężarnej. W przeważającej liczbie przypadków objawy alarmujące, w postaci zamknięcia jelit i pęcherza, bólów (często o charakterze skurczów porodowych), czasem podwyższenia ciepłoty znikają na skutek samoistnego podniesienia macicy i przesunięcia guza ku górze. Ale na takie samowyleczenie długo czekać nie wolno, gdyż w pewnej liczbie przypadków niezwykle szybko występują ciężkie powikłania, obumarcie płodu, poronienie, *ileus*, *peritonitis* (Albrecht). Pęknięcia macicy nie opisano. Troell w całym piśmiennictwie nie znalazł pewnego przypadku pęknięcia macicy przy mięśniakach i ciąży, choć Troell, Hermann i Spencer widzieli podczas operacji duże napięcie i ścięcenie przedniej ściany macicy.

Omawiając powyższe, najczęściej w grę wchodzące wskazania, pragnę wreszcie, zgodnie z poglądami różnych autorów, podkreślić, iż sprawa operowania mięśniaków w ciąży wymaga ścisłej indywidualizacji, gdyż zdarzyć się mogą powikłania nieprzewidziane i dotąd niespotykane, a tak groźne, iż stanowią nieraz o życiu chorej. Taki np. niezwykley przypadek, bodaj czy nie jedyny w kazuistyce, opisali Brindeau i de Soubry, którzy usunięcia macicy z dobrym wynikiem dokonali na 6-miesięcznej ciężarnej mięśniakowatej macicy przy odklejeniu łożyska i zropieniu miejsca krwawiącego z następczem zakrzepowem zapaleniem żył.

(Dok. nast.).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

W sprawie patogenyzy wyprysku (eczema).

Podał

Stefan HIRSZBERG (Warszawa).

Pojęcie wyprysku w świetle współczesnej dermatologii przestało być jednostką nozologiczną jednolitą, a stanowi kompleks zmian skórnych, które nie jako wtórnie powstają na podłożu zmienionych własności anatomicznych lub fizjologicznych skóry. Ich cechą wspólną jest zawsze tworzenie się pęcherzyków, wysięku surowiczego, strupów lub wreszcie złuszczenia w rozmaitej postaci. Rozgraniczenie poszczególnych obrazów klinicznych jest w wielu przy-

padkach niezmiernie trudne, i stąd staje się zrozumiałem, dlaczego do wyprysku tak często zalicza się najrozmaitsze cierpienia typu pęcherzykowego, nie łączyjąc dermatoz złuszczących, których początek mógł mieć charakter pęcherzykowy. Praca nad klasyfikacją poszczególnych typów wyprysku, pomimo ogromnych trudności, posuwa się napród i wnosi powoli światło w ciemną jeszcze dziedzinę patogenyzy tego cierpienia.

Zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości, że czynniki zewnętrzne same przez się nie wystarczają do wywołania wyprysku. Pod ich wpływem mogą powstać tylko przejściowe, krótkotrwałe zmiany „wypryskowe”, które podobieństwem swem do istot-

nego wyprysku mogą wprowadzić w błąd badającego. Teorje bakteryjnego pochodzenia wyprysku, w tej formie, w jaką starał się ująć je Unna, nie ostały się w świetle współczesnej krytyki naukowej; mikrokokki, uważane przez niego za drobnoustrój swoisty, dawno już zostały zidentyfikowane, jako jedna z odmian pospolitego gronkowca skóry, zjawiającego się na terenie wyprysku przy wtórnych, liszajcowatych zmianach. Z drugiej zaś strony bardzo często popełnia się błąd rozpoznawczy, stwierdzając wyprysk tam, gdzie na tle przewlekłego świądu, jak np. w neurodermitach Brocq'a, Villana, powstają obrazy, wielce zbliżone do wyprysku, które Besnier słusznie nazwał wtórną ekzematyzacją. Niezmiernie trudna praca nad zróżniczkowaniem poszczególnych typów wyprysku zmusza badaczy do wprowadzenia nowych pojęć i nowej nomenklatury naukowej, która zdobywa sobie obywatelstwo w miarę wypełnienia się luk w normalnej i patologicznej fizjologii skóry. Temi samymi przesłankami kierował się Darier, określając mianem ekzematydów cierpienia pęcherzykowo-złuszczone, powstałe na tle charakterystycznej skazy skórnej, ujętej przez niego w kompleks kerozy.

Nie mogąc jeszcze do niedawna ująć wyprysku ani z etiologicznego, ani symptomatycznego punktu widzenia, musieliśmy zadawać się definicją czysto anatomiczną. Dopiero pogłębienie metod laboratoryjnych pozwoliło wyodrębnić typ schorzenia, zdradzającego duże podobieństwo do wyprysku, lecz różniącego się mniejszą skłonnością do nawrotów i tendencją do szybszego wyłeczenia. Zgodnie z badaniami Krzysztalowicza, tło tych zmian jest niewątpliwie natury zakaźnej, i z tego tytułu należy je odnieść raczej do grupy „wypryskowatej”. Stwierdzając stale w wykwitach obecność paciorkowca, autor jest zdania, że najodpowiedniejszą nazwą dla tej postaci jest *dermo-epidermitis streptococcica*. Pomimo wielopostaciowości wykwitów na pierwszy plan wysuwa się obfity wysięk surowiczy, który jest tu objawem stałym dominującym. Charakter sprawy oraz częstość wtórnego złuszczenia stawiają tę formę na pograniczu liszajca i zmian „wypryskowatych”. Typ cierpienia, które Gougerot wyodrębnił jako jedną z form epidermodermatów, powstających w otoczeniu ran, ma również tło niewątpliwie bakteryjne.

Jakkolwiek i tu konstytucja musi odgrywać pewną rolę, mechanizm powstawania powyższych zmian nie jest tak złożony i różnorodny, jak w wyprysku samorodnym. W tej postaci bowiem na pierwszy plan wysuwa się usposobienie osobnicze, którego wyrazem jest pewien stan uczulenia skóry na swoiste lub nieswoiste bodźce. Bloch nazywa ten stan alergią idiosynkratyczną. Jego zdaniem, źródłem tworzenia się przeciwciał jest naskórek. Antygenami mogą być substancje najpospolitsze, znajdujące się wszędzie, jak kurz, pyłki roślinne (primula), włosy zwierzęce, zatem czynniki, na które dotąd nie zwracano uwagi. Działają one na uczuloną skórę niepostrzeżenie jako drobne, lecz stale bodźce, których suma decyduje o wybuchu cierpienia. Bodźce te, zdaniem R. Bernharda mogą być jednorodne, j. np. w wypadku uczulenia na primulę, lub skombinowane z szeregu różnorodnych substancji; mówimy wówczas o uczuleniu wieloważnem. Na terenach łojotokowych z tendencją do parakeratozy takimi antygenami mogą być banalne i łagodne infekcje pykokami i epidermofitami. Zdaniem Jaussiona, Cosai Sohiera, pozosta-

wiają one stan uczulenia, który ujawnia się w reakcji skóry na najdrobniejsze nawet ułamki tych antygenów. Prowadzone systematycznie od szeregu lat badania Blocha i Jadassohna stwierdziły, że skóra osobnika normalnego (t. zn. niedotkniętego wypryskiem), będąc w kontakcie przez 24 godziny z obcem białkiem, jak np. białko jaja kurzego, lub rozmaitemi środkami drażniącymi, jak rezorcyna, sublimat, formalina, terpentyna, chinina, jodoform reaguje powstawaniem zmian wypryskowych tylko w 5 % przypadków; skóra ludzi ze skłonnością do wyprysku jest pod tym względem 6—7 razy czulsza (30%). Próbę odczulenia (desensybilizacji) olejkami terpentynowym, zależnie od natężenia powstałej reakcji, Bloch dzieli na 5 stopni, poczynając od nieznacznego obrzęku i zaczerwienienia, aż do tworzenia się typowych pęcherzyków wypryskowych. W toku doświadczeń okazało się, że w procesie uczulania skóry substancje drażniące niekoniecznie muszą działać od zewnątrz: w niektórych bowiem przypadkach wystarczy wprowadzić drogą doustną minimalne ilości jądów chemicznych, aby wywołać efekt. Zdaniem tego autora, nie posiadamy obiektywnego kryterium, które sankcjonowałoby podział na wypryski, powstałe po drażnieniu (*dermatitis artificialis*) i wypryski samorodne.

Od chwili, kiedy patologia humoralna poczyniła duże postępy w dziedzinie badań nad stanami uczulania (Ravaut, Jaussion), udało się bliżej wniknąć w niewyjaśnioną dotychczas istotę pewnych cierpień skóry. Do grupy tych cierpień w pierwszym rzędzie należy wyprysk. Stan swoistego uczulenia wyjaśnia poniekąd pochodzenie lokalnych zmian wypryskowych, nie tłumaczy jednakże istoty konstytucyjnych własności skóry na tle których rozwija się wyprysk. To też jedni badacze chcą widzieć przyczynę w zaburzeniach wewnętrznego wydzielania tarczycy, gruczołów płciowych i przysadki (Winstel, Carillon), drudzy w wahaniach ilości cukru, cholesteryny, wapnia, siarki lub innych składników krwi.

Jeszcze w roku 1926 Drouet i Verain na zjeździe dermatologicznym w Nancy podkreślali znaczenie przemiany podstawowej w powstawaniu wyprysku. Byli oni wówczas zdania, że w stanach wypryskowych organizm prawie stale zdradza tendencję do kwasicy. Dokładniejsze badania, podjęte ostatnio przez Spillmanna ze współudziałem powyższych autorów, nie potwierdziły jednakże wcześniejszych obserwacji. Wyniki wskazywały, że w wyprysku kwasica i alkalozja występują mniej więcej w jednakowej liczbie przypadków.

Jakkolwiek, zdaniem Schürscha, substancje przemiany fizjologicznej nie mają żadnego wpływu na powstawanie wyprysku, fakt ten nie rozwiązuje jeszcze znaczenia przemiany podstawowej w warunkach swoistego uczulenia skóry. W istocie nikomu nie udało się stwierdzić, aby zaburzenia metabolizmu mogły być bezpośrednią przyczyną wyprysku, i nikt dotychczas nie wykrył we krwi chorego substancji, które wprowadzone do zdrowego organizmu, wywołałyby typowy wyprysk. Szereg badań doświadczalnych i klinicznych zdaje się jednak całkowicie potwierdzać pogląd, przypisujący wypryskowi charakter odczynu alergicznego, podobnie jak astma, choroba posurowicza, pokrzywka i inne. Musimy zatem przyjąć, że dla powstawania wyprysku niezbędne jest zetknięcie się antygeny ze swoistymi przeciwciałami, utrwalałymi prawdopo-

dobnie w naskórku. Badania Prausnitza i Küstnera, stwierdzające możność przenoszenia stanów idiosynkrazji z osobnika na osobnika, nie obalają jeszcze powyższego poglądu.

Uspodobienie indywidualne niezmiennie często wiąże się ze skazą moczanową, kamicą, przewlekłymi cierpieniami stawowymi, migrenami, nerwobólami, zatem z grupą cierpień, którą obejmujemy pojęciem skazy artretycznej. Takie czynniki, jak zaburzenia trawienia, błędy dietetyczne, nadużycia alkoholu i kofeiny, mogą być u osobników uczulonych powodem nagłego wybuchu wyprysku. Podobne znaczenie mają przewlekłe cierpienia wątroby, nerek i stany mocznicze.

Cukrzyca sama przez się nie stanowi tła dla powstawania wyprysku; jest ona tylko wykładnikiem zaburzeń wewnętrznych, w których wyprysk bywa częstym zjawiskiem. Za dowód tego może służyć fakt, że wahania w ilości wydzielanego cukru są niekiedy zupełnie równoległe do stanu zmian skórnych. Przypuszczano, że w czasie częstych, lecz przejściowych stanów hiperglikemji równowaga osmotyczna soków tkankowych utrzymuje się dzięki zastąpieniu chlorków

przez cukier gronowy. Wadlane przez skórę chlorki wywołują świąd i zmiany wypryskowe. Pogląd ten upadł jednakże z chwilą, kiedy Burgess dowiódł, że w okresie trwania wyprysku ilość chlorków we krwi nie odbiega od normy.

Rola układu nerwowego nie jest jeszcze dokładnie wyświetlona; nie ulega jednakże wątpliwości, że silne wstrząsy psychiczne, neurastenja, konstytucjonalne osłabienie układu nerwowego, zatem te same czynniki, które wywołują świąd pierwotny, mogą przyczynić się do powstawania wyprysku.

Z powyższych rozważań wynika, że odróżnianie poszczególnych postaci wyprysku jest bodaj jedną z najtrudniejszych dziedzin dermatologii. Ambulatoryjne badanie chorego w większości przypadków stawia lekarza wobec ogromnych trudności rozpoznawczych, które mogą skierować go na niewłaściwy wybór metody leczniczej. Znacznie szczęśliwsze pod tym względem warunki daje obserwacja kliniczna. Jedynie uwzględnienie wszelkich przesłanek indywidualnych, etjologicznych, wreszcie przebieg leczenia pozwoli uniknąć popołitego błędu włączania ogromnej liczby cierpień skórnych, których jedyną cechą wspólną jest tworzenie się pęcherzyków, do grupy wyprysku.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Choroby zakaźne.

B. DOLL. Profilaktyka błonicy w zakładach zamkniętych. (Med. Kl. Nr. 8/1930).

W internacie, mieszczącym około 200 dzieci, stwierdzono w ciągu 3-ch miesięcy 12 przypadków błonicy. W 3 dni po stwierdzeniu ostatniego przypadku przystąpiono do szczepienia ochronnego metodą Löwensteina. Od tego czasu nowych przypadków zachorowań na błonicę nie stwierdzono. Metoda polega na wcieraniu w skórę klatki piersiowej, pleców albo kończyn, poprzednio oczyszczoną alkoholem lub eterem, 2—3 cm.³ maści przeciwbłoniczej — do zupełnego zniknięcia. Powtarzamy ten zabieg jeszcze 2 razy w odstępach 14-dniowych. Na 165 szczepionych dzieci zaledwie u kilku wystąpił odczyn miejscowy w postaci *folliculitis*, który zresztą ustąpił po 2—3 dniach.

Podniesienia ciepłoty, ani pogorszenia samopoczucia nie stwierdzono.

M. Segal.

J. ZIKOWSKY. Przyczynę do czynnego uodpornienia przeciw błonicy zapomocą maści ochronnej przeciwbłoniczej według Löwensteina. (Wien. kl. Woch. Nr. 9/1930.)

Autor przytacza 6 przypadków, w których w 7—10 dni po pierwszym wtarceniu maści przeciwbłoniczej Löwensteina wystąpiła błonica, co przemawiałoby za powstawaniem fazy negatywnej w 8 do 14 dni po pierwszym wtarceniu maści. W dwóch przypadkach wystąpiła błonica w dwa i cztery tygodnie po wcieraniu maści.

Henryk Landau.

P. LEREBoullet i J. J. Gournay. Błonica u szczepionych. (Par. Méd. Nr. 50 1929).

Z 17000 dzieci, prawidłowo szczepionych trzykrotnie, stwierdzono bakteriologicznie błonicę tylko w pięciu przypadkach: jeden przypadek krupu, przebiegającego bardzo łagodnie, i cztery zapalenia migdałków, z których dwa okazały się anginami Vincenta u nosicieli prątków błoniczych. Z dzieci, którym zrobiono dwa zastrzyknięcia, zachorowało na bło-

nicę dziesięcioro, z dzieci, które otrzymały jedno zastrzyknięcie, piętnascioro. A więc autorzy mieli 5 przypadków błonicy u dzieci, prawidłowo szczepionych, a 25 u dzieci z niezupełnym szczepieniem, choć ostatnich było znacznie mniej, niż pierwszych. W zbiorowiskach dzieci (przytulki dla sierot szkoły), gdzie dokonywano masowo szczepień, nie było ani jednego przypadku błonicy wśród szczepionych. Istnieją niewątpliwie przypadki szczepień, w których dzieci się nie uodporniają i mogą zachorować na błonicę; u tych dzieci, mimo szczepienia, próba Schicka wypadła dodatnio. Lecz i w tych przypadkach błonica przebiega bardzo łagodnie, tak, że szczepienie, nie zapobiegając chorobie, polepsza jednak rokowanie. Często trudno jest rozstrzygnąć kwestję, czy ma się do czynienia z błonicą, czy też z anginą Vincenta lub banalną anginą u nosicieli prątków błoniczych; decydujące znaczenie ma w tych razach wynik próby Schicka.

