

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

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

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

Rok VII

WARSZAWA, 19 CZERWCA 1930 R.

Nr. 25

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

*Z oddz. chorób nerwowych w Szpitalu na czystem
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).

(Dokończenie: p. № 24)

Przypadek II. R. S. I. 29. Przybył do szpitala 6/I. 1929 r. Przed 4 miesiącami wystąpił ból na wysokości dolnych kręgów lędźwiowych, promieniujący nieco na prz. i na 1. od kręgosłupa. Po upływie 2 tygodni ból zaczął promieniować do l. uda, dochodząc do kolana. Ból nasilał się nocą; w dzień chwilami ustawał. Przed 3 tygodniami ból się zmniejszył, wystąpiło natomiast osłabienie kończyny dolnej prawej. Poza przemijającym utrudnieniem urynowania nie miał żadnych zaburzeń ze strony pęcherza. Stolec zaparty. Kły nie przechodził.

Badanie przedmiotowe: narządy wewnętrzne bez zmian, mocz bez białka i cukru.

Nerwy czaszkowe, kończyny górne niezmienione.

Kończyny dolne: goleń lewa o 1 ctm. szczuplejsza od prawej. Unoszenie en masse kończyny lewej nieco ograniczone (z powodu bólu?), pozatem rozmiar ruchów we wszystkich odcinkach oraz siła mięśni bez zmian. Napięcie mięśni obniżone.

Kończyna prawa wykazuje wybitny niedowład o typie wiotkim, szczególnie w odcinku obwodowym. Czuć powierzchowne wszystkich rodzajów po stronie prawej, od L_1 — L_3 włącznie zniesione, między D_{12} — L_1 oraz poniżej L_3 osłabione; po str. lewej od D_{12} w dół, osłabione. Czuć głębokie niezmienione.

Odruchy brzuszne zachowane, dolne osłabione. GrR zniesiony obustronnie. PR: l. zachowany, prawy = O, AR żywe, Odruchy podeszwowe = O. R o s s o l i m o obustronnie dodatni.

Chory trzyma kręgosłup sztywno, przy staniu zatracą się lordoza fizjologiczna. Ruchy kręgosłupa ograniczone z powodu bólu. Kręgi lędźwiowe dolne bolesne na ucisk. Objaw Lasségué dodatni po stronie lewej. Płyn mózgo-rdzeniowy bitnie ksantochromiczny. Krzepnie natychmiast po wypuszczeniu. Odczyn Nonnego-Appelta silnie dodatni; pleocytozy brak. Po P.L. nastąpiło pogorszenie, ból w kończynie lewej zwiększył się, wystąpił ból w brzuchu; osłabienie kończyny prawej wzmożło się, znikły (ba AR i PR l. W 3 dni później osłabło również udo lewe. Znieczulenie po stronie prawej objęło wszystkie odcinki lędźwiowe, po stronie lewej L_4

Lipiodol, zastrzyknięty podpotylicznie (12/1), zatrzymał się w postaci pendzla nieco powyżej środka XI. kręgu grzbietowego. Poniżej tego cienia widać tylko pojedyncze kropki lipiodolu (zdjęcia dokonano w 15 minut po zastrzyknięciu lipiodolu).

Lipiodol, zastrzyknięty do lędźwiowo w położeniu Trendelenburga (14/1), zatrzymał się przy szparze międzytrzonowej, między I. kręgiem lędźwiowym a XII. grzbietowym, w kształcie stożka, zwróconego podstawą ku górze.

15/I dokonano nakłucia aspiracyjnego między XII. kręgiem grzbietowym a I. lędźwiowym. Zawartość strzykawki wzięto do spirytusu i odwirowano. Na preparatach barwionych z otrzymanego osadu stwierdzono komórki barwnikonośne oraz barwnik wolny, w postaci ziarenek barwy brunatnej.

19/I operacja (dr. Lubelski). Usunięto łuki kręgów grzbietowych XI i XII oraz I. lędźwiowego. Poprzez twardówkę przeświecało zabarwienie sinawe na całej rozciągłości rdzenia odsłoniętego. Twardówkę przecięto. W otwór w twardówce wsunął się worek pajęczynówkowy, o kształcie wrzecionowatym, mocno napięty. Poprzez pajęczynówkę przeświecał płyn mózgowo-rdzeniowy oraz masy koloru sino-czarnego, które zdawały się kończyć w okolicy I. kręgu lędźwiowego jakgdyby językowatymi odnogami. U górnego brzegu rany operacyjnej guz się nie kończył, wobec czego usunięto dodatkowo łuk kręgu X-go. Na tej wysokości guz pokrywał jeszcze tylną powierzchnię rdzenia. Na wysokości kręgu XI a po części i X-go masy nowotworowe zachodziły (po stronie prz.) na powierzchnię boczną rdzenia, spychając rdzeń na stronę lewą; przerastały one *plamę mater* i zdawały się

wrastać w głąb rdzenia, w dolnej części rany operacyjnej. Masy te, przypominające wyglądem asfalt płynny lub skrępy krwi, lepkie przy dotknięciu, rwały się przy usuwaniu, tak że z trudem tylko częściowo udało się odseparować je od rdzenia, przyczem zerwana została również i *pia mater* z tylnej powierzchni rdzenia.

Rdzeń był spłaszczony i wykazywał konsystencję miękką. Bezpośrednio po operacji stan się pogorszył, wystąpił bezwład i znieczulenie kończyn dolnych oraz zatrzymanie moczu. T^0 podniosła się do 39^0 . Dopiero na trzeci dzień po operacji ujawniła się poprawa. T^0 spadła do normy, zaburzenia pęcherzowe ustąpiły, zmiany czuciowe w kończynie dolnej prawej zaczęły się cofać, w 2 dni później zjawily się ruchy w kończynie dolnej lewej. Po upływie miesiąca stan był taki, jak przed operacją, jedynie tylko AR, które znikły, po nakłuciu lędźwiowym powróciły. Chory otrzymał i serję nasświetlań promieniami X.

Badanie histologiczne: guz zbudowany jest z komórek średniej wielkości, kształtów nieprawidłowych; jądro jest blade, nieraz pęcherzykowate, jąderko piknotyczne. W niektórych komórkach jądra są mniejsze i skurczone. Miejscami tylko widać komórki duże, wydłużone, z wypustkami, zawierające pigment. Obraz histologiczny jest naogół dość jednostajny, zarówno pod względem wyglądu poszczególnych komórek, jak i wzajemnego ich stosunku. Komórki wykazują skłonność do gromadzenia się dookoła naczyń w postaci mankietów dość szerokich (wygląd obłoniakowaty). Daleko rzadziej widać układanie się komórek nowotworowych w postaci: wysepek, porozrzucanych wśród podścieliska.

Również i między komórkami poszczególnymi widać podścielisko w ilości bardzo skąpej.

Większość komórek zawiera melaninę w postaci ziaren, w ilości większej lub mniejszej. Najwięcej komórek barwnikonośnych znajduje się w skupieniach dookoła naczyń. Te elementy komórkowe są większe, niż w innych miejscach. Gdziekolwiek skupienie komórek barwnikonośnych jest tak gęste, że nie udaje się wyodrębnić poszczególnych elementów. Fig. III.