Należy szczepić trzykrotnie: między pierwszym a drugim szczepieniem powinno być 3 tygodnie przerwy, między drugim a trzecim piętnaście dni, ilości anatoksyny winny kolejno wynosić pół, jeden, półtora cm³. Uodpornienia nie należy oczekiwać przed 6—8 tygodniami po ostatnim szczepieniu. Szczepienie winno być kontrolowane: w 4—6 tygodni po ostatnim szczepieniu należy wykonać próbę Schicka, a w razie jej dodatniego wyniku zrobić jeszcze jedno szczepienie.

Henryk Landau.

WOLFF S. Doległdziowe stosowanie surowicy przeciwbłoniczej. (Münch. med. Woch. Nr. 16—1930).

Dolegliwości ze strony krtani w przebiegu błonicy są mało groźne ze względu na szybkie ich ustępowanie po zastosowaniu surowicy. Poważniejsze są objawy ciężkiego zatrucia, jak wymioty, biegunka, biegota, niemiarowość serca, które występują już po wygojeniu się zmian w krtani. Objawy te wynikają z zatrucia jadem błoniczym ośrodków mózgowych. W. przypomina, że wymienione powikłania mózgowe łatwo można usunąć, a nawet nie dopuścić do ich wystąpienia przez doległdziowe wstrzykiwania surowicy przeciwbłoniczej.

F. Turyn.

M. LISBONNE, P. DEVÈZE i LABRAQUE-BORDE-NAVE. Przyczynek do leczenia nosicieli zarazków błoniczych oksychinoliną. (Paris Med. Nr. 10/1930.)

Dotychczas nie udało się znaleźć środka dezynfekcyjnego, któryby szybko wyjaławiał gardło nosicieli zarazków błoniczych. Badania laboratoryjne wykazały, że oksychinolina w środowisku białkowym (surowica) wywiera potężne działanie bakterjobójcze na prątki Loefflera. Wobec tego autorzy zaczęli stosować u nosicieli prątków błoniczych 1—2 razy dziennie insuflacje do jamy nosowo-gardzielowej proszku składającego się ze 100 gr. węglanu bizmutowego i zrazu 1 gr., a potem 2 gr. obojętnego siarczanu oksychinoliny. Z 15 przypadków, w ten sposób leczonych, w 14 znikły prątki błonicze po upływie 4—8 dni i tylko w jednym utrzymywały się jeszcze po 16 dniach.

Doświadczenie dotychczasowe opiera się na zbyt małej liczbie przypadków; pożądane byłoby skontrolowanie tej metody na większym materiale szpitalnym.

Henryk Landau.

Gruźlica.

∞ Prof. S. ENGEL und Prof. Cl. PIRQUET. Handbuch der Kindertuberkulose. (II Band 1930. Georg Thieme. Lipsk, str. 704, cena 120 mk. niem.).

Leży przed nami II-gi tom omawianego już przez nas na tem miejscu przed pół rokiem podręcznika. Obydwa te tomy składają się razem na 1590 stron i 8^o. To wielkie dzieło zostało wydane w ciągu niespełna roku w całości, co zasługuje na szczególne podkreślenie: przyzwyczajeni, bowiem, jesteśmy do tego, że takie wielkie podręczniki wychodzą bardzo powoli, co odrazu kładzie pewne piętno niejednokowej świeżości poszczególnych tomów. Redakcja niniejszego podręcznika oddaje prawie jednocześnie dzieło całkowicie zakończone.

Tom drugi omawia sprawę rozpoznawania (trzy artykuły Orela, Hemreicha, Wallgrena), rokowania (Gröer, Fröhlich, Neumann), zapobiegania (Braeuning, Hamburger, Nobel, Epstein) i leczenia gruźlicy dziecięcej, oświetlonego w 21 pracach. Na podkreślenie zasługuje tu rozdział o odżywianiu dzieci chorych na gruźlicę według systemu Pirqueta, napisany przez Nobla, najbliższego współpracownika twórcy systemu, i cały szereg rozdziałów, poświęconych leczeniu nad morzem i w górach pióra specjalistów, szczególnie obeznanych z warunkami klimatycznymi rozmaitych części Europy. Po rozdziałach, traktujących o fizjologii klimatu morskiego (Kestner) i górskiego (Durig), następują wskazówki, dotyczące leczenia nad morzem północnem (Häberlin z Wyk), na wybrzeżu holenderskiem (Gorter), na Bałtyku (Klotz), nad Adriatykiem (Mayerhofer, Sarcevic z Jugosławji), nawet nad morzem francuskim (Péhu, Dufourt) i inne, jak o leczeniu gruźlicy pozapłucnej (Bernhard z St. Moritz), o leczeniu w wysokich górach (Feer z Zurychu) i t. p. Wyszczególnienie rozdziałów zabraloby zbyt dużo miejsca. Widać w układzie niezwykle dbałość o możliwie wszechstronne ujęcie terapii i o dostarczenie niezgodnych wskazówek praktycznych. Dla czytelników amerykańskich najwidoczniej przeznaczony jest rozdział o leczeniu zakładowem w Stanach Zjednoczonych (Abt z Chicago). Dlaczego jednak w dziale leczenia znajdujemy omówienie zachorowalności i umieralności z gruźlicy wśród dzieci Stanów Zjednoczonych (Abt i Watson) — tego nie potrafim zrozumieć. By zakończyć ze stosunkami amerykańskimi, wymienię jeszcze niezmiernie interesujący rozdział Schicka o gruźlicy wśród dzieci w Ameryce (białych i czarnych), umieszczony w końcu książki. Rzecz

jasna, że nie pominięta została ortopedja (Spitz z Wiednia) i chirurgja gruźlicy płuc (Simon).

Oddzielny dział książki omawia gruźlicę jako klęskę społeczną z punktu widzenia statystyki, zapobiegania i prawodawstwa.

Nawet wpływ gruźlicy na ustrój i konstytucji na przebieg gruźlicy znalazły swych interpretatorów w osobach Kornfelda, Bauera, Ecksteina.

Jeśli wspomnę jeszcze o rozdziałach, omawiających gruźlicę w rozmaitych okresach dzieciństwa (Rietschel, Engel), jeśli podkreślę dążenie do bezstronności w przedstawieniu całokształtu gruźlicy dziecięcej przez udzielenie miejsca obecnym poglądom szkoły francuskiej, wypowiedzianym w oddzielnym rozdziale przez Péhu i Dufourta, to, zdaje się, w ogólnych zarysach wyczerpałem treść tej prawdziwie bogatej książki.

Przyznać trzeba, że jest to „podręcznik” w prawdziwym znaczeniu tego wyrazu, który istotnie warto mieć „pod ręką”, by w chwili potrzeby uzupełnić czy odświeżyć zasób swych wiadomości z zakresu gruźlicy dziecięcej. Niektóre rozdziały mogą służyć za wzór, jak należy pisać podręcznik.

O szacie zewnętrznej nie mam do powiedzenia nic nowego ponad to, co pisałem z okazji oceny I tomu: drugi tom jest również bez zarzutu pod tym względem.

M. Gantz.

V. POULSEN. Czy dzieci z dodatnim odczynem tuberkulinowym mogą być źródłem zarażenia? (Jahrb. für Kinderh. 75 tom, 34 zeszyt).

Autor badał u wszystkich dzieci, będących w szpitalu i wykazujących dodatni odczyn tuberkulinowy, treść żołądkową na obecność laseczników Kocha.

Z 67 dzieci w wieku od 2 miesięcy do 8 lat u 26-ku wynik badania był dodatni, przyczem olbrzymia większość prątkujących osobników (23 przypadki) przypadła na niemowlęta i małe dzieci do 3-ech lat. Z ogólnej liczby niemowląt prątkujących jedynie u połowy stwierdzać się dawały przy pomocy badania fizykalnego i rentgenologicznego rozległe procesy chorobowe w płucach, u pozostałych gruźlicę można było rozpoznać jedynie na zasadzie obecności laseczników Kocha. Tak częste wykrywanie laseczników u niemowląt objaśnia autor tem, że bada je się w chwili, kiedy ognisko pierwotne jeszcze nie zdążyło się zagoić, względnie dlatego że proces gruźliczy szerzy się z ogniska pierwotnego bezpośrednio na otaczającą tkankę płucną. U dzieci w 2-gim i 3-im roku życia laseczki wykrywa się już rzadziej, ponieważ ognisko pierwotne ma większą tendencję do gojenia się i rzadziej szerzy się zeń gruźlica *per continuitatem* na płuco.

Z badań swych wyciąga następujące wnioski: Niemowlęta z dodatnim odczynem tuberkulinowym mogą prawie zawsze szerzyć zarazę nawet przy braku zmian fizykalnych i rentgenologicznych w płucach. W mniejszym stopniu dotyczy to dzieci w 2-im i 3-im roku życia, jakkolwiek lepiej uważać je również za niebezpieczne. Natomiast dzieci powyżej 3-ech lat, wykazujące jedynie dodatni odczyn tuberkulinowy, i u których nie stwierdza się gruźlicy płuc lub opłucny, mogą przebywać z dziećmi niegruźliczymi. Dzieci z gruźliczem zapaleniem opon mózgowych uważać należy za mogące zarażać, ponieważ zapalenie opon jest jedną z lokalizacji gruźlicy prosówkowej, która prawie zawsze obejmuje również płuco. Autor z 6-ku przypadków gruźliczego zapalenia opon mózgowych w 3-ech wykrył laseczki w płwocinie. Z badań autora wynika ważne wskazanie społeczne — konieczność stworzenia specjalnego oddziału szpitalnego dla niemowląt i drobnych dzieci chorych na gruźlicę.

M. Stopnicka.

UHLENHUTH, MÜLLER i HILDEBRANDT. Wyniki przeciwczerwieni szczepień ochronnych cieląt przy pomocy różnych szczepionek. (D. m. W. Nr. 37, 1929)

Calmette otrzymał odporność przeciw gruźlicy cielęcej, stosując do uodpornienia osłabione prątki gruźlicy bydłej. Autorzy skontrolowali wpływ szczepu Calmetta i własnego Tb 18 w kierunku uodpornienia cieląt, przebywających w tych samych warunkach i poddanych przez okres 10 miesięcy wpływom prątków gruźliczych, wydalananych przez krowy chore na gruźlicę. Po tym przeciągu czasu wykonane badanie sekcyjne wykazało gruźlicę u zwierząt kontrolnych oraz gruźlicę postępującą prawie u wszystkich zwierząt, ochronnie szczepionych. W 2 przypadkach u zwierząt szczepionych w miejscu szczepienia stwierdzono miejscowe zmiany gruźlicze obok głębokich zmian w gruczołach limfatycznych. Szczep Calmetta nie wykazał lepszego działania w porównaniu z Tb18, tak, że w praktyce nie należy się wiele po nim spodziewać. Uodpornienie przeciw gruźlicy cielęcej pozostaje nadal jeszcze nie rozwiązane. Dalsze badania wykażą, czy uda się osiągnąć pożądane uodpornienie przez stosowanie doustne szczepionki nowonarodzonym cielętom.

Wanda Franzówna.

F. MATTAUSCH. Organoterapia gruźlicy. (Beitr. z. Kl. d. Tbrk. B. 72 H. 6 1929).

Stosując wyciąg całkowity śledziony w postaci preparatu Splenotratu u 38 gruźlików, autor zaobserwował następujące wyniki dodatnie: w drugim tygodniu leczenia nastąpiła poprawa subiektywna wskutek ustąpienia objawów toksycznych (poty, bóle głowy, brak apetytu). Jednocześnie dał się zaznaczyć spadek ciepłoty, dochodzącej dotychczas do 38°—39°. W obrazie krwi zaznaczyła się reakcja limfocytarna. Ilość płwociny znacznie się zmniejszyła.

Jednocześnie celem poprawy upośledzonej przemiany materii podaje autor preparat Soluga, zawierający naświetlaną ergosterynę, wyciąg z wątroby, wysokowartościowe substancje białkowe i kilka składników nieorganicznych.

M. Segal.

Choroby narządów trawienia.

∞ Prof. Dr. Paul ZANDER. Das Für und Wider der chirurgischen Behandlung des Gallenleidens. Thieme, 1930, str. 89. cena M. 8.50.

Panuje dotychczas wielka rozbieżność zdań pomiędzy internistami i chirurgami co do wskazań i wyników operacji na drogach żółciowych. Z tego powodu zawsze cenne i pożądane będą uwagi i rozważania, oparte na osobistym bogatym doświadczeniu. Autor w swej pracy daje na wstępie przegląd materiału, jakim rozporządzał, stosunek do wieku i płci, rodzaj wykonanych zabiegów. Następnie rozpatruje zależność bezpośredniego wyniku operacji (śmiertelność) od rodzaju schorzenia (posunięcia sprawy). Oddzielnie omawia autor operacje powtórne na drogach żółciowych. Krytyczne rozważania autora nad bezpośrednimi wynikami operacyjnymi doprowadzają do pewnych konkretnych wniosków i wskazówek, dotyczących techniki operacyjnej, odpowiedniego przygotowania chorych do zabiegu, postępowania pooperacyjnego, wreszcie wskazań do operacji.

W drugiej części książki autor rozpatruje trwałość wyników leczenia operacyjnego schorzeń dróg żółciowych (na zasadzie przeprowadzonej ankiety) i przyczyny nawrotów oraz rozmaitych dolegliwości w zależności od rodzaju cierpienia, błędów techniki operacyjnej, leczenia następczego i wyboru wskazań.

Przeciwnicy leczenia operacyjnego chorób dróg żółciowych stawiają dwa zarzuty temu rodzajowi leczenia: niebezpieczeństwo zabiegu i częstość nawrotów ponim. Śmiertelność pooperacyjna zależy prawie wyłącznie od zaawansowania (za-

niedbania) choroby (uszkodzenia wątroby i zakażenia). Przypadki, leczone operacyjnie w porę, odpowiednio przygotowane do zabiegu i umiejętnie po nim prowadzone, dają zaledwie 10% śmiertelności. W porę wykonany zabieg polepsza również statystykę dolegliwości pooperacyjnych. Ciągła współpraca i wymiana zdań pomiędzy internistami i chirurgami konieczna jest dla dobra chorego.

Książka profesora Zandera, napisana poważnie i oparta na gruntownie przestudjowanym bogatym materiale poruszająca niezmiernie żywotne zagadnienie, powinna być przestudjowana nie tylko przez fachowca chirurga, ale w równej mierze przez każdego lekarza, który ma do czynienia z chorobami żółciowymi i decyduje o ich losie.

J. R.

J. B. DEEVER. Appendicitis chronica. (Am. J. Med. Sciences. t. 177, Nr. 6 1929.)

Autor uważa przewlekłe zapalenie wyrostka za odrębną jednostkę kliniczną. Może ono być nieżytowe, śródmiąższowe lub zarastające; to ostatnie jako zejście śródmiąższowego.

Przewlekłe zapalenie niezawsze może być rozpoznane przez radio-klinicystę lub radiologa, ponieważ niewszystkie chronicznie zapalne wyrostki zatrzymują papkę kontrastową.

Kliniczne rozpoznanie pozostaje jeszcze i teraz rozstrzygającym.

Przewlekłe zapalenie wyrostka często rozpoczyna się stopniowo bez bólu, lecz z zaburzeniami trawienia, wzdęcia i t. p. Niewszystkie te stany zapalne są zejściem ostrych zapaleń, lecz częściowo pochodzą one także z zakażeń, idących z dolnych odcinków jelita.

Ze stanów, które różniczkowo mogą wchodzić w grę, należy wymienić: przewlekły wrzód trawienny, przewlekłe zapalenie wyrostka, ruchomą i rozdętą kątnicę wraz z opuszczeniem ogólnym trzew lub bez niego, wreszcie kamica moczowodu prawego.

Poza wywiadami badanie fizyczne jest bardzo ważne, szczególnie jeśli chodzi o takie rzeczy, jak o bolesność z jej różnymi oznakami, wyczuwalność masy w dole biodrowym prawym, napięcie i skurcz powłok brzusznych i t. p.

B. Goldstein.

S. PLASCHKES. Polipy odbytnicy w przebiegu wia-
du rdzenia. (Arch. f. Verd. Krank. Tom 44 Nr. 5/6.)

Autor stwierdza na zasadzie już to doświadczenia własnego, już to piśmiennictwa, że u chorych na wia-
du rdzenia polipy odbytnicy są zjawiskiem dość częstym, o tyle, że ta stosunkowo częstość rzuca się niekiedy w oczy.