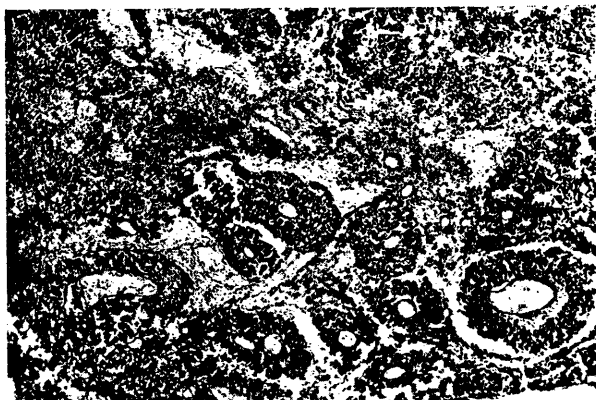


Fig. III.

21/IV. Chory opuścił szpital, zaś 25/VI zapisał się po raz drugi.

W czasie pobytu w domu odczuwał jeszcze ból w kręgosłupie i w kończynach dolnych, lecz tylko od czasu do czasu. Siła kończyny lewej stale narastała, podczas gdy stan kończyny prawej nie uległ zmianie. Chory narzeka na parestezje w postaci opasywania w okolicy spojenia łonowego oraz uczucie ściągania w kolanach. Mocz oddaje z pewną trudnością, stolec tylko po środkach czyszczących.

Badanie przedmiotowe. Kończyna dolna prawa bezwładna, wykazuje tylko w stawie skokowym i w palcach ślad ruchu. Kończyna lewa: ruchy mają rozmiar prawidłowy, siła

mięśni osłabiona. Napięcie mięśni obniżone w obu kończynach dolnych.

Czucie dotykowe osłabione od D_{11} w dół z obu stron (z pr. > 1), najbardziej w odcinkach krzyżowych. Czucie bólowe upośledzone również od D_{11} w dół (po str. 1, $> pr.$), a mianowicie: na przedniej powierzchni ud oraz lewej goleni zniesione, w odcinkach krzyżowych wybitnie osłabione (miejscami zniesione), pozatem osłabione w stopniu mniejszym.

Czucie cieplikowe znacznie osłabione od D_{12} w dół z obu stron.

Czucie głębokie zniesione w palcach, w stawach skokowych i kolanowych, osłabione w stawach biodrowych.

PR = 0, AR + (pr. > 1). Odruchy podeszwowe zachowane. Rossolimo obustronnie dodatni.

Stać i chodzić nie może. Narzeka na bóle w krzyżu. W kończynach dolnych występują ruchy automatyczne.

II serja nasświetlań promieniami X (31/V — 8/VI).

Chory wypisał się w stanie niezmienionym.

W przypadku tym, dotyczącym mężczyzny 29 letniego, wystąpił po blisko 3-miesięcznym okresie bólu, umiejscowionego w kręgosłupie lędźwiowym i w okolicy przykręgowej, a następnie promieniującego do kończyny dolnej lewej, niedowład kończyn dolnych pr. oraz przemijające częściowe zatrzymanie moczu.

W 4-ym miesiącu trwania choroby stwierdzało się u chorego niedowład kończyny prawej, szczególnie w odcinku obwodowym, obniżenie napięcia mięśni w obu kończynach, osłabienie ABD dolnych, zniesienie CrR i PR po stronie prawej i obu odruchów podeszwowych, wzmożenie AR, dodatni objaw Rossolimo z obu stron, wreszcie upośledzenie uczucia powierzchownego od D_{12} w dół obustronnie w postaci zupełnego znieczulenia od L_1 — L_3 włącznie po str. pr. i obniżenia czucia w odcinkach pozostałych.

W płynie mózgowo-rdzeni. stwierdzono zespół uciskowy oraz objaw Froina.

Za pomocą próby lipiodolowej określono górną granicę sprawy uciskowej na $1/2$ XI. kr. grzbiet, dolną — u górnego brzegu I. kr. lędźw.

Badanie histologiczne osadu płynu, otrzymanego za pomocą nakłucia aspiracyjnego, wykonanego w przestrzeni między górnym a dolnym cieniem lipiodolowym, pozwoliło ustalić naturę guza wcześniej, niż w przypadku poprzednim, bo jeszcze przed operacją.

W miejscu, wskazanym przez lipiodol, znaleziono istotnie guz, który już makroskopowo przedstawiał się jako *chromatophoroma*. Wychodził on z opony miękkiej na tylnej powierzchni rdzenia i przechodził częściowo na powierzchnię boczną po stronie prawej. W dolnej swej części zdawał się wrastać w rdzeń. Sięgał on bardziej ku górze i ku dołowi, niż to odpowiadało granicy cieni lipiodolowych, które ograniczały tylko środkową część guza.

Badanie histologiczne wykazało, że guz złożony był z komórek o kształtach nieregularnych, ułożonych przeważnie dookoła naczyń w postaci mankietów, rzadziej w postaci wysepek, porozrzucanych wśród podścieliska, słabo rozwiniętego. Miejscami wśród tych komórek widoczne były

chromatofory typowe. Większość komórek zawierała melaninę w postaci ziarenek.

Operacja nie przyniosła choremu żadnej poprawy, przeciwnie, zaburzenia czuciowe znacznie się wzmożyły.

Jest bardzo możliwe, że guz był zarówno wewnątrz — jak i zewnątrz — rdzeniowy. Ponieważ, podobnie jak w przypadku I, nie stwierdziliśmy u chorego ani znamion barwnikowych w skórze, ani zmian ze strony gałek ocznych i narządów wewnętrznych, przypuszczamy, że i w tym przypadku mamy do czynienia z pierwotnym guzem barwnikonośnym rdzenia.

Jeżeli porównamy oba przytoczone tu przypadki, to widzimy, że mimo identyczności sprawy chorobowej przebieg cierpienia był odmienny.

W przypadku I. cierpienie rozwijało się bardzo powoli w ciągu 5 lat, powodując dopiero pod koniec tego okresu porażenie stóp; w przypadku II. już na początku IV. miesiąca stwierdzało się wybitny niedowład kończyny prawej oraz rozległe zaburzenia czucia powierzchownego. Innymi słowy, rozwój cierpienia był w przypadku II. bez porównania szybszy (prawie 15-krotnie), niż w przypadku I. Klinicznie można to wytłumaczyć tem, że w przypadku II. guz rozwijał się nie tylko w oponach, lecz i w samym rdzeniu, co w przypadku I. mogliśmy wykluczyć z całą pewnością.

Wygląd makroskopowy guza był w obu przypadkach identyczny, natomiast obraz mikroskopowy wykazywał, obok cechy wspólnej — utkania z komórek, zawierających melaninę (pomiędzy którymi znajdowały się chromatofory typowe) — pewne różnice, dotyczące się zarówno kształtu poszczególnych komórek, jak i ich ugrupowania. W przypadku I. uderzała wielopostaciowość elementów nowotworowych, w przypadku II. natomiast obraz mikroskopowy był bardzo jednostajny; tam komórki układały się w postaci beleczek, krzyżujących się ze sobą tu w postaci mańkietów dokoła naczyń lub też (rzadziej) wysepek, luźno rozrzuconych wśród podścieliska. Ten układ obłoniakowaty wskazuje właśnie na szczególną złośliwość sprawy nowotworowej, przechodzącej najprawdopodobniej na samą tkankę rdzeniową.

Przy omawianiu przypadków naszych zaznaczyliśmy, że najprawdopodobniej mamy do czynienia z nowotworem pierwotnym rdzenia. Nie możemy twierdzić tego z całą pewnością, albowiem (podobnie jak to miało miejsce w przypadku Koelichena), opieramy się wyłącznie na danych czysto klinicznych, a mianowicie, na braku: znamion barwnikowych skóry, zmian w gałkach ocznych, w narządach wewnętrznych.

W obu przypadkach posługiwaliśmy się nazwą „guz barwnikonośny” — „*chromatophoroma*”. Nazwa ta wprowadzona została, jak wiadomo, przez Ribberta. Autor ten, wychodząc z założenia, że guzy barwnikowe, zbudowane z komórek dużych, rozgałęzionych, zawierających, zarówno w zarodku, jak i w wypustkach barwnik ziarnisty — melaninę z t. zw. chromatoforów, stanowią oddzielny typ nowotworów, dla których nazwa ogólna *Melano-sarcoma* wydawała mu się nieodpowiednią.

Według Borsta „*chromatophoroma*” jest tylko jedną z postaci mięsaka barwnikowego, i to po-

stacją najbardziej zróżnicowaną. Obok tej postaci mogą jednak istnieć mięsaki barwnikowe, złożone z komórek okrągłych i wrzecionowatych. Jeżeli istotnie komórki barwnikonośne (chromatofory), znajdujące się w oponach miękkich mózgu i rdzenia nawet w warunkach normalnych, są punktem wyjścia nowotworów złośliwych, to nazwa *chromatoforoma* dla tej grupy nowotworów wydaje się nawet, w myśl teorii Borsta, zupełnie słuszną, ale w takim razie należałoby się spodziewać, że nowotwory te zbudowane będą zawsze z owych komórek, wysoce zróżnicowanych. Tak jednak nie jest. W przypadkach naszych widzieliśmy wprawdzie na preparatach chromatofory typowe, lecz nie stanowiły one wyłącznego, ani nawet przeważającego typu elementów nowotworowych. Trzeba było przeszkukać nieraz cały szereg pól widzenia, by komórki te „odnaleźć”; przeważały elementy bądź to okrągłe, bądź owalne lub nawet trójkątne (przyp. I), wypełnione barwnikiem o takim samym charakterze, jak barwnik w chromatoforach właściwych. Jeżeli przyjrzymy się przypadkom z piśmiennictwa, to widzimy, że autorzy podkreślają właśnie wielopostaciowość elementów nowotworowych, jako jedną z cech charakterystycznych dla guzów barwnikowych w układzie nerwowym.

We wszystkich przypadkach opisanych chromatofory występowały obok komórek innego typu, zawierających melaninę, a znane są nawet przypadki, w których chromatoforów wcale nie stwierdzono (Sternberg—Schopper, Hassin and Bassoe), jakkolwiek guzy te nie różniły się pozatem wcale od innych pierwotnych guzów melanotycznych układu nerwowego.

Czy komórki, różniące się wyglądem od chromatoforów, należy uważać za ich formy rozwojowe, jak przypuszczał Ribbert, czy też przyjąć, że guzy melanotyczne mogą powstać z komórek innego typu, a zawierających barwnik — trudno powiedzieć.

Sprawa histogenezy nowotworów melanotycznych w ogólności, będąca od wielu lat przedmiotem sporu, nie została do tej pory wyjaśniona. Pozostaje to w związku z tem, że nie zdołano jeszcze ustalić z całą pewnością, jakie komórki — łącznotkankowe czy nabłonkowe, czy też jedne i drugie — posiadają własności barwnikotwórcze. Tak naprz. Unna i jego szkoła, jak również Weidenreich, Bloch i inni autorzy są zdania, że własności te posiadają jedynie komórki nabłonkowe. Zdaniem Blocha, barwnik wytwarzany w skórze, znajduje się tam w postaci propigmentu -- dioksyfenilalaniny (w skróceniu „Dopa”), który pod wpływem pewnego fermentu utleniającego (Dopaoxydase) zamienia się w melaninę. Oksydazę tę zawierają tylko komórki nabłonkowe w najgłębszych warstwach naskórka; chromatofory natomiast wcale jej nie posiadają i z tego względu barwnika, wyżej wspomnianego, samodzielnie wytwarzać nie mogą; otrzymują go one w stanie gotowym od komórek nabłonkowych.

Z komórkami znamion barwnikowych skóry (Naevuszellen) odczyn Blocha (Dopa-Reaktion) wypada dodatnio, co potwierdzałoby teorię Unny i jego szkoły o pochodzeniu nabłonkowym tychże komórek. Autorzy wyżej wspomniani sądzą, że komórki naskórka, zatraciwszy łączność z innymi ko-

mórkami, zostały przemieszczone do *cutis* i tam stały się punktem wyjścia znamienia barwnikowego. (Guzy złośliwe, biorące początek z takich znamion, byłyby zatem, w myśl tej teorii, rakami barwnikowymi—(*Melano—carcinoma*).

Według Ribberta, chromatofory wytwarzają samodzielnie barwnik, w nich zawarty, mimo wyniku ujemnego odczynu Blocha, który, być może, temu należy przypisać, że komórki te wytwarzają barwnik w sposób odmienny, niż komórki nabłonkowe. Ribbert uważał początkowo chromatofory z całą stanowczością za komórki łącznotkankowe. W pracy późniejszej skłania się wprawdzie do tej samej koncepcji, nie wyłącza jednak możliwości pochodzenia nabłonkowego. Chromatofory są, zdaniem Ribberta, punktem wyjścia nowotworów złośliwych, zarówno w skórze, jak i w innych narządach.

Fakt, że znamiona barwnikowe skóry stają się stosunkowo często punktem wyjścia nowotworu złośliwego, tłumaczy autor tem, że w znamionach tych znajdują się chromatofory w dużej liczbie. Udział komórek właściwych znamion (*Naevuszellen*) w powstaniu nowotworu nie jest konieczny, skoro nowotwory te rozwijają się i tam, gdzie komórek tych wcale nie ma. Autor nie wyłącza jednak i tej możliwości, że pomiędzy komórkami temi a chromatoforami zachodzi pewien związek genetyczny; możnaby je uważać za postacie niedojrzałe chromatoforów. Fakt ten tłumaczyłby obecność komórek okrągłych i wielokątnych w *chromatophoroma* skóry.

Obecnie większość autorów przyjmuje, zgodnie z Ribbertem, że chromatofory są komórkami łącznotkankowymi, nie przyznaje im jednak własności barwnikotwórczych. Według Borsta, należy tymczasem przyjąć, że barwnik wytwarzają komórki nabłonkowe — melanoblasty — zaś komórki łącznotkankowe — chromatofory — otrzymują go w stanie gotowym i dalej przerabiają. Za tem przemawia, zdaniem tego autora, fakt, że barwnik, zawarty w komórkach nabłonkowych i łącznotkankowych, wykazuje pewne różnice morfologiczne.