Przyczyna tego zjawiska nie jest znana. Lecz, nawiązując do teorii powstawania raka na tle polipów z jednej strony, zaś specjalnej predylekcji polipów do powstawania u tabetyków, którzy mają t. zw. crises, autor wysuwa przypuszczenie że chodzi tu o specjalne podrażnienie śluzówki jelita, podrażnienie, mające swe źródło w sprawach, przebiegających w rdzeniu. Jednocześnie bowiem z polipami powstają nieżyty rozmaitego natężenia, aż do najcięższej colitis ulcerosa.

To poniekąd może wytłumaczyć, że na tle długotrwałego podrażnienia może dochodzić do powstawania polipów, a nawet bujania nowotworowego.

Z drugiej strony u tabetyków mogą istnieć także zmiany w nerwie błędnym, które to zmiany spowodować mogą zaburzenia odżywcze w rozmaitych narządach, a m. in. w obrębie jelita.

Autor podkreśla, że u tabetyków należy zawsze szukać polipów odbytnicy, tembardziej, że polipy te mają skłonność do zwyrodnienia złośliwego. Należy je przeto usuwać z całą bezwzględnością możliwie wcześniej.

B. Goldstein.

Na wstępie prelegent omawia symptomatologię kliniczną skrobiawicy narządów wewnętrznych i czynników, uspasabiających do jej powstawania, poczem daje krótki przegląd stosowanych dotychczas metod klinicznych, mających ułatwiać rozpoznawanie skrobiawicy *in vivo*.

Nieco dłużej prelegent zatrzymuje się nad metodą z czerwieni kongo, wypracowaną przez Bennholda.

Metoda ta, polegająca na dożylnym wstrzykiwaniu rozczynu czerwieni kongo, oparta jest na spostrzeżeniu, że amyloid ma specjalne powinowactwo do czerw. kongo i wychwytuje ją z krążącej krwi, barwiąc się przytem przyżyciowo. U osobników, dotkniętych amyloidem ubytek barwnika wstrzykniętego wynosi w surowicy krwi od 40 do 100%; zjawiska tego nie spostrzega się u ludzi zdrowych oraz dotkniętych innemi cierpieniami; tam ubytek po godzinie wynosi najwyżej do 20%. Wyjątek stanowią tylko chorzy dotknięci nerczycą; u nich barwnik również szybko znika ze krwi, ale wydziela się z moczem, czego nie widuje się u chorych skrobiawiczych. Pewne odchylenia widuje się też i u chorych ze znaczną niedomogą serca lub marskością płuc, prowadzącą do znacznego zastojów w małym krążeniu. Mimo istniejącej skrobiawicy próba może wypaść ujemnie z powodu zatrzymania barwnika w obrębie małego krążenia. Również niektóre cierpienia układu krwiotwórczego, przebiegające z powiększeniem śledziony, mogą gmatwać wyniki próby, albowiem zastój krwi w śledzionie może spowodować zatrzymanie tam barwnika, mimo braku zmian skrobiawiczych. Winik zatem próby nie będzie odpowiadał istotnemu stanowi rzeczy.

Następnie prelegent przedstawia wyniki prób z czerwienią kongo, uzyskane przez niego na oddziale prof. Semerau-Slemaniańskiego.

Próbę tę zastosowano dotychczas u 19 chorych (w tem 11 na gruźlicę płuc, 4 na gruźlicę kości i 4 dotkniętych nerczycami niejasnego pochodzenia). Próba wypadła dodatnio w 14 przypadkach, ujemnie w 5-ci. Z wymienionych 19 chorych dziesięciu zmarło, przyczem 9 osób należało do grupy z wynikiem próby dodatnim i jedna z wynikiem ujemnym. We wszystkich dziesięciu przypadkach sekcja wykazała mniej lub bardziej rozległe zmiany skrobiawicze, przyczem okazało się, że u chorej z wynikiem ujemnym próby kongo należało rezultat próby odnieść na karb zastój w małym krążeniu, spowodowanego przez niedomogę serca i b. rozległe zmiany w płucach.

Na zasadzie własnego doświadczenia prelegent dochodzi do wniosków następujących:

- 1) Próba z czerwienią kongo jest bardzo ważną, przytem łatwą, prostą i nieszkodliwą metodą o ogromnem znaczeniu rozpoznawczem, rokowniczym i nawet leczniczym.
- 2) Próba z czerwienią kongo może służyć do potwierdzenia rozpoznania klinicznego w tych wszystkich przypadkach, w których zespół kliniczny przemawia za istnieniem amyloidu w narządach wewnętrznych.
- 3) Jako pomocnicza metoda w tych wszystkich przypadkach, w których dane badania przedmiotowe nie dostarczają dostatecznych podstaw do pewnego rozpoznania skrobiawicy, — próba z czerwienią kongo może bardzo często przyczynić się do rostrzygnięcia wątpliwości.
- 4) Próba z czerwienią kongo ułatwia różniczkowanie pomiędzy nerczycą zwykłą a skrobiawicą nerek.
- 5) Czerwień kongo może być używana do śledzenia postępu, względnie cofania się procesu skrobiawiczego i może się przyczynić do rozwiązania doniosłej wagi zagadnienia uleczalności skrobiawicy po usunięciu jej przyczyny.
6. W dyskusji zabrał głos kol. St. Hrom (streszcz. własne).

Spostrzeżenia moje przeprowadzone na II Klinice Chórów Wewnętrznych, dały wyniki niezgodne z wynikami Prelegenta. Badałem 18 chorych (w tem 3 chorych ze skrobiawicą narządów, potwierdzoną sekcjinie), zmierzając do urobienia metody kolorymetrycznej z czerwienią kongo, celem ujawnienia skrobiawicy.

W każdym niemal przypadku występowała mniej lub więcej wybitna hemoliza krwi, która w następstwie dawała ubarwienie surowicy krwi, często wielokrotnie przewyższające natężenie zabarwienia wprowadzanego dożylnie roztworu czerwieni kongo. Zaznaczyć muszę, że na stan hemolizy wyraźnie nie wpływały ani sposób wyjąłowania strzykawki do zabiegu (woda zwykła, destylowana, rozwór fizjologiczny alkohol), ani czas wstrzykiwania (naczczo czy po śniadaniu), ani środowisko rozpuszczonej czerwieni kongo (woda destylowana, rozwór fizjologiczny), ani zachowanie się samej krwi chorego (surowica krwi, wydobyte naczczo, w przeważnej większości przypadków nie wykazywała cech hemolitycznych).

Jakkolwiek więc fakt, stwierdzony przez Bennholda, dotyczący wybitnego powinowactwa mas skrobiawiczych do czerwieni kongo jest niezaprzeczalny, to mam wrażenie, że wnioski prelegenta są zbyt pochopne.

Dowodem tego, że metoda wspomniana nie została uwieńczona powodzeniem, może być praca H. Waldenströma w 1927 r., który rozpoznawanie swe opierał na danych histopatologicznych z przyżyciowo nakłuwanych skrawków wątrobowych u ludzi.

Tu pozwolę sobie nadmienić, że niepowodzenia w określeniach kolorymetrycznych sprowadziły mnie na drogę badań Waldenströma. Specjalnie wykonanym przyrządkiem przerobiłem początkowo kilka zabiegów nakłucia wątroby u psów w Zakładzie Patologii U. W., poczem dla ustalenia dogodnego miejsca nakłucia wykonałem szereg zabiegów na zwłokach w Zakładzie Anatomii Patologicznej U. W., i wreszcie za upoważnieniem Dyrektora Kliniki, prof. W. Orłowskiego, dokonałem nakłucia wątroby w znieczuleniu nowokainą u chorej gruźliczki, zakażonej kiłą. Tą drogą uzyskałem skrawek tkanki wątrobowej. Chora powyższa zmarła po 6 tygodniach z powodu rozległej jamistej gruźlicy płuc, wątroba zaś w miejscu nakłucia wykazywała drobne pępkowate zaciągnięcia.

Ponawianie kilkakrotnie próby klinicznej z czerwienią kongo na tym samym chorym, projektowane przez prelegenta, celem orjentowania się w stanie szerzenia się skrobiawicy na podstawie wahania w odczytywanych danych liczbowych na skali kolorimetru, może być nieścisłe, jeśli się weźmie pod uwagę możliwość pozostawiania czerwieni kongo w ustroju w ciągu dłuższego czasu, a więc i wolniejszego jej znikania ze krwi w powtarzanych wstrzykiwaniach.

Kol. W. Orłowski.

Wszelka próba, „ogąca dopomóc do rozpoznania skrobiawicy, musi być powitana z zainteresowaniem; to też gdy zjawiała się próba Bennholda, zaczęto ją przerabiać na klinice prof. W. Orłowskiego w Krakowie. Były to jednak przypadki skrobiawicy rozległej. Przypadki Prelegenta, które doszły do sekcji, przy dodatnim wyniku próby, miały skrobiawicę również bardzo rozległą, nie wczesną; dlatego nie może Prelegent mówić, na zasadzie swych badań, że omawiana metoda nadaje się do rozpoznawania wczesnej skrobiawicy. Mówca podkreśla, iż Dr. Fidler, który również zajmował się tą próbą w II Klinice Wewnętrznej U. W., stwierdzał, że nie we wszystkich przypadkach próba jest wykonana z powodu często występującej hemolizy. W poszczególnych przypadkach próba Bennholda może dać możność potwierdzenia rozpoznania skrobiawicy; nie jest jednak wystarczająca, i słusznie podkreśla kol. Hrom, iż poszukujemy nowych dróg. Próba nie jest wysmienita, skoro autor, zajmujący się skrobiawicą przez długi czas, rzucił tę próbę, prostą i bezpieczną, decydując się na nakłucie wątroby. Prof. Zenon Orłowski miał w klinice wileńskiej przypadek, w którym po wstrzyknięciu czerwieni kongo wystąpiła wysoka gorączka. W swojej praktyce mówca takiego przypadku niema.

Kol. Sawicki zaznacza, że nakłucie wątroby, czysto wykonane, jest bezpieczne. Należy jednak przedtem zbadać krzepliwość krwi albo naświetlić śledzionę.

Kol. Pryluccki wierzy, iż wczesne rozpoznanie skrobiawicy przy pomocy omawianej metody jest możliwe; dowieść tego Prelegent nie mógł, gdyż rozporządzał materiałem skrobiawicy daleko posuniętej. Przyczyna zaburzeń po wytrzygnięciu czerwieni, tkwi prawdopodobnie w wadliwości samego barwnika, lub w nieodpowiednim jego przygotowaniu. Posiedzenie zamknięto o godz. 10 min. 40.

Jan Roguski
Sekretarz Doroczny.

Witold Orłowski
Prezes.

Z Towarzyszt Lekarskich Zagranicznych

Renaud wypadkowo zauważył (tow. lek. szpit. parysk. — Pr. méd. Nr. 38), że *oleian sodu*, wprowadzony dożylnie, *obniża natężenie i na czas dłuższy ciśnienie krwi*. Ponieważ wstrzykiwanie tego przetworu do żyły nie wywołuje w ustroju żadnych zmian nieporządanych, wywołując po upływie kilku godzin dość znaczne obniżenie parcia krwi zarówno w *maximum* jak i w *minimum*, zwłaszcza w przypadkach nadciśnienia, tedy środek ów zasługuje na szczególną uwagę.

Zespół śledzionowogruźlowy w białaczce szpikowej uważają Emile — Weill i Jsche — Wall (tow. lek. szpit. parysk. Pr. méd. Nr. 38) za objaw, przemawiający za przekształceniem się białaczki przewlekłej w ostrą, czyniący rokowanie fatalnem. Zespół polega na powiększeniu gruczo-

łów chłonnych i śledziona i na pewnym wzroście liczby komórek jednojądrowych niezłazniastych.

Eozynofiliję wybitną prawdopodobnie pochodzenia podzwrotnikowego spostrzegali w dwóch przypadkach *Armand — Delille, Hurst i Sorapure* (tow. lek. szplt. parysk. Pr. med. Nr. 38). Stwierdzono u dzieci, urodzonych pod zwrotnikami, w jednym przypadku 77%, w drugim 62% eozynofiliów.

Czworo rodzeństwa drugiego przypadku wykazywało 25 do 100% eozynofiliów, gdy natomiast dwoje pozostałych członków tej rodziny, urodzonych w Nowym Yorku, miało tylko 20% eozynofiliów, ponieważ dokładne badanie nie wykryło obecności pasorzytów ani we krwi, ani w kale, więc au-

torzy sądzą, że eozynofilja jest tu pochodzenia podzwrotnikowego.

Armand — Delille i Lestocquoy omawiali na majowym posiedz. tow. lek. szplt. nowe spostrzeżenie, dotyczące dziecka, u którego przy braku objawów wysłuchowych zdjęcia wykazywało typowe zmiany przywnekowe, w płwocinie zaś stwierdzono prątki. Powołują się oni na swe pierwsze spostrzeżenie, potwierdzone badaniem anatomicznym, które przekonało, że cienie przywnekowe zależały od nacieków serowatego miąższu płuc w zagłębieniu żebrowo—kręgosłupowym tylnym. Podkreślają konieczność przemycania żołądka w celu badania bakteriologicznego i skuteczność odmy sztucznej w celu leczniczym.

P o l e m i k a

Szanowny Panie Redaktorze!

Mam wrażenie, że stanowisko *D-ra Sterlinga* w sprawie zdawało by się, nie budzące żadnej wątpliwości, znajdzie oświetlenie w załączonym liście *D-ra Koronkiewicza* takie, na jakie zasługuje. Zaznaczyć muszę, na wstępie, że *D-ra Koronkiewicza* dotąd nie miałem sposobności poznać i nigdy w życiu go nie spotkałem. Pozwólę sobie w tem miejscu wyrazić swoje ubolewanie z tego powodu i mieć nadzieję, że nie minie mnie sposobność uściśnienia jego dion.

Poza *D-r. Sterlingem* nie znalazłem się chyba lekarz w Polsce, a bodaj że i na szerszym świecie, któryby się poważył dyktować, jaki specjalista jakie wypadki ze swojej praktyki ma prawo opisywać w prasie fachowej. Każdemu, oczywiście, służy prawo krytyki rzeczy, ale dopiero post faktum, nie zaś domniemywanie się, co by było, gdyby i t. d. Co upoważniło *D-ra Sterlinga* wogóle do „sądzenia”, że ten rzadki przypadek zostałby przez „siłę niefachową” zaprzeczony?

Proszę przyjąć wyrazy poważania

D. r. K. Buczyński.

Szanowny Kolego!

Pozwalam sobie podać do łaskawej wiadomości i ew. wykorzystania swoje zupełnie obiektywne zapatrywanie w poruszony na str. 475 Nr. 20-go Warsz. Czas. Lek. z r. 1930 sprawie pod tyt. „Polemika”.

Chciałby lekarz być nawet t. zw. „Omnibusem” — nie można mu odmawiać fachowej wiedzy i pozbawiać prawa naukowego opisu spotykanych w jego praktyce przypadków. Właśnie, źle bardzo, że u nas to prawo wiedzy i wyłączności nieraz usurpują sobie koledzy — specjaliści od poszczególnych niemal narządów człowieka, przywłaszczając może czasem i dla swej sławy rzadkie przypadki w nieuzasadnionej obawie ich „zaprzeczania”.

Lekarz, skierowując chorego do specjalisty, celem osiągnięcia Jego opinii — nie ma obowiązku dodawać każdorazowo jakichś zastrzeżeń co do publikacji — natomiast specjalista, otrzymując w chwilowe posiadanie materiał kliniczny, winien, (chcąc go opublikować i przytrzymać) chociażby dla kurtuazji, powiadomić o tem zainteresowanego kolegę i w swej ew. pracy podać nazwę Zakładu leczniczego wzgl. nazwisko lekarza, zawdzięczając uprzejmości którego korzystał z tak rzadkiego przypadku. Jest to prawo zwyczajowe.

Dla nauki wogóle nie jest obojętne, czy jakieś zjawisko opíše jeden fachowiec choćby b. zasłużony, czy też będzie rozpatrzone przez kilku autorów w różnych pismach, pod różnym kątem widzenia, jak w danym razie specjalnych dziedzin wiedzy lekarskiej.