Według Borsta nie należy mówić o komórkach barwnikotwórczych, lecz o „układzie barwnikotwórczym”, w którego skład wchodzi melanoblasty, chromatofory oraz naczyńia limfatyczne. Oba rodzaje komórek mogą, zdaniem Borsta, stać się punktem wyjścia nowotworów złośliwych. Rozróżnia on (podobnie jak poprzednio Virchow) mięsaki i raki czerniakowe (*melanosarcoma* i *melanocarcinoma*). Tegoż samego zdania są i inni autorzy (Lubarsch, Wieting, Hamdi, Gierke i in.). Wyniki badań Blocha, według których odczyn Dopa wypada dodatnio tylko z komórkami nabłonkowymi, wytwarzającymi melaninę, zaś ujemnie z komórkami łącznotkankowymi, wchłaniającymi melaninę w stanie gotowym, nie zostały potwierdzone przez wielu innych autorów; nie można się zatem na odczynie tym opierać w rozpoznaniu różniczkowym między *melanosarcoma* a *melanocarcinoma*.

Guzy barwnikonośne, rozwijające się w oponach, wykazują, zdaniem Boita, pewne cechy charakterystyczne, które je odróżniają od nowotworów tego samego typu, występujących w innych narządach, a mianowicie: 1) skłonność komórek

nowotworowych do układania się w otoczeniu bezpośrednim naczyń, 2) skłonność do rozprzestrzeniania się (*Flächenwachstum*), 3) względna łagodność, przejawiająca się w tem, że guzy te nie dają przerzutów.

Co się tyczy punktu 1), to istotnie układ komórek dokoła naczyń często się spotyka, nie jest to jednak objaw stały. Skłonność do rozprzestrzeniania się widzimy z małemi wyjątkami we wszystkich opisanych dotąd przypadkach. Natomiast z punktem 3) nie można się zgodzić bez zastrzeżeń. Przedewszystkiem w większości przypadków mamy do czynienia nie z jednym guzem, lecz z całym ich szeregiem; czyż w takich np. wypadkach można z całą pewnością twierdzić, że guzy te nie są przerzutem jednego zpośród nich, lecz guzami pierwotnymi, powstałymi na tle wady rozwojowej w układzie barwnikotwórczym? Pozatem znane są przypadki, w których guz barwnikonośny w układzie nerwowym dawał przerzuty do narządów wewnętrznych. Tak naprz. Ehnmark i Jakubowski stwierdzili przerzut w wątrobie, Hassin i Bassoe — liczne przerzuty prawie we wszystkich narządach wewnętrznych (nawet w sercu) oraz w skórze. Większość przerzutów w przypadku tym zbudowana była z komórek, nie zawierających melaniny. Fakt ten, że guzy melanotyczne mogą dawać przerzuty, nie zawierające pigmentu, jest już oddawna znany. Brak pigmentu jest — zdaniem Borsta — cechą elementów młodych.

Czasami melanina znajduje się w postaci utajonej, tak, że tylko dzięki zastosowaniu pewnych metod (naprz. metody Massona, polegającej na redukowaniu melaniny za pomocą roztworu amoniakalnego azotanu srebra) udaje się ją wykazać (przyp. Merenlendera — *Melano-neurinoma cutis*).

Obraz kliniczny guzów barwnikonośnych układu nerwowego nie różni się wcale od symptomatologii guzów innego typu. Duże trudności rozpoznawcze nastroczają przypadki guzów wieloogniskowych lub rozlanych w oponach miękkich; to też w niektórych przypadkach nie podejrzewano za życia wcale sprawy nowotworowej, lecz zupełnie inne cierpienie, jak n. p.: zatrucie ołowiem (Virchow), zatrucie arsenikiem (Matzdorf), neuromyélite optique lub rozmięczenie rdzenia wieloogniskowe (Hassin and Bassoe).

Przypadek Matzdorfa, dotyczący 28-letniego mężczyzny, jest szczególnie ciekawy, ponieważ cierpienie rozpoczęło się nagle od gorączki, biegunki, bólów w plecach, do których to objawów dołączyły się wkrótce objawy ze strony kończyn dolnych (niedowład o typie wiotkim z obniżeniem pobudliwości na prąd elektryczny, zniesienie PR po str. I., AR po str. pr., osłabienie pozostałych odruchów) oraz zniesienie ABD po str. pr. Płyn mózgowo-rdzeniowy był krwawy. Po termoterapii nastąpiła poprawa, trwająca 4 tygodnie, poczem stan się znowu pogorszył; zjawily się objawy świeże, a mianowicie: *Neuritis optica*, oco:opląs, niedowład n. VII s. oraz drżenie języka. Płyn m.-rdz. przy nakłuciu powtórnie był krwawy i ksantochromiczny. W okresie późniejszym choroby stwierdzono: двоjenie, mroczki, osłabienie słuchu, niedowład n. VI, osłabienie, a w końcu zniesienie reakcji źrenic, zniesienie wszystkich odruchów oraz zaburzenia psychiczne.

Na sekcji, która ujawniła przedewszystkiem mnóstwo skrzepów w przestrzeni podpajęczynówkowej rdzenia, szczególnie w dolnej części, rozpoznano pierwotnie *Lepomenin-*

gitis haemorrhagica pochodzenia toksycznego. Plamy ciemno-brunatne, widoczne na oponach miękkich mózgu (szczególnie na podstawie) i rdzenia, oraz zabarwienie czarne korzonków nerwowych, zwłaszcza w ogonie końskim (czyniących wrażenie, jakgdyby były one zanurzone w smole), nie wzbudziły nawet podejrzenia nowotworu barwnikonośnego. Rozpoznanie ustalono dopiero na podstawie badania drobnowidzowego.

Autor, stwierdziwszy gołym okiem zabarwienie krwawe płynu m.-rdz., zaniechał dalszego badania, którego wynik mógłby był ułatwić rozpoznanie. Tak samo w przypadku Hassina i Bassoe do mylnego rozpoznania przyczyniła się niewątpliwie ta okoliczność, że nie dokonano badania płynu m.-rdz. (P. L. nie dała żadnego wyniku).

Oprócz badania płynu mózgowo-rdzeniowego należy bezwzględnie stosować nowsze metody badania, a szczególnie próbę lipiodolową oraz używaną na oddziale naszym punkcję aspiracyjną, t. j. nakłucie, połączone z wciąganiem płynu (wraz z cząstkami tkanki nowotworowej), wykonane między cieniem lipiodolowym górnym i dolnym. ** W ten sposób udaje się nie tylko ułatwić rozpoznanie sprawy uciskowej, lecz również określić dokładnie umiejscowienie oraz naturę nowotworu przed operacją.

Streszczenie. 1) Powstawanie guzów barwnikonośnych pierwotnych w układzie nerwowym nie ulega żadnej wątpliwości.

2) Punktem wyjścia nowotworów tych mają być komórki duże, rozgałęzione i zawierające melaninę, t. zw. chromatofory. Komórki te występują w oponach miękkich w warunkach normalnych w liczbie nieznacznej, wykazując predylekcję do opon na podstawie mózgu, zwłaszcza w tylniej jamie czaszki oraz w okolicy zatoki Sylwiusza. Przy pewnych wadach rozwojowych w układzie barwnikotwórczym tworzą one skupienia dość duże, widoczne gołym okiem, jako plamy ciemno-brunatne.

3) Nowotwór pierwotny może się rozwinąć nie tylko w oponach miękkich, lecz także w głębi miąższu mózgu lub rdzenia z chromatoforów, które się tam dostały wraz z naczyniami.

4) Guzy barwnikonośne pierwotne w oponie twardej należą do wyjątków (Boit, Lindborn). Powstają tu z komórek barwnikonośnych, które się przedostały z opon miękkich jeszcze w życiu płodowym (Embryonale Keimversprengung).

5) Guzy, wyżej wymienione, występują w układzie nerwowym przeważnie w postaci licznych ognisk, umiejscowionych bądź w oponach miękkich wyłącznie, bądź w oponach i w tkance nerwowej, bądź - to wreszcie (bardzo rzadko) w samej tkance nerwowej (Minelli).

6) Guzy, rozwijające się w oponach miękkich, mają skłonność do rozprzestrzeniania się (Flächenwachstum) w oponach oraz wzdłuż korzonków nerwowych.

7) Wygląd makroskopowy guza jest bardzo charakterystyczny: przedstawia się jako masa pajęczynowata, czarna, lepka, rwąca się przy dotknięciu.

**) J. Mackiewicz. O nakłuciu aspiracyjnym międzylipiodolowym. Księga Jubileuszowa E. Flatau.

Wśród mas tych znajdować się mogą liczne skrzepy krwi.

8) Pod względem histologicznym guzy te cechuje wielopostaciowość elementów komórkowych, wśród których występują chromatofory typowe w liczbie zmiennej. Jaki jest stosunek tych ostatnich elementów do komórek innego typu, a zawierających również barwnik — nie ustalono z całą pewnością. Według Ribberta istnieje między nimi związek genetyczny.

9) Elementy nowotworowe mają skłonność do układania się dokoła naczyń lub też w ich bliskości.

10) Obraz kliniczny guzów barwnikonośnych mózgu czy rdzenia nie wykazuje żadnych cech charakterystycznych.

11) Przebieg cierpienia jest różnorodny, niekiedy bardzo powolny, niekiedy natomiast szybki, co najprawdopodobniej pozostaje w związku z mniejszą lub większą złośliwością guza w danym przypadku.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) Boit. Ein Fall von Chromatophoroma durae matris spinalis. Frankfurter Zeitschrift für Pathologie. 1907. T. I. —
- 2) Borst. Aschoff. Pathologische Anatomie. — 3) Borst. Geschwulstlehre. — 4) Borst. Allg. Pathologie der bösartigen Geschwülste. — 5) Bruns. Geschwülste des Nervensystems. — 6) Ehnmark u. Jakubowsky. Ein Fall von meningealem Melanom mit reflektorischer Pupillenstarre. Zbl. f. d. g. N. u. Ps. Bd XLV p. 586. — 7) Esser. Ueber eine seltene Rückenmarksgeschwulst (Chromatophoroma). D. Z. f. N. 1906. Bd 33. — 8) Gierke. E. L. Aschoff. Pathologische Anatomie (Störungen des Stoffwechsels). — 9) Hassin and Bassoe. Disseminated sarcomatosis (Melanoblastoma). Arch. of Neurol. a. Psych. 1929. Nr. 21. — 10) Hirschberg. Chromatophoroma medullae spinalis. Virchows Arch. f. path. Anatomie u. Physiologie. 1906. Bd 186. — 11) Koelichen J. Chromatophoroma medullae spinalis. Praca z pracowni neurobiologicznej E. Flatau w Warszawie. T. I.; Z. f. d. g. N. u. Ps. T. 31. p. 174. — 12) Matzdorf P. Beiträge zur Kenntniss diffuser Hirnhautgeschwülste mit besonderer Berücksichtigung der Melanome. Z. f. d. g. N. u. Ps. Bd 81 p. 263. — 13) Merentender J. Melano-neurinoma cutis. Arch. f. Dermatologie u. Syphilis. 1927. Bd 153. H. 3. — 14) Mohnike. Ueber Pigment in der Arachnoidea spinalis. — 15) Minelli. Primärer melanotischer Gehirntumor. Virch. Arch. Bd 183. — 16) Neubürger. Isolierte, diffuse Melanosarcomatose der weichen Hirn- u. Rückenmarkshäute, Zbl. f. d. g. N. u. Ps. Bd XXXVIII p. 480. — 17) Oberndorfer. M. m. W. 1903 p. 1225. — 18) Pick. Chromatophorom des Rückenmarks. B. kl. W. 1906 Nr. 26. — 19) Ribbert. Bemerkungen zum Chromatophorom. Zbl. f. all. Path. u. pathol. Anatomie. Bd. XXIX Nr. 10. — 20) Störck. Melanosarcomatosis piaë matris. W. kl. W. 1904 p. 185. — 21) Schopper. Primäre Melanosarcomatose der Pia. Frankfurter Ztschr. f. Pathologie. 1913 T. 13. — 22) Schmidt H. Ein Fall von primärem Melanom im Rückenmark. Frankf. Ztschr. f. Pathol. Zbl. f. d. g. N. u. Ps. Bd XLIV p. 713. — 23) Thorel. Ein Fall von primärem melanotischem Sarcom der Rückenmarksmeningen. M. m. W. 1907 p. 725. — 24) Virchow. Pigment und diffuse Melanose der Arachnoidea. Virchows Arch. Bd 16.

Z klinik, szpitali i 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)

(Dok. p. № 24).

Pokrótkę wspomnę wreszcie o wskazaniach operacyjnych w przypadkach mięśniaków podczas porodu i w połogu.

Podkreślić przedewszystkiem należy, iż zaburzenia podczas porodu i w połogu, wywołane przez mięśniaki, są ogromnie rzadkie. Niezmiernie suggestywne pod tym względem są poniżej zestawione liczby.

Pinard stwierdził na 85 przypadków współistnienia mięśniaków w 31915 ciążach (1895—1900 r.) 66 donoszonych ciąż, w tem 54 razy poród odbył się samoistnie, w 10 — nałożono kleszcze, w 2 — dokonano laparotomii.

Troell na 44 ciążę donoszone z mięśniakami (1900 — 1908 r.) podaje 30 porodów samoistnych, 9 — kleszczowych, 5 — cięć.

W klinice Küstnera wykonano z powodu mięśniaków w latach 1894 — 1916 2 cięcia cesarskie, a w 1917 — 1921 tylko jedno.

Schauta na 54 przypadki mięśniaków z liczby 55311 ciąż widział 42 donoszone, w tem porodów samoistnych było 23,5 — kleszczowych, 2 cięcia.

Ganelina przy 31 razy występujących mięśniaków na 94982 ciążę obserwował 25 porodów samoistnych, wkraczał tylko w 5 przypadkach.

Spencer na 35000 porodów tylko raz z tego powodu dokonał laparotomii.

W tych rzadkich przypadkach, które wymagają zastosowania rękoczynów, chodzi o zatorowanie dróg rodnych tuż przed lub po rozpoczęciu porodu przez duże mięśniaki podsurowicze lub śródwięzadłowe uwięzłe w miednicę małą.

Metoda wyczekiwania, jak to zgodnie podkreślają autorzy, w takich razach jest szczególnie wskazana. Nieraz bowiem obserwowano, iż stanowiące przeszkodę w kanale porodowym guzy często jeszcze w ostatniej chwili, gdy już czynione były przygotowania do operacji, unosiły się ku górze z miednicy małej, by utorować drogę dla płodu, lub też wskutek rozmiękania i plastyczności bywały tak mocno ściśnięte przez główkę, że ta ostatnia zdołała się jednak urodzić samoistnie lub przy pomocy operacyjnej.

Pamiętać zatem wypada, iż w czasie porodu należy jaknajdłużej wyczekać z zabiegiem operacyjnym, do którego zmusi nas mogą jedynie objawy grożącego pęknięcia macicy, zdarzającego się również, na szczęście, wyjątkowo rzadko.