Z tych względów pomimo niewłaściwej Ironji i sarkazmu odpowiedź p. *D-ra Wl. Sterlinga* — autora na komentarz Sz. Kolegi uważam za nieładną i wcale nieuzasadnioną. Wyrazy szacunku i koleżeńskie pozdrowienie proszę przyjąć.

Dr. Koronkiewicz.

Odpowiadam, rzecz prosta, tylko na list poznański, który zawiera kilka argumentów, zasługujących na sprostowanie. Nie mam zamiaru wpływać na niechęć autora do „specjalistów”, ale wydaję mi się, że „Idąc z żywym naprzód”, będzie musiał pogodzić się z faktem, że specjalizacja jest w ewolucji medycyny zjawiskiem nieuniknionem, nieodwracalnym i celowym, i że jej to zawdzięcza medycyna kliniczna swój niesłychany rozwój i pogłębienie, a praktyka — trafność rozpoznania i pewność wykonawstwa (np. neurochirurgja!). To też cała owa obrona pogwałconych wrzekomo „omnibusów” przeciwko zabobornym i zachłannym „specjalistom” trafia całkowicie w próżnię, ponieważ medycyna współczesna nie uznaje i nie toleruje w większych środowiskach żadnych „omnibusów”.

Pozatem wydawało mi się jasne, że mówiąc o „fachowości”, miałem na myśli opanowanie specjalności, którą lekarz sobie wybrał, oraz prace naukowe w tej właśnie specjalności. To też, gdyby mi kiedykolwiek przyszła lekko myślą chęć do opisanego jakiegos szczególnie rzadkiego przypadku rzeżączki, to, Bóg mi świadkiem, nie miałbym „żalu do nikogo”, koby w tej dziedzinie nazwał mnie „siłą niefachową”.

Również i uwagi listu, traktujące o t. zw. „prawie zwyczajowym”, polegają tylko na nieporozumieniu. Opracowanie naukowe i ogłaszanie w prasie przez kliniki i oddziały szpitalne przypadków, kierowanych przez lekarzy nawet bez porozumienia się z nimi jest i za granicą i w Warszawie zjawiskiem zwykłym i najzupełniej usprawiedliwionem. Jest to pogląd, przedyskutowany niedawno na łamach „Neurologji Polskiej” i wyznawany przez szereg neurologów o wszechświatowym nazwisku. Jeżeli więc odnosi się on do przypadków, kierowanych przez specjalistów jednoimiennej gałęzi medycyny, to jeszcze ściślej zastosośnie znajduje on wtedy, kiedy lekarz, w którego ręce przez omyłkę dostał się przypadek z obcej mu dziedziny, kieruje go na właściwy oddział lub do właściwej przychodni. To też odesłanie przez wenerologa przypadku hysterji do przychodni neurologicznej nie może być w żadnym razie uważane za akt jakiegos uprzejmości, wymagający publicznych enuncjacji dziękczynnych, ale za obowiązkiem zwrócenia neurologji tego, co jej było przynależne. Jeżeli myślę się w tym punkcie, to jestem w wyborze towarzystwie. Natomiast wszystkie względy wspomnianej w liście kurtuazji istotnie obowiązują wyczerpująco w praktyce przywłaszczając, gdyż tam wypływają one z troski o niedopuszczenie do podejrzenia o jakiegos korzyści materialnej, które mogłyby przypaść lekarzowi wskutek przetrzymywania skierowanego do niego pacjenta. Co się zaś tyczy projektu opisywania jednego przypadku klinicznego przez kilku specjalistów i „pod kilkoma punktami widzenia”, to mam poważne wątpliwości, czy tego rodzaju inowacja byłaby „trafna i uzasadniona”, ponieważ analiza kliniczna nie jest sofistyką, a prawda naukowa jest tylko jedna.

Niech mi wolno będzie w końcu tych wszystkich kolegów, którzy wyrazili mi swoje żywe uznanie z powodu odpowiedzi mojej na „pewien maly”, ale napastliwy „komentarz”, oświecając go „jak na to zasługuje”, przeprosić, że zaoszczędzę im rzewnej ceremonji publicznej „uściśnienia ręki” i że nie zacytuję tutaj ani w całości, ani nawet w urywkach, mam bowiem zwyczaj wdyskusji posługiwać się własną, nie cudzą głową*)

Wl. Sterling

*) Na tem polemikę zamykamy (Red.)

Przegląd terapeutyczny

Wpływ witamin na retencję wapnia.

Podał

Dr. Stefan KRAMSZTYK (Warszawa).

Sprawa ergosteryny naświetlanej stała się od chwili jej odkrycia jednym z najciekawszych zagadnień biologiczno-lekarskich. „Podobnie, jak rola insuliny — pisał niedawno Bergmann — rozrasta się problem ergosteryny daleko poza krzywicę i nie może być już rozpatrywany tylko z punktu widzenia witaminy D, jako czynnika przeciwykrzywiczego.“ Według Bergmanna (por. Deutsche Med. Woch. 1929 Nr. 34), wpływem ergosteryny należy objaśnić działanie w gruźlicy diety Gersona-Sauerbrucha-Herrmannsdorfera oraz czysto empiryczne stosowanie tranu gruźlicy dziecięcej. Doświadczalną podstawę swą wywoływanie zwapnienia w ogniskach gruźliczych przez podawanie ergosteryny naświetlanej znajduje w świeżo ogłoszonych wynikach pracy Levaditiego i Li Yuan Po (por. La Presse Médicale 1930 Nr. 11).

W roku ubiegłym (por. Warsz. Czasopismo Lekarskie Nr. 10 i 11) na podstawie ogłoszonych dotychczas odnośnych badań oraz rozważań teoretycznych wykazałem celowość stosowania przetworu, któryby obok ergosteryny naświetlanej zawierał również organiczne roślinne związki wapnia oraz inne witaminy. Celowości i konieczności stosowania tutaj zasady korelacji witamin dowiodły już liczne prace, wykazujące szkodliwe skutki podawania stosunkowo nawet niewielkich dawek ergosteryny naświetlanej (Pfannenstiel, Kreitmair i Moll, György, Jundell i in.). Tymczasem już w r. 1923 wykazał Frank, że dodawanie do pokarmu witamin B i C, a przede wszystkim witaminy B, usuwa objawy chorobowe, wywołane u szczurów przy jednostronnym obfitem karmieniu ich pożywieniem, zawierającym znaczną ilość witaminy A.

Dla stwierdzenia założeń, wyłożonych już uprzednio (por. Warsz. Czas. Lek. Nr. 10 i 11, 1929), zostało z opisanym przeze mnie tamże „Biocalcolem Klawe” do konania następujące doświadczenie.

Doświadczenie to zostało przeprowadzone w ten sposób, że zużytkowane były dwie grupy młodych białych szczurów, każda z sześciu osobników złożona; każde zwierzę trzymane było w osobnym naczyniu szklanym *).

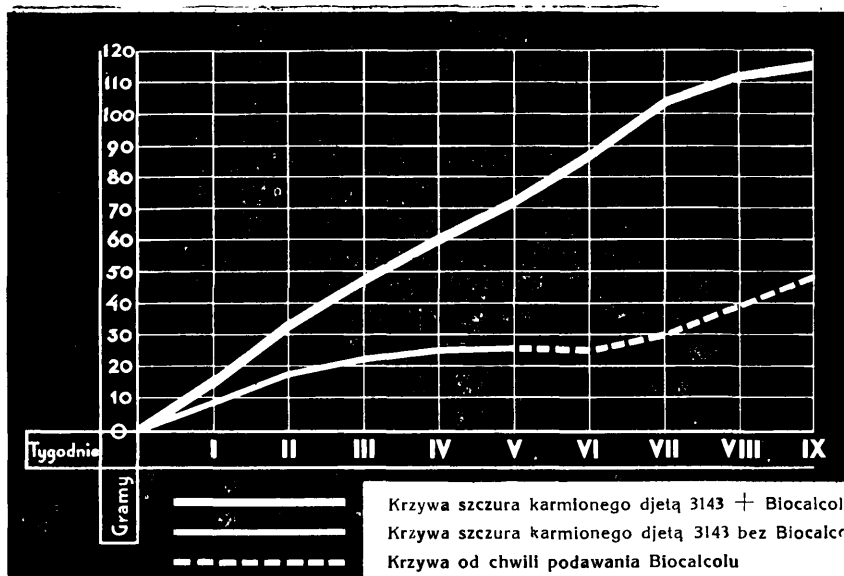
Grupa I otrzymywała w ciągu całego trwania doświadczenia dietę Mc. Collum Nr. 3143 z dodatkiem 15% „Biocalcolu”, grupa II — tąż samą dietę (stosowaną przez Mc. Collum i jego współpracowników dla wywołania krzywicy doświadczalnej), jednakże w ciągu pierwszych pięciu tygodni trwania doświadczenia bez dodawania „Biocalcolu”, a później, podobnie jak grupa I, również z dodatkiem tego preparatu. Wszystkie zwierzęta były karmione aż do sytości, t. j. otrzymywały tyle pożywienia, że przy podawaniu nowego karmu zawsze znajdowały się w naczyniach resztki poprzedniego.

Przed rozpoczęciem właściwego doświadczenia szczury w ciągu 10 dni były karmione we wspomniany sposób, aby osiągnąć u nich przyzwyczajenie się do nowego sposobu żywienia, co też udało się w zupełności. W początku doświadczenia przeciętna waga szczura w grupie I wynosiła 53,9 grama, w grupie II 52,2 grama. Podczas całego doświadczenia każde zwierzę było codziennie ważone i to zawsze o jednej i tej samej porze dnia, przed podaniem świeżego pożywienia.

Stan wagi zwierząt przedstawiał się, jak następuje:

Po upływie:	Przeciętny przyrost wagi szczurów w gramach:	
	Grupa I otrzymująca „Biocalcol”;	Grupa II nie otrzymująca „Biocalcolu”;
I tygodnia	15,5	8,4
II „	32,7	17,9
III „	46,2	22,1
IV „	59,9	24,8
V „	73,6	26,0
VI „	85,5	24,9
VII „	98,9	30,4
VIII „	108,0	39,1
IX „	113,2	47,7

z dodatkiem „Biocalcolu”



Rys. 1.

Z powyższych liczb oraz z przedstawionej krzywej (Rys. 1) wynika, że zwierzęta z grupy I, które od początku doświadczenia otrzymywały „Biocalcol”, wykazywały aż do końca tygodnia dość równy przyrost wagi, wynoszący około 14 gramów na tydzień; w 8-ym tygodniu przeciętny przyrost wagi szczura wyniósł już tylko 9,1, a w 9-ym tygodniu już nawet tylko 5,2 gr. Fakt ten pozostaje w zależności od tego, że w tym czasie szczury dochodzą do końca okresu wzrostu. W ogólności należy stwierdzić, że rozwój szczurów, otrzymujących „Biocalcol”, był zupełnie normalny; ich wygląd robił wrażenie zupełnie zdrowych, skóra była gładka i miała połysk.

*) Za pomoc i współpracę wyrażam niniejszem podziękowanie p. Schütze, asystentowi Instytutu Hodowli i Żywienia Zwierząt w Politechnice Gdańskiej.

Przeciętny przyrost zwierząt z grupy II, które karmione były djetą Mc. Collum bez dodatku „Biocalcolu”, wynosił w ciągu pierwszych dwóch tygodni tylko 9 gram. tygodniowo. Od tej chwili przyrost tygodniowy spadał silnie (do 4,2 — 2,8 — 1,2 gramów) i osiągnął już w 5-ym tygodniu dla poszczególnych

kładanie się wapnia wystąpiło jako wynik podawanego w drugim okresie doświadczenia „Biocalcolu”.

Przytoczone powyżej zdjęcia rentgenowskie oraz krzywa przyrostu wagi szczurów dowodzą w sposób przekonywający, że podawany zwierzętom „Biocalcol”, obok witaminy D — przeciwkrzywicznej, zawiera również i witaminę A — wzrostową. „Biocalcol” podawany był zwierzętom w ilości 15% całego pokarmu; mimo to, aczkolwiek czynnik przeciwkrzywiczny zawarty był w nim w ilości absolutnie dostatecznej dla zapobiegania objawom rachitycznym, nie dawała się spostrzegać hiperwitaminoza. Przeciwnie, ogólny stan szczurów był pod każdym względem zadowalający w przeciwieństwie do szczurów, które żywione były djetą Mc. Colluma bez dodatku „Biocalcolu”. Ponieważ „Biocalcol” posiada dość znaczną ilość drożdży, a przez to i dostateczną zawartość witaminy B, więc prawdopodobnie (Frank) usuwa ona ewentualne objawy szkodliwe, które mogłyby wynikać przez stosowanie większych ilości witaminy przeciwkrzywicznej.



Rys. 2.

Szczur karmiony djetą
Mc Colluma 3143 z do-
datkiem Biocalcolu

Szczur karmiony djetą
Mc Colluma 3143 bez
dodawania Biocalcolu

(Zdjęcia po 5 tygodniach doświadczenia)

szczurów dane ujemne. Skóra zwierząt tych straciła połysk, sierść stała się szorstką, oczy wystawały silnie z oczodołów. Ponieważ niektóre szczury mocno niedomagały, i można było obawiać się, że padną zaczęliśmy w 6-ym tygodniu podawać „Biocalcol”, jako środek leczniczy. W 6-ym tygodniu dał się jeszcze spostrzegać dalszy spadek wagi w ilości przeciętnie 1,1 gr. na zwierzę, ale już w tygodniu następnym można było stwierdzić przyrost, wynoszący 5,4 gr., — przyrost ten w ciągu ostatnich dwóch tygodni trwania doświadczenia doszedł do 8,7 grm. Stan zdrowia zwierząt poprawił się w sposób wyraźny, wygląd ich stał się znowu zupełnie normalny.

W końcu 5-go tygodnia okresu doświadczalnego zostały szczury, wybrane po trzy z każdej grupy, poddane badaniu promieniami Roentgena przy zastosowaniu narkozy. Okazało się, że wszystkie trzy zwierzęta z grupy II, czyli te, które „Biocalcolu” nie otrzymywały, wykazywały objawy ciężkiej krzywicy. W kręgosłupie można było stwierdzić silne skrzywienia rachityczne, kości okazały się w silnym stopniu przepuszczalne dla promieni Roentgena, co dowodzi słabego odkładania się soli wapniowych. Przeciwnie, kościec szczurów, które otrzymywały „Biocalcol”, był zupełnie normalny i tylko w nieznacznym stopniu był przepuszczalny dla promieni Roentgena.

Po ukończeniu doświadczenia niektóre szczury zostały raz jeszcze poddane prześwietlaniu. Okazało się wtedy, że zmiany krzywice w kościach pozostały jeszcze, ale kości zwierząt z grupy II wykazywały tenże stopień nieprzepuszczalności w stosunku do promieni Roentgena, co i kości zwierząt, które przez cały czas otrzymywały „Biocalcol”. Zatem od-



Rys. 3.

Zdjęcia po 9 tygodniach

Oba szczury otrzymały od 6 tygodnia djetę 3143 z dodatkiem Biocalcolu.

Już na początku były wspomniane wywody Bergmanna (1929), wykazujące, że swoiste działanie ergosteryny naświetlanej, dowiedzione w sensie

kalcyfikacji dla krzywicy, może być przeniesione również i na gruźlicę. Otóż wspomniana już uprzednio, a ogłoszona w lutym r. b. praca Levaditiego i Li Yuan Po w szeregu preparatów histologicznych (por. La Presse Médicale Nr. 11, 1930) wykazuje, jak przez stosowanie przetworu naświetlanej ergosteryny można u zwierząt wywołać zwapnienie w ogniskach gruźliczych i encefalitycznych. Wspomniani autorowie francuscy donoszą o nieogłoszonych dotychczas doświadczeniach swoich, z których wynika, że „można wywołać dowolnie uwapnienie, osobliwie w gruźlicy i w encefalitis. Co się tyczy gruźlicy (królik), to nasze, będące obecnie w biegu badania, dowodzą, że ergosterol naświetlany zwiększa w wybitnym stosunku tendencje do zwapnienia, jakie okazują samoistnie sprawy gruźlicze w płucach. Rozdział produktu, daleki od szkodenia samemu ewolucyjnemu przebiegowi gruźlicy doświadczalnej, nadaje mu charakter raczej dobrotliwy, co zdaje się przeczyć twierdzeniu pewnych autorów (Bamberger i Spranger) co do toksyczności ergosteryny na-

świetlanej u dzieci gruźliczych“. Te słowa Levaditiego i Li Yuan Po stanowią znakomite doświadczenie potwierdzenie poglądów Bergmanna, który idzie w swym zdaniu bardzo daleko, twierdząc, „że środki przyrodolecznice, jak klimat wysokogórski, słońce i światło, leczenie fizykalne z naświetlaniem promieniami pozafioletowymi, terapia djetetyczna z pożywieniem, obfitującym w tłuszcze i lipoidy, z podawaniem tranu z fosforem, obok wszystkiego, co każda z tych metod leczniczych może w sobie zawierać wartościowego, polegają, jak mi się zdaje, na pewnym wspólnym im czynniku. Czynniki ten, zarówno w krzywicy, jak i w gruźlicy, stanowi jakiś „pharmakon“ o zupełnie osobliwym działaniu. Wykrycie najlepszej do stosowania postaci tego leku, znajdującej się poniżej dawki szkodliwej — oto najbliższe tutaj zadanie”.

Wobec słów tych wydaje się celowe i właściwe sprawdzanie doświadczenie istotnej mocy i charakteru działania każdej podpadającej pod powyższą charakterystykę kombinacji składników leczniczych.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Z Oddziału Higieny pracy Państwowej Szkoły Higieny.
(Kierownik: Dr. Brunon Nowakowski)

Ołowica zawodowa w przemyśle akumulatorem *)

Podali

Dr. Brunon NOWAKOWSKI i Dr. Henryk RABINOWICZ
(Warszawa).

(Ciąg dalszy p. Nr. 23).

Samo badanie i opracowanie wyników zostało przeprowadzone według zasad, omówionych szczegółowo w pracy naszej o ołowicy zawodowej wśród drukarzy warszawskich (6.) Wystarczy więc przypomnieć, że staraliśmy się zbliżyć do klasyfikacji stopni działania ołowiu, przyjętej w Niemczech, opierając się przede wszystkim na objawach obiektywnych. Badaliśmy w tym przypadku w zakładach pracy, więc w jeszcze wyższym stopniu, aniżeli wśród drukarzy należy się liczyć z dyssymulacją. Wobec masowego charakteru badania nie uważaliśmy się naogół za upoważnionych do rozpoznawania. Tylko w tych przypadkach, gdzie stwierdziliśmy wybitne objawy obiektywne, a ponadto badany podał charakterystyczne objawy subiektywne, uważaliśmy fakt klinicznego zatrucia za stwierdzony (patrz grupa kliniczna III tablicy 4). Przypadki z rąbką oraz przypadki bez rąbka, mające co najmniej 100 milion nakropień zasadachodłonnych tworzą grupę kliniczną I. Co do tej grupy uważamy za stwierdzony co najmniej fakt wchłaniania ołowiu. Przypadki z rąbką, mające ponadto co najmniej 300 milion nakropień, lub wyraźne osłabienie prostowników, oraz przypadki bez rąbka, mające co najmniej 1000 milion nakropień, zaliczyliśmy do grupy klinicznej II. W tych przypadkach uważamy za stwierdzone co najmniej za działanie ołowiu. Przypadki, mające tylko nakropień

I w preparacie lub tylko osłabienie prostowników, jako wątpliwe, razem z przypadkami, gdzie nie było żadnych objawów obiektywnych, zaliczyliśmy do grupy 0. Tak podzielony materiał przedstawiliśmy w tablicy 3. według zakładów pracy.

Jak widać z tej tablicy, pomiędzy poszczególnymi zakładami zachodzą co do liczby zatrutych i stopnia zatrucia bardzo wielkie różnice, statystycznie znamienne. Głębsza analiza wykazuje, że główną przyczyną tych różnic nie jest różnica w stopniu zabezpieczenia robotników przed zatruciem. Trudno byłoby sprowadzić te liczne czynniki, które się składają na większe lub mniejsze niebezpieczeństwo różnych zakładów, do jednego mianownika. Gdy jeden szwankuje pod jednym względem, np. fabryka C pod względem kubatury, ma zato urządzenia ochronne, jak periodyczne badania lekarskie, których innym brak. Sprawdzianem ogólnym powinna być właśnie chorobowość specyficzna. Jednakże tylko stosunkowo korzystne wyniki warsztatów reparacyjnych są wyrazem mniejszego niebezpieczeństwa w myśl tego, co o grupach niebezpieczeństwa już powiedziano (patrz tabl. 1). Jesteśmy tego tembardziej pewni, że właśnie warunki higieniczne w tych warsztatach są bez porównania gorsze od tychże warunków w fabrykach. Głównie odpowiedzialny za te różnice w fabrykach okazał się natomiast czynnik, o którego znaczeniu wiedzieliśmy bardzo niewiele, mianowicie, sezon. Do tego wniosku doprowadzają nas następujące fakty. Fabryki były badane w następującym porządku: A₁ w kwietniu 1929, B w maju 1929, C na początku grudnia 1929. Oceniając subiektywnie na podstawie przeprowadzonych inspekcji przeciętny stopień bezpieczeństwa w tych fabrykach uważaliśmy fabrykę C za niegorszą od A₁, fabrykę B zaś za gorszą od nich. Należy nadmienić, że od tego czasu stosunki w fabryce B uległy wybitnej poprawie. Zgodnie z tą oceną wy-

T A B L I C A 3.

Zatrucia ołowiowe w poszczególnych zakładach pracy.

Lp. Lp.	Zakłady pracy	Stopień działania ołowiu						Razem
		0		I		II		
		L. bwzgl.	%	L. bwzgl.	%	L. bwzgl.	%	
1	Fabryka A ₁	24	40.6	19	32.2	16	27.2	59
	Fabryka A ₂	3	7.7	6	15.4	30	76.9	39
	badani po raz drugi	3	9.4	1	3.1	28	87.5	39
	badani po raz pierwszy	6	8.5	7	9,8	58	81.7	71
2	Razem A ₂	25	25.3	31	31.3	43	43.4	99
3	Fabryka B	7	8.2	17	20.0	61	71.8	85
4	Fabryka C	10	33.3	8	26.8	12	39.9	30
5	Warszt. reper.	49	31.0	50	31.6	59	37 4	158
	Fabryki A ₁ + B	13	8.3	24	15.4	119	76.3	156
	Fabryki A ₂ + C							

Stopień 0: wolni od działania ołowiu i wątpliwi.

„ I: w okresie wchłaniania i podejrzani o zadziałanie ołowiu

„ II: w okresie zadziałania ołowiu i podejrzani o zatrucie.

A₁: wynik badania pierwszego (kwiecień 1929 r.), A₂: wynik badania drugiego (styczeń 1930).

niki fabryki B były znacznie gorsze od wyników otrzymanych w fabryce A₁. Niespodzianką był wobec tego fatalny wynik fabryki C. Głównie dlatego powtórzyliśmy badanie fabryki A₁, co nastąpiło w styczniu 1930 r. Wtedy wyniki tych dwóch fabryk wypadły zgodnie z oceną, nie wykazując większych różnic. Natomiast powstała bardzo znaczna różnica pomiędzy wynikami pierwszym i drugiego badania tej samej fabryki A. Ani technika badania, ani personel badający nie zmienił się w tym czasie. Wprawa została już nabyta podczas całorocznego badania drukarzy w r. 1928. Warunki higieniczne pomiędzy pierwszym a drugim badaniem w fabryce A nie pogorszyły się, a mogły się tylko poprawić wskutek interwencji inspektora pracy, który z nami współdziałał. Pozostała możliwość, że pogorszenie ogólnych wyników przy drugim badaniu spowodowane zostało przez tę część robotników, którzy o 8 miesięcy dłużej byli narażeni na wchłanianie ołowiu. Są to robotnicy wykazani w tabl. 3, jako badani poraz drugi. Porównanie tej grupy z grupą nowo przyjętych, badanych poraz pierwszy w styczniu 1930, nie wykazuje istotnych różnic. Pozostaje więc ta jedna różnica, że pierwsze badanie odbyło się w okresie wiosny, drugie na początku zimy. Stąd wniosek, że gorsze wyniki w fabryce C należy również przede wszystkim położyć na karb tego, iż badanie odbyło się w okresie krótkich dni i chłodu, stosunkowo lepsze wyniki fabryki B na-

tomiast na karb wiosny. Do omówienia znaczenia tego czynnika dla badania periodycznego na ołowię zawodową wrócimy poniżej.

Jak przedstawiają się zatrucia ołowiowe w poszczególnych grupach niebezpieczeństwa? Dane te zawiera tablica 4. Dla uproszczenia w zestawieniu tem uwzględniono z fabryki A tylko drugie badanie.

Jak to było do przewidzenia, ogólny wynik wypadł fatalnie, tylko 16.8% ogółu badanych mogło być zaliczonych do grupy zdrowych, przyczem z ogólnej liczby 48 jeszcze 12 osób ma bądź jedno nakropienie zasadochłonne, bądź wyraźne osłabienie prostowników, a 5 dalszych osób wykazuje polichromatofilję, która może być uważana za fazę wstępną do nakropienia zasadochłonnego. Pozostaje więc osób — w chwili badania — zupełnie bez najmniejszych objawów działania ołowiu tylko 31, czyli 13% ogółu badanych! Należy również zważyć, że wynik ten obejmuje warsztaty pomocnicze (gr. III. niebezpiecz.), stanowiące blisko 20% ogółu zbadanych, które w myśl poprzednich rozważań powinny być poza sferą działania ołowiu. Porównyując ten wynik z danymi, których dostarczyła nasza ankieta o drukarzach, można powiedzieć, iż w przemyśle akumulatorem zamiast szukać zatrutych należy poszukiwać raczej zdrowych. Przypominamy w tem miejscu olbrzymią różnicę co do przeciętnego czasu w zawodzie, który oznacza równocześnie okres narażenia na działanie ołowiu, pomiędzy robotni-

T A B L I C A 4.

Zatrucia ołowiowe według grup niebezpieczeństwa (bez fabryki A₁).

L. p.	Grupy niebezpiecz.	Stopień działania ołowiu						Razem	Z tego w stopniu III	
		0		I		II			L. bwzgl.	%
		L. bwzgl.	%	L. bwzgl.	%	L. bwzgl.	%			
1	Grupa I.	11	7.2	27	17.8	114	75.0	152	30	19.7
2	Grupa II.	9	15.8	11	19.3	37	65.0	57	4	7.0
3	Warszt. rep.	10	33.3	8	26.8	12	39.9	30	2	6.7
4	Grupa III.	18	39.1	17	37.0	11	23.9	46	0	0.0
1—4	Ogółem	48	16.8	63	22.1	174	61.1	285	36	12.6
Drukarze warszawscy		318	74.5	82	19.2	27	6.3	427		

Grupy niebezpieczeństwa, jak w tablicy 1. Stopnie działania ołowiu jak w tabl. 3., uzupełnione stopniem III., do którego wchodzi przypadki stwierdzonego zatrucia.

Dane o drukarzach — z naszej pracy o drukarzach warszawskich (6.).

kiem akumulatorowym a drukarzem. Przemysł akumulatorowy dostarcza nam rzadkiego już w czasach obecnych przykładu zawodu, w którym prawie każdy pracownik — przy istniejących warunkach higienicznych — prędzej czy później się zatrui. Tego rodzaju zakłady tłumaczą nam, dlaczego w higienie pracy szczególnie specyficzne choroby zawodowe odgrywały i dotąd odgrywają tak wybitną rolę. Dla przykładu przytoczę wyniki z fabryki C. Z ogólnej liczby 85 robotników zbadanych — a tylko parę osób nie udało się zbadać — 7 osób zaliczyliśmy do grupy O. Z tego 2 osoby mają po jednym nakropieniu, 3 wykazały polichromatofilję. Pozostają 2 osoby bez żadnych objawów podejrzanych. Z nich jedna pracuje dopiero 2 tygodnie. Można jej przepowiedzieć, że objawy zatrucia u niej wystąpią, gdy dłużej popracuje. Pozostaje więc jedna jedyna osoba, i to stolarz, która, pracując blisko 3 lata, nie ma żadnych objawów. Osobnik ten podał jednak, że miał w pierwszym roku pracy objawy żołądkowe, które pozwalają przypuścić, że była to kolka.

Wyniki w poszczególnych grupach niebezpieczeństwa są w zgodzie z założeniem, które posłużyło za podstawę klasyfikacji. Powstaje tylko pytanie, dlaczego spadek liczby zatruc w miarę zmniejszenia niebezpieczeństwa nie zaznaczył się wybitnie. Tłumaczy się to prawdopodobnie zmiennością przydziału wewnątrz fabryki, przyczem zazwyczaj zmiany te idą w kierunku od oddziałów bardziej niebezpiecznych do mniej niebezpiecznych. W oddziałach bardziej niebezpiecznych możemy oczekiwać podostrych przypadków zatrucia, występuje stosunkowo bardzo szybko tak zwany okres krytyczny (6). Osoby bardziej wrażliwe wtedy albo szukają innego zajęcia, albo, o ile wydają się cenne dla przedsiębiorstwa, otrzymują przydział na oddzia-

le mniej niebezpiecznym. Tutaj w zależności od rodzaju i miejsca pracy dawka ołowiu jest zmniejszona, niema jednak naogół warunków, sprzyjających zupełnemu wyleczeniu, jeno tempo rozwoju zatrucia jest zwolnione. U innych w tych warunkach następuje pewna stabilizacja poniżej progu klinicznego zatrucia, stan, który możnaby nazwać „*status praesaturninus chronicus*”. Objawy obiektywne tego stanu nie różnią się zasadniczo od objawów pierwszych faz rozwijającego się zatrucia klinicznego. Będą to: rąbek, nakropienia, osłabienie mięśni. Natomiast dynamika tych zmian jest inna. W dalszej przyszłości powstaje anemja i późne zmiany degeneracyjne w różnych narządach, nawet bez wystąpienia kolki. Dlatego też przeciwstawienie liczb względnych z tablicy 4, opartej właśnie na objawach wspólnych dla obu typów, nie oddaje tej różnicy w charakterze zmian chorobowych. Należy też uwzględnić stosunkowo dłuższy czas pracy w II grupie niebezpieczeństwa w porównaniu z pierwszą (patrz tabl. 2.). O warsztatach reparacyjnych już była mowa. Ciekawa jest jeszcze III grupa niebezpieczeństwa. Okazuje się, że, biorąc ogólnie, nawet stolarz czy ślusarz w fabryce akumulatorów jest bardziej narażony na zatrucie ołowiem, aniżeli drukarz! Po części tłumaczy się to również przejściem z oddziałów niebezpiecznych. Albowiem z braku pracy i rzemieślnicy zgłaszają się do pracy niekwalifikowanej, np. do smarowni, a później dostają się do warsztatów pomocniczych, zgodnie ze swą kwalifikacją specjalną. Lecz zdarza się to nie tak często, jak przesunięcia pomiędzy grupą I. a II. Na 46 osób tej grupy tylko 7 uprzednio pracowało na oddziałach bardziej narażonych, istotnie wszyscy oni wykazują zmiany chorobowe. Pozostaje 39 osób, które nie pracowały uprzednio na oddziałach bardziej niebezpiecznych.

Z pośród nich 21, czyli 53.8% wykazuje zmiany I. wzgl. II. stopnia działania ołowiu. Otrzymujemy więc nadal wyniki gorsze, niż wśród drukarzy. Przyczyny tu są różne w zależności od zakładu. W jednym zakładzie warsztaty pomocnicze znajdują się pod wspólnym dachem z oddziałami produkcyjnymi, ślusarze wykonywują próbne odlewy z ołowiu, stolarze wyrabiają dla specjalnych celów skrzynie drewniane, wykładane wewnątrz ołowiem. W innym zakładzie w stolarni na pile tarczowej przecina się płyty ołowiowe, w ślusarni przycinają także płyty. Są to przykłady wadliwej organizacji pracy, polegające na nieprzestrzeganiu elementarnej zasady oddzielenia czynności niebezpiecznych od bezpiecznych. Usunięcie tych braków nie powinno przedstawiać trudności, szczególnie w miarę rozwoju fabryk. Tego rodzaju braki są charakterystyczne dla mniejszych zakładów, w których, oczywiście, ściślejszy podział pracy jest trudny do przeprowadzenia.