Hellwig na 98 porodów przy mięśniakach podaje 5 przypadków pęknięć macicy.

Również do rzadkości należą zaburzenia, wywołane przez mięśniaki w okresie poporodowym; kazuistyka podaje przypadki zatrzymania łożyska i błon (Krebs) oraz krwawienia atoniczne.

Jeśli ciąża i poród miały nawet przebieg prawidłowy, to jednak połóg ze względu na możliwość powikłań wymaga dokładnego obserwowania chorych.

Bóle, gorączka, odchody czyste lub cuchnące, wskazujące na martwicę lub zakażenie mięśniaka, zmuszają nas, wobec niebezpieczeństwa zapalenia otrzewny, do zabiegu operacyjnego (Hoehne, Kosmak). Jednakże i te przypadki należy ściśle indywidualizować i, jak powiada Hoehne, zwlekać możliwie długo z operacją, ale być do niej w każdej chwili przygotowanym.

Ustaliwszy ściśle wskazania, które jedynie uprawniają do zabiegu chirurgicznego, wspomnę pobieżnie o sposobach operowania mięśniaków w ciąży.

W grę wchodzi dwie grupy zabiegów: operacje konserwatywne, jak wyluszczenie lub usuwanie mięśniaków uszypułowanych, mające na celu utrzymanie macicy i ciąży, oraz zabiegi radykalne w postaci amputacji nadpochwowej lub wycięcia całkowitego macicy drogą brzuszną, czy pochwową.

Nawiasem dodam, iż często dawniej stosowany i zalecany przy występujących powikłaniach sposób przerywania ciąży (Schröder, v. Winckel, Fehling) obecnie zarzucony został całkowicie. Takie postępowanie powodowało bowiem bardzo dla chorej groźne powikłania w postaci uszkodzenia mięśniaka, krwawień, zatrzymania łożyska, a zwłaszcza zakażenia. Süsserott obliczał śmiertelność matek w tych przypadkach na 37,5%; według innych zbiorowych statystyk wynosiła ona 41%.

Nie utrzymał się też pogląd Dudleya i Landaua, którzy w każdej ciąży, powikłanej mięśniakami, radzili usuwać macicę.

Obecnie zastosowanie jednego z wyżej podanych sposobów operacyjnych uzależniamy od występujących w każdym poszczególnym przypadku okoliczności.

Tak np. doszczętną operację stosować należy w przypadkach ciężkich powikłań z grożącym zapaleniem otrzewny (Grosse, Albrecht), w licznych, zwłaszcza w szyi umieszczonych mięśniakach, u kobiet powyżej lat 40, przy obnażonym pęcherzu płodowym i w sprawach zakaźnych (Kurt Pieske).

Zabiegi konserwatywne w postaci wyluszczenia lub zwykłego usuwania mięśniaków uszypułowanych mogą mieć miejsce we wszystkich innych przypadkach, a więc przy bardzo dużych mięśniakach, dających objawy uciskowe, oraz w przypadkach guzów uszypułowanych, skręconych i zmartwiałych. Stosowano również operacyjne zabiegi konserwatywne w postaci wyluszczenia w przypadkach mięśniaków śródściennych z rozpoczynającą się martwicą. Obecnie odezwały się jednak głosy, przemawiające za operacją doszczętną, zwłaszcza, iż nie udawało się, przeważnie w tych przypadkach, osiągnąć celu zachowawczej operacji, t.j. utrzymania ciąży. (Simon, Brindeau, Albrecht, Küstner).

Nieraz wreszcie zdarzyć się może, iż podczas zabiegu operujący zmuszony bywa zaniechać rozpoczętego wyluszczenia i dokonać amputacji nadpochwowej lub całkowitego usunięcia macicy. Według zestawienia Troella na 157 przypadków zdarzyło się to 16 razy.

Kilka jeszcze słów o operowaniu mięśniaków podczas porodu, względnie w połogu.

Podczas porodu, jeśli wyczekujące postępowanie zachowawcze nie daje rezultatu, i mięśniak na początku porodu zamyka jeszcze wejście lub kanał

miednicy, należy jaknajprędzej wykonać dające najlepsze szanse dla dziecka i matki *sectio abdominalis*. Przytem, gdy chodzi o mięśniaki pojedyncze, można i należy, po uprzednim wyluszczeniu, wykonać konserwatywne cięcie cesarskie (Strassmann). Najlepsze wyniki jednak po dokonaniu cięcia daje *amputatio supravaginalis* lub w przypadku mięśniaków szyi *hysteromyomectomy totalis* (Brindeau). Tak np. w przypadku, przedstawionym w 1921 r. w Warsz. Tow. Gin., gdzie guz wypełniał w czasie porodu miednicę małą, usunął Z. Endelman ze znakomitym wynikiem całą macicę wraz z mięśniakiem, jajowodami i jednym zwyrodniałym torbielowato jajnikiem po uprzednim dokonaniu trzonowego cięcia cesarskiego i wydobyciu żywego płodu. Sposoby tego rodzaju, jak stosowane dawniej odprowadzanie guza, wyluszczenie drogą pochwową, wreszcie wszelkie gwałtowne próby wyciągania guzów za pomocą kleszczy lub obrotu winny być stanowczo zarzucone, gdyż kryją, jak to wykazała kazuistyka, znaczne niebezpieczeństwo dla matki (Ikutsch, Troell).

W połogu powodem do operacji mogą być ciężkie krwawienia lub martwica powikłana zakażeniem względnie zgorzel mięśniaka. W przypadkach zakażonych wskazane jest albo doszczętne usunięcie macicy drogą pochwową, albo też wycięcie drogą brzuszną — zabieg, wymagający znacznie mniejszego okresu czasu i powodujący znacznie mniejszy wpływ krwi (Albrecht).

Mówiąc o zabiegach konserwatywnych w przypadkach mięśniaków w ciąży, podkreślić wypada szczególną tolerancję macicy ciężarnej na uraz operacyjny i na jej zdolność utrzymania ciąży do końca po dokonanych zabiegach. Na kazuistykę bardzo bogatą składają się przypadki licznych autorów, że wymienię (z piśmiennictwa) następujące nazwiska: Kroemer (jedno z pierwszych spostrzeżeń donoszenia ciąży po wyluszczeniu mięśniaka), Messa, Rosenstein, Riedel, Liegner, Landau, Schmidt, Rosner, Hoehne, Marto, Pampanini, Moure. Interesująca jest statystyka. Brindeau podaje 60% ciąż donoszonych po wykonaniu wyluszczenia. Troell na mocy zbiorowej statystyki określa częstość poronień po wyluszczeniu na 14,6% w pierwszej połowie i 30% w drugiej połowie ciąży. Autor ten zaznacza przytem, podobnie jak Violet, iż niebezpieczeństwo poronień po zwykłej amputacji podsurowicznych, uszypułowanych i skręconych mięśniaków jest mniejsze, niż po wyluszczeniu mięśniaków częściowo lub całkowicie śródściennych. Inni autorzy określają częstość poronień sumarycznie na 20-25%. Są to liczby prawie identyczne, ze statystyką Troella. Albrecht sądzi, iż częstość poronień jest znacznie większa, gdyż liczby, podane wyżej, dotyczą tylko mniejszej liczby ogłoszonych przypadków niepomyślnego zejścia, i podkreśla, iż każde silniejsze zranienie macicy, szczególnie w razie daleko posuniętej ciąży, kryje w sobie niebezpieczeństwo poronienia.