W tablicy 4 uwzględniliśmy III. stopień zatrucia, czego w pracy naszej o drukarzach nie uczyniliśmy. Są to przypadki zatrucia klinicznego. Stoimy nadal na stanowisku, że do rozpoznania ołowicy potrzebne jest wszechstronne badanie kliniczne, na co masowy charakter naszych badań nie pozwalał. Od tej zasady odstępiliśmy tylko w tych przypadkach, gdy oprócz stwierdzenia zespołu specyficznych objawów obiektywnych badany podał charakterystyczne objawy subiektywne, jak smak metaliczny w ustach, długotrwałe zaparcie, bóle brzucha i t. p. Symulacja nie wchodziła w rachubę. W ten sposób otrzymaliśmy liczbę przy-

padków stopnia III. Tylko w dwóch przypadkach nie uzyskaliśmy danych subiektywnych. U jednego badanie krwi pozwoliło rozpoznać anemię ołowicową. Drugi jest klasycznym przykładem dyssymulacji. Chory przy badaniu oświadczył, że czuje się doskonale. Obiektywnie miał: nakropień 19000 milion i wybitny rąbek na wszystkich zębach. Pracował od 6 miesięcy w smarowni. Twierdził, że w tym czasie nie chorował. W myśl przyjętej przez nas klasyfikacji mógł być zaliczony tylko do II stopnia działania ołowiu, choć uważaliśmy go za bardzo podejrzanego o zatrucie. W dwa tygodnie po badaniu znalazł się w szpitalu z typową koliką ołowiczą i tutaj podał, że już poprzednio miał dwukrotnie słabsze ataki kolki! Wobec tych wyjaśnień został przeniesiony do III. stopnia działania ołowiu. Takich przypadków wśród osób, zaliczonych do II. stopnia, jest więcej, nie mieliśmy jednakże co do nich danych dodatkowych. Liczby klinicznie rozpoznanej ołowicy nie oznaczają więc wszystkich tego rodzaju przypadków, a tylko tę część, co do której badany okazał nam zaufanie i powiedział prawdę. Element przypadku odegrał, jak wynika z tego, dość dużą rolę przy zaliczeniu do stopnia III. Tem ciekawsze jest, że podział tych przypadków na trzy grupy niebezpieczeństwa może trafniej oddaje stopniowanie niebezpieczeństwa zatrucia, niż stopień II. Mianowicie II. grupa niebezpieczeństwa ma tylko trzecią część tego, co grupa I., grupa III zaś nie ma ich wcale. Taki podział uwzględni również dynamikę procesów chorobowych, która niewątpliwie jest różna w trzech grupach niebezpieczeństwa. Ilustruje to również następujące zestawienie (tablica 5).

T A B L I C A 5.

Zatrucia ołowiowe a czas pracy w zawodzie. (bez fabryki A₁)

Czas pracy zawodowej	Grupy niebezpiecz.	Zbadano ogółem	Liczby bezwzględne Stopień działania ołowiu			Liczby względne Stopień działania ołowiu		
			I	II	I-II	I	II	I-II
do 1 r.	grupa I	52	6	40	46	11.5	76.9	88.4
	" II	33	9	12	21	27.3	36.4	63.7
	" III	17	5	2	7	29.4	11.8	41.2
	" I-III	102	20	54	74	19.6	53.0	72.6
1—2 lat	" I	50	13	36	49	26.0	72.0	98.0
	" II	17	5	11	16	29.4	64.7	94.1
	" III	16	9	4	13	56.1	25.0	81.1
	" I-III	83	27	51	78	32.6	61.4	94.0
ponad 2 l.	" I	50	8	38	46	16.0	76.0	92.0
	" II	37	5	26	31	13.5	70.3	83.8
	" III	13	3	5	8	23.1	38.4	61.5
	" I-III	100	16	69	85	16.0	69.0	85.0

W tablicy tej, by otrzymać niezbyt małe liczby, zadowoliliśmy się podziałem na grupę, która pracowała do jednego roku, drugą z czasem pracy od roku do 2 lat i ostatnią, pracującą ponad 2 la-

ta. Dla orientacji dodamy, że ponad 5 lat pracowało wszystkiego 11 osób. Warsztaty reparacyjne zostały włączone do II. grupy niebezpieczeństwa. Na różnicę w dynamice procesu chorobowego po-

szczególnych grup niebezpieczeństwa wskazują następujące fakty: I. grupa niebezpieczeństwa już w pierwszym roku pracy dochodzi do maksimum natężenia objawów, znamionujących naruszenie równowagi fizjologicznej (stopień II działania ołowiu). W grupie niebezpieczeństwa II. i III. dochodzi do tego dopiero po pracy co najmniej dwuletniej. Jeżeli uwzględnimy ogół zmian chorobowych (I. i II. stopień działania ołowiu razem), to zauważymy, że, gdy w pierwszym roku pracy pomiędzy trzema grupami niebezpieczeństwa zachodzą jeszcze znaczne różnice, które w przybliżeniu można wyrazić stosunkiem 2:3:4, w drugim roku pracy te różnice zmniejszają się; czas skompensował różnice w dawce ołowiu. Ciekawe jest, że maksimum natężenia ogółu zmian chorobowych przypada na drugi rok pracy, nie na późniejsze lata. Działa tu selekcja naturalna: ludzie bardziej wrażliwi zmieniają zajęcie, pozostają w zawodzie osoby, obdarzone większą tolerancją względem ołowiu. Z liczb naszych wynikałoby, że w przemyśle akumulatorowym ten „próbny okres biologiczny” trwa mniej więcej dwa lata.

* * * (dok. nast.)

Komunikat Polskiego Związku Przeciw-gruźliczego.

Wyjaśnienie wypadków zaszłych w Lubece pośród niemowląt szczepionych B. C. G.

W ostatnich tygodniach zjawily się w prasie codziennej polskiej, jak i zagranicznej alarmujące wiadomości o śmiertelnych zachorowaniach w Lubece wśród niemowląt, uodpornianych przeciw gruźlicy metodą Calmettea, zapomocą szczepionki B. C. G. — Pisma te podaly, iż wśród 243 niemowląt, szczepionych powyższą metodą, zachorowało w krótkim przeciągu czasu około 50 dzieci, z których 14 zmarło z powodu gruźlicy.

Wiadomości te wywołały zrozumiałe zaniepokojenie w świecie lekarskim, jakoteż wśród publiczności, zaniepokojenie, zresztą, zupełnie uzasadnione, gdyż nieznana była na razie przyczyna, która schorzenia te wywołała, nie wiedziiano, czy należy szukać jej w mało prawdopodobnej zmianie biologicznej, której uległ szczep B. C. G., czy też w nieszczęśliwym błędzie laboratoryjnym.

Obecnie już oficjalne dane, które posiadamy, pozwalają na ustalenie poglądu na powyższe zajście oraz na uspokojenie opinii publicznej, jakoteż świata lekarskiego.

W następstwie niepokojących wydarzeń wniesiona została w Niemczech interpelacja w parlamencie, na którą w dniu 21-go maja odpowiedział Kanclerz Wirth. Wyjaśnił on, że w lipcu 1929 r. Urząd zdrowia w Lubece otrzymał od prof. Calmettea szczep B. C. G., którego dalszą hodowlą i przygotowaniem szczepionki zajął się prof. Deycke. Przed użyciem szczepu do wyrobu szczepionki wykonano szereg doświadczeń na zwierzętach laboratoryjnych, które to doświadczenia stwierdziły, że szczep ten jest nie zjadliwy. Wówczas dopiero przystąpiono do szczepień noworodków. W kwietniu stwierdzono pierwsze przypadki śmiertelnych zachorowań, po których nastąpiły dalsze, wobec czego zaprzestano stosowania szczepionki. Powołana została Komisja w której skład weszli prof. Ludwig Lange oraz prof. Bruno Lange, reprezentant Instytutu „Robert Koch” w Berlinie, w celu zbadania, czy wchodzi w grę zmiana biologiczna szczepu, czy też karygodna pomyłka.

Natychmiast po zjawieniu się powyższych wiadomości w prasie zwrócił się Państwowy Zakład Higieny w Warszawie do Urzędu Zdrowia w Lubece, z prośbą o dokładniejsze dane co do przyczyn śmierci oraz udzielenie oficjalnych wyjaśnień. W odpowiedzi otrzymał pismo, które przytaczamy poniżej:

„W odpowiedzi na pismo z dnia 16 b. m. z żalem musimy donieść, że wiadomości, które się zjawily w prasie o wypadkach śmierci po szczepieniu B. C. G., odpowiadają rzeczywistości. Mamy zaszczyt przesłać wykaz z dnia 17 b. m. Do Szanownego Pana zapewne doszły już i dalsze wiadomości prasowe. Przyczyna zachorowań jeszcze nie została stwierdzona. Z wyniku badań, dokonanych przez ekspertów Państwo-

wego Urzędu Zdrowia wypływa, że jest b. nieprawdopodobnem aby można było przypisać winę szczepionce Calmettea jako takiej; wydaje się bardziej prawdopodobnem, że ze szczepionką były podawane zjadliwe łaseczniki gruźlicy.

Z głębokim Szacunkiem (—) Dr. Altstädt.
P. S. Stan szczepionych sposobem Calmettea z dnia 19-go maja 1930 r.

Ogólna liczba szczepionych	243.
1) z tej liczby zmarło	17 (7.0 %)
z powodu szczepienia	13 (5.3 %)
z innych powodów	4 (1.7 %)
2) chorych	33 (13.6 %)
w tej liczbie ciężko chorych	8
3) ozdowieńców	10 (4.1 %)
4) pod obserwacją lekarską	78 (32.1 %)
5) stan zdrowia niewiadomy	42 (17.3 %)
6) inne zachorowania	2 (0.8 %)

Możliwym jest, że u wymienionych pod 4 jeszcze zostaną stwierdzone wypadki zachorowań.

W ostatnich dniach maja wydał Instytut Pasteura następujące doniesienie w powyższej sprawie:

Doniesienie Instytutu Pasteura w sprawie wypadków w Lubece pośród niemowląt szczepionych B. C. G.

W dniu 24-go lipca 1929 r. p. Bielefeld prosił nas o wysłanie hodowli B. C. G. Doktorowi Altstädtowi, dyrektorowi Urzędu Higieny Publicznej w Lubece, w celu wprowadzenia metody szczepień ochronnych przeciwgruźliczych w rodzinach, pozostających pod kontrolą Ubezpieczeń społecznych. Dnia 27-go lipca Oddział Szczepionek Instytutu Pasteura wysłał żądaną hodowlę. Hodowla ta przybyła na miejsce przeznaczenia około 1-go sierpnia. Ten sam szczep był zużytkowany w naszym laboratorium do wyrobu emulsji szczepiennych, które były rozesłane do różnych okolic Francji i które posłużyły do zaszczepienia 373 dzieci w okresie czasu od 27-go lipca do 10-go sierpnia. Wśród tych dzieci nie zanotowano żadnego wypadku. Ten sam szczep był również wysłany 27-go lipca Doktorowi Castrejon, dyrektorowi Instytutu Higieny w Meksyku, a dn. 7-go sierpnia prof. Kirchensteiniowi, dyrektorowi Instytutu bakteriologicznego w Rydze (Łotwa).

Według wiadomości, dostarczonych w doniesieniu z dn. 14-go maja 1930 r. Państwowej Radzie Zdrowia w Berlinie przez D-ra Eckholdta, hodowlę, otrzymana w pierwszych dniach sierpnia przez D-ra Alstaedta, została przez tego ostatniego oddana Profesorowi Deycke. Przed użyciem jej do szczepienia dzieci szczepiono nią zwierzęta doświadczalne. Nie byliśmy powiadomieni o wynikach tych szczepień doświadczalnych. Wiemy jedynie z deklaracji Kanclerza Wirtha w Reichstagu w dniu 20-go maja, że dowiodły one nieszkodliwości hodowli, i że wskutek tego stwierdzenia postanowiono, i to dopiero w dn. 28 lutego 1930 r., zastosować u dzieci tę metodę szczepień.

Jednakże w dniu 26 kwietnia nastąpił pierwszy wypadek zgonu, a wiele dzieci zaszczepionych zachorowało. Wstrzymano natychmiast wydawanie szczepionki, ale poważne przypadki zakażenia gruźlicą drogą jelitową w dalszym ciągu następowały, a liczba zgonów wzrastała. Sekcje, które mogły być dokonane, nie pozostawiały najmniejszej wątpliwości co do natury choroby. Stawało się więc jasnem, że hodowla, użyta do wyrobu emulsji szczepiennej w Lubece, musiała być zakażona przez prątki zjadliwe.

Kiedy mogło nastąpić to zakażenie i skąd mogło pochodzić?

Jeżeli szczepienia doświadczalne, dokonane z pomocą szczepu, wysłanego z Paryża, okazały się nieszkodliwe dla świnek morskich, wydaje się oczywistym, że zakażenie musiało nastąpić po dokonaniu tych doświadczeń, a przed użyciem hodowli do szczepienia dzieci, t. j. mniej więcej w grudniu 1929 r. lub w styczniu 1930 r.

Nasuują się dwie hipotezy:

1) Albo hodowla B. C. G. została przypadkowo zakażona przez zjadliwe łaseczniki gruźlicy, pochodzące z innych hodowli laboratoryjnych w Lubece.

2) Albo przez nieuwagę kolby i próbki z hodowli gruźliczą zjadliwą, nieszczęśliwie umieszczone w tej samej cieplarni z hodowlami B. C. G., zostały zamienione i użyte do wyrobu emulsji szczepiennej w lutym 1930 r.

Przypuszczenie, aby B. C. G. mogło nagle w organizmie zaszczepionych dzieci odzyskać swoją zjadliwość, nie może być przyjęte. Żaden fakt kliniczny, ani doświadczalny go nie usprawiedliwia.

Jest więc niewątpliwe, że dzieci w Lubece spożyły zjadliwą hodowlę gruźliczą zamiast B. C. G. lub też zmieszana z B. C. G.

Jeżeli dzieci, które padły ofiarą, wykazują zmiany gruźlicze, i jeżeli szczepienie tych zmian świnkom morskim okazuje się zjadliwe dla tych zwierząt i wywołuje wtórne zmiany, jest to dowodem, że przyczyną nie jest B. C. G., bo wszystko, co wiemy o własnościach biologicznych tego szczepu, stwierdza, że zmiany pozornie gruźlicze, które on może wywołać, nie dają się przeszczepić i ulegają samoistnej regresji.

Badaliśmy w naszym laboratorium w Instytucie Pasteura, czy hodowle, pochodzące od szczepu, wysłanego do Lubeki 29 lipca 1929 r., spowodowały jakiegokolwiek przypadki bądź u dzieci, którym były podane, bądź też u świnek morskich kontrolnych. Otóż hodowla powyższa posłużyła w końcu sierpnia i we wrześniu 1929 r. do zaszczepienia 3.015 dzieci. Ani jeden wypadek wśród tych dzieci nie był notowany. Z drugiej strony — szczepienia, zrobione w dniu 9 września świnkom morskim tą samą emulsją, która była wydana dla dzieci, dały wynik ujemny. Wreszcie, z następnej hodowli, zastrzyknięto 9 świnkom dootrzewnowo 1, 5 i 10 mgr. Dwie spośród nich, które otrzymały jedna 5, druga 10 mgr. B. C. G. do otrzewny, zabite 23 stycznia 1930 r. wykazywały zwykłe gruźelki na sieci, lecz bez postępujących zmian gruźliczych. Wszystkie inne zostały zabite w dniu 2-go maja 1930 r. Sekcja ich nie wykazała żadnych zmian otrzewnowych lub innych. Widocznym więc jest, że nie tylko szczep przesłany do Lubeki, ale także szczepy dalsze, pochodzące z posiewu poprzedniego, są pozbawione zjadliwości i zachowały bez zmian charakterystyczne właściwości B. C. G.

Zresztą, rezultaty bardzo licznych szczepień dzieci we Francji, dokonywanych od r. 1924 (do maja 1930 w liczbie 242.250) i w wielu innych krajach wykazują całkowitą i stałą nieszkodliwość tej metody. Nie można wątpić o jej skuteczności, skoro porówna się śmiertelność z gruźlicy ogólnej u szczepionych i nieszczepionych w tym samym wyniku i żyjących w takich samych warunkach styczności z chorymi na gruźlicę.

W Instytucie Pasteura zachowane są wszelkie możliwe ostrożności celem uniknięcia przypadkowego zakażenia hodowli i zapewnienia kontroli ich niezjadliwości.

Szczepy B. C. G. są umieszczane w specjalnych ciepłarkach, zamykanych na kłódki, od których klucze posiadają jedynie szefowie laboratoriów. Posiewy, wszelkie manipulacje i zawiesiny szczepionki wykonywane są w laboratorium, które jest przeznaczone tylko do tego celu, i w których nie są przechowywane żadne inne hodowle, ani mikroby. Naczynia szklane i przyrządy, przeznaczone dla B. C. G., służą wyłącznie do tego użytku. Szczepionki przygotowują tylko szefowie laboratoriów, a nigdy ich personel pomocniczy. Również jedynie tylko szefowie laboratoriów robią posiewy. Wreszcie szczepienia doświadczalne są robione regularnie, a ich wyniki pozwalają zupełnie bezpiecznie używać hodowli do wyrobu szczepionki. Czystość szczepionki poza tym kontroluje się bakterjologicznie przed jej rozlaniem do ampulek i rozestaniem do miejsc przeznaczenia.

Jest więc pewnem, że w tych warunkach nie może się zdarzyć żadna pomyłka, ani przypadkowe zakażenie”.

W Deutsche Med. Wochenschrift z dnia 30 maja 1930 r. zjawiał się artykuł prof. Br. Lange z Instytutu „Roberta Kocha”, omawiający na podstawie badań, przeprowadzonych w Lubece, przyczyny zachorowań niemowląt na szczepieniach B. C. G. Autor podaje, iż do 25.IV zaszczepiono w Lubece 244 niemowląt, z których do 22.V zachorowało 50, z tych zmarło 14 z powodu gruźlicy, 4 zaś z powodu innych schorzeń. U dzieci zmarłych stwierdzono uogólnione zmiany gruźlicze w narządach wewnętrznych, typowe dla zakażeń drogą pokarmową (Fütterungstüberkulose). Objawy chorobowe występowały przeważnie po upływie 4 tygodni, śmierć po dwóch miesiącach od zaszczepienia.

Objawy gruźlicy występowały u dzieci szczepionych w różnych okresach czasu, a więc różnemi serjami przygotowanych szczepionek. Powyższe fakty upoważniają do wniosku, że w przygotowanej szczepionce znajdowały się laseczniki gruźlicy zjadliwej w dużej liczbie. Autor zastanawia się w dalszym ciągu nad możliwością zmiany laseczników B. C. G. na typ zjadliwy. Na podstawie dotychczasowych prac, dokonanych w laboratoriach całego świata, stwierdza, że zmiana ta jest wyłączone; nie udało się bowiem dotąd nikomu z badaczy zwiększyć zjadliwości szczepu B. C. G., który, nie podlegając żadnym wpływom, pozostaje nadal niechorobotwórczy. Nawet zastrzeżenie Petroffa, który wyhodował ze szczepu B.C.G. kolonie zjadliwych laseczników, okazały się nieuzasadnione, gdyż badania w instytucie „Roberta Kocha” stwierdziły, że kolonie te były lasecznikami typu ludzkiego, pochodziły więc niewątpliwie z zanieczyszczenia, gdyż szczep B. C. G. jest typem bydlęcym. Przypuszczenie więc, by przyczyną zachorowań i śmierci była przemiana biologiczna laseczników B. C. G. jest nieuzasadnione. — Jakkolwiek Lange nie jest przekonany co do własności uodparniających B. C. G., to jednak uważa, iż byłoby godnym pożałowania, gdyby w następstwie smutnych wypadków w Lubece zaprzestano raz na zawsze szczepień w Niemczech, bowiem w walce z gruźlicą powinna być stosowana każda nieszkodliwa metoda, która rokuje jakiegokolwiek nadzieje powodzenia.

Zarówno więc z oficjalnego wypowiedzenia się czynników rządowych w Niemczech, jak i z artykułu prof. Lange wynika, że fatalnych skutków dokonanych szczepień w Lubece nie można wiązać przyczynowo z własnościami szczepu B.C.G., lecz, że zaszedł niewątpliwie błąd lub niedbalstwo w przygotowaniu szczepionki, która bądź została zanieczyszczona lasecznikami zjadliwymi, bądź też przygotowana w całości ze szczepu gruźlicy zjadliwej. Dotychczasowe wyniki badań powinny uspokoić świat lekarski co do możliwości szkodliwego wpływu szczepień B. C. G. i wykluczyć wszelkie nasuwające się w tym zakresie wątpliwości natury naukowej.

Sprawy zawodowe.

Co robiły Izby Lekarskie w 1928 r.?

(Dokończenie p. Nr. 23).

Szereg spraw, które stanowiły przedmiot obrad i zainteresowania Izb oświatowych oprócz Naczelnej Izby Lek. — jest b. długi i różnorodny i za przykładem poprzedniego zestawienia za lata 1926 i 27 dzielić na 4 grupy zasadnicze: I grupa sprawy dotyczące bytu lekarzy, II grupa — sprawy zdrowia publicznego, szpitali i t. p., III grupa — sprawy społeczne, ubezpieczenia, podatki, wystąpienia do władz, IV grupa — sprawy prawodawstwa, sprawy dotyczące uprawnień Izby Lek., sprawy administracyjne i prawne. Oczywiście jest to podział szematyczny, dowolny i niektóre sprawy dałyby się zaliczyć do dwóch grup. Niektóre sprawy są tak dobrze w sprawozdaniach opracowane, lub uchwały mają zasadnicze znaczenie, że zasługują na podanie ich do wiadomości ogółu lekarzy, o ile nie są jeszcze opublikowane, jak to uczyniła Izba Wileń. — Nowogródzka w № 17, 18, 19 i 20 „Nowin Społeczno — Lekar.” z 1929 r. Opinje Komisji Zdrowia, Bytu, Pośrednictwa Pracy (omawia obecny system obsadzania posad) i Komisji Podatkowej tej Izby stanowią całe elaboraty, godne uważnego przeczytania w „Nowinach” i zapoznania się z nimi szerszego ogółu.

I grupa. Sprawy dotyczące bytu lekarzy.

Izba Warszawska zajmowała się zapoznaniem

się z ustawą o (ubezpieczeniach pracowników umysłowych. uznała ją za dogodną dla ubezpieczonych lekarzy i postanowiła zwrócić się do Min. Pracy i Opieki Społ. o warunki ubezpieczenia państwowego dobrowolnego większej grupy lekarzy. Gdyby warunki były niekorzystne, Izby winne dążyć do własnej Kasy Emeryt. według opracowanego już projektu z wprowadzeniem w nim pewnych modyfikacji.

b) Komisja Kasy Pogrzebowej Izby Warsz. opracowała nowy statut Kasy Pogrzebowej.

c) Izba Lwowska zajmowała się swą Kasą Ubezp. i podwyższyła świadczenia wobec pomyślnego stanu Kasy.

d) wprowadziła zmiany w Regulaminie Kasy Emeryt. Lwów.

e) Izba Łódzka zajmowała się też ustawą o ubezp. prac. umysł i powzięła uchwały analogiczne do uchwał w tej kwestii Izby Warszaw.

f) sprawę potrąceń z poborów Kasy Ch. lekarzom emerytom ich emerytur zajmowało się kilka Izby. Sprawa została uregulowana prawodawczo i emeryci mają prawo obejmowania posad w instytucjach społecznych z zachowaniem całości swych emerytur.

g) Łódź zajmowała się zbieraniem danych o warunkach pracy i płacy w Kasach chor. i 7-dmio goźinnym dniem pracy dla lekarza — sprawa nieukończona.

h) Łódź — sprawa stanowisk lekarzy rejonowych z ramienia Sejmików powiat. Izba uznała, że są godne zalecenia ze względów społecznych i materialnych, jako punkt oparcia przy osiedleniu się lekarza w danej miejscowości.

i) sprawa ordynowania w kilku lecznicach była rozpatrywana i w kilku konkretnych wypadkach została uregulowana (Łódź). W jaki sposób i zasadniczej uchwały sprawozdanie nie podaje.

k) w sprawach „ogłoszeń dziękczynnych” i reklam Zarząd wzywał lekarzy do wyjaśnień (Łódź).

l) Zarząd Izby interwenjował w sprawie zatargu pomiędzy kolegami, w której sposób załatwienia odbiegał od przyjętych norm etycznych.

m) Izba Łódzka zajmowała się sprawą Stowarzyszenia „Rodzina Lekarska” uznając instytucję za b. potrzebną i wyrażając opinię o konieczności wprowadzenia reorganizacji instytucji, gdyż pomoc dotychczasowa jest b. nikłą.

n) Izba Wileńska rozpatrywała i uzupełniła uwagami Projekt Kasy Emer. dla lekarzy i Kasy Zapomogowej dla wdów i sierot po lekarzach.

o) Wilno opracowało projekt ankiety dla wyjaśnienia bytu lekarzy.

p) Izba Wileń. wyjednała zgodę wszystkich aptek w Wilnie na wydawanie leków na warunkach ulgowych rodzicom po zmarłych lekarzach.

II grupa. Sprawy zdrowia publicznego, szpitale i t. p.

Izba Warszawska poświęciła cały szereg posiedzeń dla przedyskutowania projektu Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o zakładach leczniczych, uchwaliła szereg zmian. Wynik pracy tej wydrukowano w Biuletynie Nr. 4/28 r. Izby Warszaw. Białostockiej.

Izba Łódzka na skutek zwrócenia się Wojew. Urzędu Zdrowia zajmowała się sprawą leczenia chorych przez Zakon OO. Bonifratrów i stwierdziła, że leczenie prowadzone jest przez dyplomowanego lekarza.

Izba Łódzka ingerowała w sprawie szpitala w Kaliszu, wysłała specjalnego delegata, który odbył wspólne posiedzenia z lekarzami kaliskimi, wypracowano pewne postulaty, które przesłano również władzom m. Kalisza.

Izba Lubelska: a) zwracała się do władz w sprawie partactwa lekarskiego i felczerskiego, uprawianego przez b. sanitariuszy wojskowych.

b) organizowała akcję zwalczania raka i wydała 3.000 popularnych ulotek w tej materii.

c) stwierdziwszy niepomiarne dużą ilość przerywań ciąży, w czem Izba dopatruje się kleski społecznej, wystąpiła do Naczelnej Izby Lek. o organizację Zjazdu lekarzy polskich w tej materii.

Izba Wileńska wyłoniła Komisję Zdrowia o składzie przedstawicieli Katedry Higieny Uniwersytetu, Tow. Higienicznego, Wydziału Wojew. Zdrowia, Magistratu, lekarzy szkolnych, kolejowych i Związku Lekarzy. Komisja przysłała do przekonania, że w zakresie zdrowia publicznego, dotyczącego całego obszaru Państwa, w obecnych warunkach dla jej pracy miejsca nie ma. Działalność Komisji w najlepszych warunkach może zaledwie ogarnąć teren Izby Wileń. Nowogr.; jednak i tu działalność jej nie może być intensywna. Dla zachęty lekarzy do opracowania spraw lokalnych należy wyznaczyć z funduszy Izby konkursy na prace w zakresie higieny i medycyny społecznej i przeznaczyć na to 1.000 zł. Wysłunięto 3 tematy: badanie tytoniów monopolowych, sanitarne opisanie miasta lub powiatu, sanitarna gospodarka samorządowa. Naczelna Izba Lekarska nie zgodziła się na zatwierdzenie wydatku na konkursy z funduszy Izby, jako nie przewidziane Ustawą o Izbach Lekarskich. Komisja prosi Zarząd Izby o przekazanie sporu tego na najbliższe posiedzenie plenarne Naczelnej Izby Lekarskiej.

III grupa. Sprawy społeczne, podatkowe, prawne. Wystąpienia do władz.

Izba Lwowska zajmowała się: a) interwencją w sprawach podatkowych, b) interwencją w sprawie leczenia nieczłonków przez Kasy Chor.

c) wydawała opinie w sprawie lekarzy szkolnych i znawców sądowych, d) opinie w sprawie udzielania koncesyj aptekarskich, e) wysyłała delegatów do Komisji pojedynawczych Kas Chor., f) opracowała memoriał do Sejmu z okazji projektu statutu dla m. Lwowa (o wyłączenie zawodów wolnych z kola głosów powszechnych i wcielenie do kola wyborców uprzywilejowanych), g) występowała w sprawie utrzymania wolnego wyboru lekarzy w Kasie Chor. w San-

ku, gdzie wprowadzono system ambulatoryjny. Wobec nie ustepliwości przedstawiciela Związku Kas Chor. starania nie doprowadziły do celu.

Izba Łódzka: a) występowała w sprawie honorowania w Sądach Pokoju świadectw felczerskich do Nacz. Izby Lek. i Prezesa Sądu Okręgowego. W wyniku — Sady Pokoju świadectw felczerskich honorować nie będą. b) w sprawie specyfików zagranicznych wyraziła pogląd o ograniczeniu zapisywania specyfików zagranicznych, należy dążyć do zapisywania recept indywidualnych. W sprawie powyższej ogłosiła odezwę w łódzkiej prasie codziennej, c) potępiła Zarząd Kasy Chor. o ryczałtowe przygotowywanie pewnych leków co się zgadzało z opinią Naczelnej Izby Lekarskiej przesłanej do Związku Zawodowego Farmaceutów, d) interwenjowała u Prezesa Izby Skarbowej w sprawie oceny zeznań lekarzy o obrocie. W wyniku tej interwencji Izba Lek. przesała odwołania lekarzy bezpośrednio do wiadomości p. Prezesa Izby Skarbowej.

Izba Wileńska. Komisja Podatkowa Izby, pełniąc funkcje „Komisji Rzecznawców” w myśl ustawy skarbowej, porozumiewała się z Izbą Skarbową i „opinie Komisji Izby Lek. były wielce miarodajne”.

Izba Poznańska sporo czasu poświęciła rozstrzygnięciu sporów ciekawych i zasadniczych z życia stanu lekarskiego: a) pewne Tow. Lek. zwróciło się do Izby Poznańskiej o rozstrzygnięcie pytania, czy Naczelny Lekarz Kasy Chor. ma prawo rozstrzygać o niezdolności do pracy chorych członków Kasy, nawet z wyłączeniem udziału w tej czynności lekarzy leczących, o ile tę czynność Zarząd Kasy mu polecił. Zarząd Izby Poznań. wydał opinię: pod względem prawnym do ordynacji lekarskiej nie zalicza się ścisłego określenia, czy pacjent jest zdolny lub nie, do pracy, ordynacja lekarska bowiem obejmuje jedynie radę lekarską, by pacjent swój zawód wykonywał lub nie, a do tej rady pacjent może się zastosować według własnego uznania i woli. Określenie zdolności do pracy na świadectwach Kasy Chor. jest aktem wypływającym z umowy pomiędzy lekarzem a Kasą Chor. Kasa Chorych ma prawo powoływać Komisję kontrolującą i może powierzać funkcje Komis. Kontr. Lekarzowi Nacz. Kasy, jako lekarzowi zaufania. Lekarz Nacz. i Komis. Kontr. obowiązani są do przestrzegania wszelkich zasad etyki lekarskiej i dobrych zwyczajów wobec członków i lekarzy Kasy Chorych.

b) Wobec skargi lekarzy na Komisję podatkową. Zarząd Izby zwrócił się z pismem do Wielkop. Izby Skarb.; (streszczenie) Urzędy Skarbowe postępują niejednolicie; jedne z urzędów zezwalają na potrącenie odliczeń z art. 10 Ustawy o podatku dochodowym, wymienionym pod p. 5 tego art. (bezpośrednie podatki państwowe, samorządowe, przymusowe świadczenia i t. d.), inne zaś urzędy odmawiają tego odliczenia. Zarząd Izby stoi na stanowisku, że art. 6 ustawy o podatku dochodowym określa jasno i wyraźnie pojęcie dochodu, podlegającego opodatkowaniu; Art. zaś 10 ustala kategorie wydatków i ciężarów, których odliczenie jest dopuszczalne. Traktowanie którejkolwiek kategorii „odliczeń” wyszczególnionych w art. 10 punkty od 1—6, w szczególności zaś „odliczeń” wymienionych pod p. art. 10, jako kosztów osiągnięcia, zachowania i zabezpieczenia przychodów, nie znajduje uzasadnienia ani w treści ani w strukturze ustawy, ani też w naturze samej, skoro jest naturalnem, iż podatki i świadczenia objęte tym par. art. 10 ustawy mogą być zależne od wysokości dochodów, lecz nie należą do kategorii wydatków od których zależnem by być mogło osiągnięcie dochodów należących przeto w stosunku do dochodów do „skutków”, ni, zaś do „przyczyn lub warunków” osiągnięcia dochodów. Izba Lek. prosi o zarządzenie celem uchylenia niejednolitej praktyki Urzędów skarbowych. Na pismo to Izba Lek. otrzymała pismo mało sprawę wyjaśniające i powołuje się na to, że Urzędy skarbowe są w posiadaniu puczeń stosowania norm średniej zyskowności przy ustalaniu dochodów lekarzy, normy nie są bezwzględnie obowiązujące, Komisje szacunkowe mają prawo odstępować od nich, a odwołania niezadowolonych płatników rozpatruje indywidualnie Komisja odwoławcza.