Wątpliwą zatem prognozę co do możliwości utrzymania ciąży po wyluszczeniu należy stawiać zawsze tam, gdzie guz był zrośnięty z macicą na znacznej przestrzeni, i gdy ciąża była daleko posunięta. Tak np. było w naszym przypadku, gdzie te właśnie okoliczności, prawdopodobnie, spowodowały poronienie.

Niemale też, przypuszczalnie, znaczenie dla możliwości utrzymania ciąży ma technika operacyjna. Zmierzając ona powinna ku temu, by możliwie obniżyć

pobudliwość kurczową macicy i chronić ją od urazu w jakiegokolwiek postaci. Dla zmniejszenia pobudliwości macicy podają w klinice Tarniera w Paryżu przed zabiegiem w ciągu trzech dni co 6 godzin po 0,01 morfiny, Kosmak zaś radzi w tym celu usuwać mięśniaki w głębokim uśpieniu i proponuje stosować narkotyki przez kilka dni po operacji. Aby zaś możliwie najmniej w czasie operacji narażać macicę ciężarną na uraz, należy według prof. Bocheńskiego nakładać jaknajmniej szwów, starać się nie maltretować macicy, a operować jaknajszybciej. Jeśli chodzi jednak o szew, to inni autorzy podkreślają i słusznie, iż szew piętrowy raczej powinien być szczególnie dokładny (Palmer), by ewentualne następne poronienie nie zerwało szwów, powodując tem groźny krwotok.

Szczególną uwagę należy, wreszcie, zwrócić na dokładne podwiązanie naczyń krwionośnych i starać się nie otwierać macicy. Każde bowiem przebicie pęcherza, jak dotąd, zawsze prowadziło i to wkrótce po urazie do poronienia lub porodu przedwczesnego. Jedyny i niezwykle wyjątek stanowi przypadek, ogłoszony w roku 1928 w „La Gynecologie” przez Roullanda, gdzie przy zaszywaniu rany w mięśniu macicznym po wyluszczeniu mięśniaka w 5-ym miesiącu ciąży nakłuto pęcherz płodowy. Mimo to ciąża przebiegała dalej i dopiero po 12 tygodniach po operacji nastąpił poród przedwczesny w końcu 8-go miesiąca ciąży.

Kończąc, pragnę podkreślić małą śmiertelność pooperacyjną po operacji mięśniaków w ciąży. Reiss na 16 przypadków w latach 1908—1921 miał 0 proc. śmiertelności, a statystyka Defouloy z r. 1925 wykazuje na ogólną liczbę 117 zabiegów tylko 2 przypadki śmierci matek. Mniej pomyślna jest statystyka Thumima, według której na 102 przypadki operacji zachowawczych przy mięśniakach w ciąży śmiertelność ogólna wynosiła 7,8 proc., po nadpochwowej zaś amputacji — 11, 2 proc., a po całkowitem usunięciu macicy — 8,9 proc.

Jeśli zatem, naogół biorąc, śmiertelność pooperacyjna nie jest duża, to jednak pamiętać należy, iż usprawiedliwiona jest czynna interwencja, tylko wówczas, gdy istnieją specjalne ku temu wskazania w postaci groźnych i brzemiennych w następstwa powikłań.

PIŚMIENNICTWO.

- Albrecht—Biologie und Pathologie des Weibes, Halban u. Seitz, 1928, t. IV. s. 508. Ballard P. i Dehan J.—Rev. franc. de gyn. et d'obst., rocznik 18, Nr. 5. Bocheński—Dysk. Gin. Pol., t. VII, s. 870. Brindeau—Presse med. 1923, Nr. 34. Brindeau i Desoubry—Gynecologie. 1923, marzec. Bucerius G.—naug.—Diss. Jena, 1925. Cuizza T.—Riv. med. subalpina anno XX, no 3, p. 28. 1925, marzec i kwiecień. Endelman Z.—Gin. Pol., t. I, s. 57. Erlich—Zntrb. f. Gyn., r. 1922, s. 1616. Florenthal E.—Inaug.—Diss., Lipsk, 1924. Forget U.—Gynecologie, 1925, paźdz. Grosse—Gynecologie, 1923, marzec. Hamerschlag—Zntrb. f. Gyn. 1928, s. 324. Hauth K.—Inaug.—Diss., Heidelberg, 1921. Heyn—Zntrb. f. Gyn., 1927, s. 872. Hoehne—Zntrb. f. Gyn., 1927, s. 869. Holzapfel—Zntrb. f. Gyn., 1926, s. 426. Kehrer—Dysk. Zntrb. f. Gyn., 1922, s. 1618. Keller—Gin. Pol., t. II, s. 582. Kosmak—Amer. Journ. of obst. and gyn., 1923, czerw. Küstner—Hdbch. d. Geb., Döderlein. 1924, t. II, s. 65. Marto A.—Riv. ital. di gin., vol. IV, fasc. 5, p. 553, 1926, lipiec—sierp. Messa—Riv. di chir. 1922, Nr. 4, Ref. Mor.

gagni anno 65, part. II. Mosher G. C.—Amer. Journ. of obst. a. gyn., vol. XI, p. 333, 1926. Moure P.—Bull. de la soc. d'obst. et de gyn., 1923, Nr. 3. Pampanini C.—Riv. ital. di gin. vol. III, fasc. 5, p. 623, 1925, lip. —sierp. Pieske K.—Inaug. —Diss., Greifswald, 1922. Placintianu Ch.—Rev. franc. de gyn. et d'obst., t. 22, Nr. 9. Reeb—Bull. soc. d'obst. et gyn. de Paris, 1925, n. 4, p. 345. Reiss — Inaug. — Diss., Heidelberg, 1922. Riehl—Bull. soc. d'obst. et gyn. de Paris, 1925, n. 4, p. 349, Rosner—Gin. Pol., t. III, s. 243. Rosner—Gin. Pol., t. III.

s. 333. Rosner—Dysk. Gin. Pol., t. II, s. 583. Ross—Dysk. Gin. Pol., t. VII. s. 870. Rychliński—Dysk. Gin. Pol., t. II, s. 583. Sawicka—Gin. Pol., t. VII. s. 870. Schallehn—Zntrb. f. Gyn. 1927, s. 872. Simon M.—Zntrb. f. Gyn., 1924, s. 408. Spencer H. R.—Brit. med. Journ., no. 3380. Violet—Lyon med., 1925, no. 29. Walther—Münch. med. Woch., 1924 Nr. 48. Wojciechowski—Dysk. Gin. Pol., t. II, s. 583. Wolff H. W.—Inaug. —Diss., Berlin, 1922. Zoppi—Rassegna d'ost. e gin. anno XXXI. no. 10—12, p. 241, 1922.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Zapobieganie krzywicy i jej leczenie.

Podał

Wanda FRANZÓWNA (Warszawa).