Komisja Izby Lek. powołana do projektu zmian podatku obrotowego i innych doszła do przekonania, że akcja miałaby powodzenie, gdyby podjęły się wszystkie zawody wolne wspólnie.

c) Okręg. urz. Ubezpiecz. zażądał od Izby Lekarskiej Poznańskiej delegowania do Komis. Pojedn. Kas Chor. jednego lekarza, gdyż jednego lekarza deleguje organizacja zawodowa, resztę wybiera ogół lekarzy Kas Chor. Zarząd Izby Lek. uznał, że Izba Lek. nie jest organizacją zawodową, lecz samorządową

urzędowym przedstawicielstwem stanu lekarskiego, zawodowemu zaś organizacjami są Związki Lek., Zrzeszenia Lek. różne i t. p. Izba Lek. stoi ponad wszystkimi organizacjami lekarskimi i czuwa nad nimi, czy nie wykraczają przeciw przepisom natury etycznej i t. p. Wyjaśnienie zatem Min. Pracy i Op. Spół., jakoby Izba Lek. była organizacją zawodową jest mylne.

Okręgowy Urząd Ubezp. wysłał prawdopodobnie pismo Izby Lek. do Minister. Izba bowiem otrzymała od Min. Spr. Wewn. z tytułu zwierzchniego nadzoru list, że powyższe zapatrywanie Izby Lek. jest niewłaściwe. Izba jest organizacją zawodową i winna wysłać 1 lekarza do Komisji Pojednawczej.

d) Tow. Ubezp. zapytało Izbę, czy lekarz jest obowiązany wyjawiać powód śmierci Tow. Ubezp.. Odpowiedź: lekarza obowiązuje art. 11 ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej, dotyczący zachowania tajemnicy.

e) w Izbie Poznań. powstała kwestja, czy członek Zarządu Izby może przyjąć obowiązki obrońcy przed Sądem tej Izby. Decyzja Zarządu Izby: może, lecz nie powinien ze względu na solidarność. Zarząd Izby odniósł się do Nacz. Izby Lek. o zajęcie stanowiska. Decyzja N. I. L.: nie może być obrońcą ten, kto uczestniczył w wydaniu decyzji Zarządu, przekazującej sprawę Sądowi Izby, lub brał w danej sprawie jakiegokolwiek udział. O ile członek Zarządu w sprawie najmniejszego udziału nie brał, nie ma ze strony prawnej przeszkody do przyjęcia obrony. Z punktu stosunków koleżeńskich członek Zarządu, nawet nie biorący udziału w przekazaniu sprawy Sądowi, nie powinien przyjąć obrony.

f) Na pytania: 1) czy należy członka Izby, który dał piśmienne zobowiązanie pod słowem honoru zwrócić w terminie kwotę pieniężną, czego nie uczynił i 2) czy należy lekarza za fałszywą grę w karty — pociągnąć do odpowiedzialności przed Sąd Izby, Naczelna Izba Lek. wydała opinię: 1) za obowiązek zawodowy lekarza uważać należy nie tylko prawidłowe wykonywanie czynności lekarskich, lecz i całokształt postępowania, odpowiadający sumieniu, godności i dobremu obyczajowi, obowiązującym stan lekarski. Gdy Zarząd Izby, po dokładnym zbadaniu, uzna czyn zarzucony za wykroczenie tego rodzaju i tej miary, że narusza porządek moralny, obowiązujący stan lekarski — ma prawo i obowiązek złożyć doniesienie Sądowi Izby, jako Sądowi dyscyplinarnemu. 2) W drugim wypadku, jeżeli Zarząd Izby otrzymał oskarżenie dokładnie określone przez oskarżyciela, odpowiedzialnego za oskarżenie, winien sprawę przekazać Sądowi Izby w porządku dyscyplinarnym. Jeżeli zaś do Zarządu Izby dochodzą głuche wieści, rzeczą Izby jest dokładnie zbadać: a) czy podejrzenie jest oparte na wiarygodnych danych, b) czy narusza porządek moralny, obowiązujący stan lekarski, c) przesłuchać oskarżonego i osoby mogące rzecz wyjaśnić, d) dowiedzieć się czy w łonie Stowarzyszenia, w obrębie którego zaszedł inkryminowany czyn sprawa została wyjaśniona i rozstrzygnięta i dopiero potem decydować, czy sprawę się umarza, czy przekazuje Sądowi Izby.

g) Izba Poznań. otrzymała memoriał od Związku Lekarzy Pol. i Lek. szpit. w sprawie nowej ustawy szpitalnej, któ-

ra znosił dotychczasową zasadę zezwalającą ordynatorowi na praktykę prywatną u swoich prywatnych pacjentów i umieszczanie ich w szpitalach — i prosi o przywrócenie tej zasady. Memoriał został skierowany do Depart. Służby Zdr. Min. Spr. Wewn. z poparciem Izby.

h) W końcu r. 1928 Izba Poznań. zajmowała się 2 zagadnieniami: sprawą zmiany taryfy lekarskiej i sprawą grożącego stanu bezkontraktowego w Kasach Chor. Obie sprawy i cała korespondencja Izby z odpowiedniami władzami są w sprawozdaniu Izby za r. 28 wyłożone na 11 str. pisma masyzynowego, nie dają się streścić w niniejszym zestawieniu, a osoby interesujące się przebiegiem tej walki mogą tylko odesłać do oryginału sprawozdania Izby Lek. poznań. Pomorskiej za 1926 r.

IV grupa. Sprawy prawodawcze. Sprawy Zarządów Izb.

Izba Warszawska — wobec trudności ściągania opłat izbowych od opornych członków, już w r. 1927 rozpoczęła starania w Min. Spr. Wewn., by zgodnie z ustawą o Izbach Lek. władze administracyjne ściągaly składki. Odpowiedź pomyślna nadeszła dopiero w grudniu 1928 r.

Izba Lwowska a) opracowała Kodeks deontologiczny lekarski i b) wystąpiła do władz administracyjnych o przymusowe pociągnięcie do zarejestrowania się w Izbie przeszło 100 lekarzy, oddawna wykonywujących praktykę i ignorujących prawo.

Izba Lubelska a) napotyka wciąż na duże trudności w rejestrowaniu lekarzy cywilnych i wojskowych i występowała do władz, b) uzupełnia mapę rozmieszczenia lekarzy i instytucji lekarskich w obrębie Izby Lubelskiej, c) rozpatrywała projekty w sprawie obejmowania posad rządowych i samorządowych przez lekarzy: d) zajmowała się sprawą ustalenia właściwości Sądów Izb i ujednostajnienia postępowania Zarządów i Sądów Izb w sprawach sądowych.

Izba Łódzka za inicjatywą N. I. L. ujednastajnieniem procedury Sądów Izb, omówieniem granic wkraczania władzy nadzorczej w życie Izb i Sądów Izb.

Sprawę ustalenia jednolitej deontologii lekarskiej na wezwanie Prezydium Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej nie ukończyła i odłożyła do roku przyszłego.

Zarząd odpowiedział odmownie na pismo N. I. L. o utworzeniu wspólnego dla wszystkich Izb organu prasy, gdyż Izba Łódzka wydaje swoje biuletyny.

Izba Wileńska a) opracowała i zatwierdziła kodeks deontologiczny lekarski, b) zwróciła się za pośrednictwem N. I. L. do władz centralnych w celu spowodowania zarządzenia by wszelkie posady rządowe, samorządowe i ubezpieczeniowe były obsadzone jedynie w drodze konkursów, z koniecznym udziałem przedstawiciela odpowiedniej Izby Lekarskiej, c) opracowała Regulamin Biura Pośrednictwa Pracy, który poleca przedstawicielom do N. I. L. dla rozciągnięcia go na wszystkie Izby Lekarskie.

Dr. Antoni Krzyczkowski (Warszawa)

Wiadomości bieżące

— Komendant Sanatorium Wojskowego im. Marszałka J. Piłsudskiego w Zakopanem wystosował do kol. Kazimierza Dłuskiego pismo następujące.

Zakopane dn. 29 maja 1930 r.

Wielce Szanowny Panie Prezesie!

Z okazji 75 Rocznicy Urodzin Pana Prezesa pozwałam sobie przesłać w imieniu własnym i wszystkich swoich współpracowników — jakoteż w imieniu kuracjuszy tutaj. Sanatorium wyrazi najgłębszej czci i szacunku dla Osoby Pana Prezesa za wielce owocną dla kraju pracę obywatelską i lekarską.

Proszę przyjąć te skromne wyrazy jako dowód prawdziwego pietyzmu, żywionego dla osoby Pana Prezesa przez nas, jako przez korzystających obecnie ze stworzonej energią, zapałem i wiedzą

Pańską wielkiej i zasłużonej placówki społecznej. Proszę przyjąć również szczere zapewnienie, że zmiana nazwy Sanatorium tego w niczem nie zmniejsza w naszym przekonaniu pełnego uznania i głębokiego sentymentu, żywionego przez nas dla Twórcy Sanatorium.

Na uroczystym zebraniu T-wa Lekarzy w Zakopanem, odbytym w dniu 28/5. b. r. w murach tuższego Sanatorium, dałem temu publicznie wyraz, dodając, że wiadomo mi jest pozytywnie, że Pan Prezes rad jest z faktu przejścia Sanatorium na własność M. S. Wojsk. Zaznaczyłem przytem, że z faktu tego wynika jednak również zmiana w zadaniach Sanatorium: zawód musiałby spotkać tego — ktoby oczekiwał — by Sanatorium nadal przodowało wybitnie w postępie lekarskiej wiedzy gruźliczej w Polsce — gdyż zadaniem wojska, więc i instytucji wojskowych jest jaknajce-

lowsze wyzyskiwanie doświadczeń poczynionych i wiedzy zdobytej przez innych; praca naukowa zaś, aczkolwiek zalecana i popierana przez władze wojskowe, jest jednak luksusem dla nas — na który tylko z największym wysiłkiem pozwalają sobie możemy.

Jednak z wysiłków w tym kierunku nie rezygnujemy, a potężnym bódźcem jest w tem dla nas nazwisko Twórcy Sanatorium — choćby w myśl zasady: Noblesse oblige.

Proszę również o łaskawe przyjęcie do wiadomości, że dla uczczenia Rocznic kuracjusze i pracownicy tut. Sanatorium ufundowali cegiełkę na rzecz Instytutu Radowego im. M. Curie-Skłodowskiej, który to instytut jest, jak mi wiadomo, przedmiotem wielkiego zainteresowania ze strony Pana Prezesa. — Do komitetu Daru Narodowego dla M. Curie-Skłodowskiej zwracam się równocześnie z prośbą o umieszczenie na cegiełce tekstu: Wojskowe Sanatorium im. Marsz. J. Piłsudskiego w Zakopanem dla uczczenia 75 rocznicy urodzin D-ra Kazimierza Dłuskiego Twórcy Sanatorium.

Pozwalam sobie nadmienić w końcu, że odpis niniejszego listu przesyłam równocześnie Redakcji Warsz. Czasopisma Lekarskiego — które zainicjowało obchód Rocznic.

Komendant Sanatorium

(-) Dr. Czarnek Zbigniew ppłk. lek.

— Generalny sekretarz XIII. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników w Wilnie za naszym pośrednictwem prosi uczestniczkę Zjazdu, która w czasie wycieczki do Trok zgubiła koleczyk, aby w jaknajkrótszym czasie zechciała zgłosić się pod jego adresem (Prof. dr. K. Michejda — Wilno, ul. Cicha nr. 1) podając równocześnie krótki opis zgubionego przedmiotu.

— Nr. 10-ty dwutygodnika „Oziecko i Matka” przynosi następujące artykuły: W. Borudzkij „O babci”, M. Benisławskiej

„Samopomoc”, Ewy Szelburg „Maliduzi” (dwie nowelki) M. Dobrowolskiej „Pokój niemowlęcia”, M. Morzkowskiej „Odżywianie w okresie ciąży”, Dr. H. Niemezyckiej „Apteczka domowa”, Dr. F. Łuniewskiej „Płasawica”, ubranka i sukienki, zabawka domowego wyrobu, porady dla matek w odpowiedziach Redakcji.

Dział „Ważne drobiazgi” porusza sprawy: niedotrzymanie słowa, rozmowy z dzieckiem przed zaśnięciem, autorytetu rodziców, systematyczności w codziennych czynnościach, zabawy dziewczynek z chłopcami, pomocy matce, okładów ogrzewających, pielęgnacji i kąpieli niemowląt.

Dział „Matki między sobą” porusza równie ważne i aktualne tematy. Numer jak zwykle zawiera liczne ilustracje z życia dzieci czytelników. Redakcja i Administracja — Warszawa. Plac Zamkowy 9.

ZHARLI.

Aleksander Wileńczyk, st. asystent przy katedrze bakterjologii Un. Warsz. — w Warszawie.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

10.VI. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

1. Wiceprezes. — Wynik konkursu im. Dra Wacława Męczkowskiego. 2. M. Wierzuchowski i W. Pieskowski. — Wpływ insuliny na „cukrzyce” głodową, białkową i tłuszczową. 3. A. Pallier i M. Wierzuchowski. — O szybko-rytmicznym wprowadzaniu pokarmu: cukry.

10.VI. Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

A. Pokazy:

1) St. Frank i H. Adelfang: Przypadki samostnego rozszerzenia przelyku i ich leczenie. 2) Aleksander Fryszman: O wskazaniach do pozapęcherzowej pyelografji (z pokazem roentgenogramów).

TREŚĆ: S. BAU-PRUSSAKOWA i J. MACKIEWICZ. O pierwotnych nowotworach barwnikonośnych rdzenia. — M. TAU-BENHAUS. Myectomia sub graviditate. — St. HIRSZBERG. W sprawie patogenyzy pryszczycy. (Str. zbior.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Polemika. — St. KRAMSZTYK. Wpływ witamin na retencję wapnia. — B. NOWAKOWSKI i H. RABINOWICZ. Ołowa zawodowa w przemyśle akumulatorowym. (C. d.). — Komunikat Polskiego Związku Przeciwgruźliczego. — A. KRZYCZKOWSKI. Co robiły Izby Lekarskie w 1928 r.? — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: S. BAU-PRUSSAK et J. MACKIEWICZ. Sur les tumeurs pigmentaires primitives de la moelle. — M. TAUBENHAUS. La myectomie pendant la grossesse. — St. HIRSZBERG. A propos de la pathogénie de l'eczème. (Rev. gén.). — St. KRAMSZTYK. L'influence des vitamines sur la rétention du calcium. — B. NOWAKOWSKI et H. RABINOWICZ. Le saturnisme professionnel dans l'industrie d'accumulateurs. (suite). — Communiqué de la société polonaise. contre la tuberculose — A. KRZYCZKOWSKI. Qu'est-ce que les Chambres Médicales ont fait en 1928 ?.

WARUNKI PRENUMERATY:

W Warszawie 12 Zł., na prowincji 14 Zł., zagranicą 16 Zł., kwartalnie.

CENY OGŁOSZEŃ:

Okładki oraz ogłoszenia w tekście: cała strona złotych 300,—, pół str. zł. 160.—, ćwierć zł. 90.—

Ogłoszenia na miejscach nierezewowanych: cała strona zł. 250.—, pół str. zł. 100.—, ćwierć str. zł. 80.—, ósma część str. 50.—

Załączenie wkładki do całego nakładu zależnie od wagi od zł. 200,— do 400.—

Administracja Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego przeniesiona została do drukarni „SIŁA”, Marszałkowska 71, tel. 334-48.

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

Redaktor przyjmuje codziennie od 3ej do 4ej pp.

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

Drukarnia „SIŁA” Warszawa, Marszałkowska 71, tel. 334-48.