Jeszcze do niedawna uzależniano powstawanie krzywicy od szkodliwych czynników w pożywieniu lub świecie otaczającym. Od kilku lat poglądy na rozwój tej sprawy chorobowej uległy zmianie. Mellanby uzależnia ją naprzykład od braku witaminy przeciwkrzywicznej A, Huldsky, Hess i Degwitz — od niedostatecznego przebywania osobników na świetle dziennym. W krzywicy z jednej strony mamy miejscowe schorzenie mięśni, układu nerwowego i przede wszystkim kości, z drugiej strony ogólne zaburzenie przemiany materji. Nieprawidłowe odkładanie się wapnia w tkance kostnej tłumaczono dawniej miejscowym schorzeniem — ostatnio uzależniają je od zaburzeń przemiany składników mineralnych. To zaburzenie przemiany mineralnej odbija się na zaburzeniu wapnia i fosforu w surowicy. U dziecka zdrowego znajduje się przeciętnie 9—11 mg. proc. wapnia i 5 mg. proc. fosforu w surowicy. W krzywicy ulega znacznemu zmniejszeniu fosfor nawet poniżej 1 mg., ilość wapnia zaś zwiększa się lub zmniejsza. W ciężkich postaciach krzywicy poziom wapnia przeważnie jest obniżony. Zmniejszenie fosforu spostrzegano prawie we wszystkich przypadkach krzywicy, tak, że oznaczenie fosforu uważane jest obecnie za jedną z podstawowych metod w dagnostyce krzywicy. Wraz z przesunięciem wapnia i fosforu zmienia się oddziaływanie krwi w kierunku kwasicy. Dotąd nie ustalono, co jest pierwotną przyczyną w patogenezie krzywicy — zmiana oddziaływania krwi, czy przesunięcie jonów nieorganicznych.

W r. 1919 Huldsky zwrócił uwagę na skuteczne leczenie krzywicy promieniami pozafiołkowymi. Hess, badając wahania zawartości fosforu w surowicy krwi u dzieci, zauważył, że w lecie ilość fosforu znacznie się zwiększała, i tłumaczył to zjawisko działaniem promieni pozafiołkowych. W dalszym ciągu Hess przekonał się, iż substancje organiczne, pozbawione działania przeciwkrzywicznego, otrzymują tę własność pod wpływem naświetlania promieniami pozafiołkowe-

mi. Badania Hessa i Steinbocka nad krzywicą doświadczalną szczurów wykazały iż bezpośrednio naświetlanie lecznicze może być zastąpione przez podawanie naświetlanych substancji odżywczych. Pewne oleje po naświetlaniu zyskiwały własności przeciwkrzywiczne. Własności tych miała nabierać cholesteryna zawarta w tych olejach, badania jednak, przeprowadzone z chemicznie czystą cholesteryną, przypuszczenia tego nie potwierdziły. Dopiero badania Pohla i Windausa wykazały, iż ciałem tem jest ergosteryna, alkohol o budowie pierścieniowej, znajdująca się w cholesterynie w miernych ilościach. Ergosteryna należy do grupy steryn, posiada pewne odczyny barwne, jak cholesteryna, różni się od cholesteryny swoim widmem spektralnym. Łatwo się utlenia i wówczas traci swoje własności przeciwkrzywiczne. Otrzymała ona nazwę witaminy D — niesłusznie, gdyż nie zawiera azotu. W świecie otaczającym stwierdzono jej obecność w drożdżach, w grzybach, w zielonych częściach roślin — przyczem w lecie więcej, niż w zimie, wreszcie najwięcej w tranie. Zawartość ergosteryny w mleku ulega ciągłym wahaniom, w zależności od odżywiania krów i pory roku.

W handlu ergosteryna znajduje się pod postacią różnych preparatów. Najbardziej popularny z preparatów obcych jest *vigantol* (Mercka) i *radiostol* (preparat angielski). W obu preparatach ergosteryna otrzymana jest z drożdży, przyczem w *vigantolu* naświetlana jest w alkoholowym roztworze i następnie rozpuszczona w 1 proc. oliwie. W sprzedaży znajduje się pod postacią 1 proc. roztworu w oliwie, pod postacią białych pastylek po 2 mg. i brązowych drażetek po 4 mg. Jedyńm polskim preparatem jest *vitavit* (Spiessa) — 1 proc. roztwór olejowy ergosteryny naświetlanej.

Nad preparatami naświetlanej ergosteryny przeprowadzono bardzo dużo badań zarówno u dzieci krzywicznych, jak i zdrowych, i okazało się, że oddziaływanie jej na osobniki zdrowe i chore jest zasadniczo różne. Badania Hottingera nad zachowaniem się przemiany materji pod wpływem ergosteryny dotyczyły poziomu wapnia i fosforu w kale i moczu oraz kwasicy krwi. Dane te określał u niemowląt krzywicznych i niekrzywicznych.

Ergosterynę podawał w ilości 6-9-12 mg. dziennie pod postacią roztworu olejowego i u niemowląt krzywiczych w 24 godziny po podaniu stwierdził zmniejszenie wydalania wapnia drogą kału i moczu, tak, że bilans wapnia ustroju wzrastał. Bilans fosforu również zwiększał się, prawdopodobnie w związku z lepszym wchłanianiem w jelitach. Kwasica krwi ustępowała dopiero przy zupełnym wyleczeniu. U dzieci niekrzywiczych w 24 godziny po podaniu ergosteryny stwierdzał, przeciwnie, wzmożone wydalanie wapnia drogą kału i moczu, tak, że bilans wapnia stawał się nawet ujemny, oraz stwierdzał przesunięcie oddziaływania krwi w kierunku kwasicy w pierwszych dniach po podaniu. W badaniach na zwierzętach udało mu się stwierdzić korzystny wpływ ergosteryny na odkładanie się wapnia w tkance kostnej.

Określanie wpływu ergosteryny na organizm niekrzywiczy ma doniosłe znaczenie ze względu na próby zapobiegania tym środkiem. Thoenes określał wpływ ergosteryny na bilans wapnia i fosforu oraz bilans azotu. Stwierdził on u dzieci niekrzywiczych początkowo wzmożone wydalanie wapnia drogą kału i moczu, tak, że bilans wapnia stawał się ujemny; przy dalszym podawaniu większych dawek stawał się dodatni, ale nie osiągał poziomu z okresu przed badaniem. Bilans fosforu prawie że się nie zmieniał. Wydalanie azotu drogą moczu znacznie wzrastało, w jednym przypadku nawet o 30 proc., bilans azotowy ulegał również znacznemu pogorszeniu wskutek tego, że znaczna część azotu została wydalona z kałem. Przeciwnie, u dzieci krzywiczych wraz z poprawą bilansu mineralnego znalazł T. zmniejszenie wydalania azotu.

Ergosteryna wywiera znaczny wpływ na odkładanie się wapnia w tkance kostnej, przyczem według jednych badaczy, odkładanie się występuje natychmiast po jej podaniu, według innych po upływie 10-14 dni. Często odkładanie się wapnia jest bardzo wzmożone, co daje się obserwować na rentgenogramach kości. Takie spostrzeżenie podaje Opitz z Berlina. Przytacza on rentgenogramy bliźniąt, na których widoczne są na nasadach długich kości nadmierne szerokie i wysyczone cienie; podobne wysycenie widoczne jest w kościach miednicy, łopatek, obojczyka, w nasadach palców, na podstawie czaszki, w wyrostkach poprzecznych kręgów, pozatem koło ognisk kostnienia w kości udowej i piszczelowej. Niemowlęta te były karmione w celach zapobiegawczych od 5 miesiąca życia jarzynami i owocami, przez 3 tygodnie otrzymywały po 9 kropeł vigantolu dziennie, przez 6 miesięcy po 2 łyżeczki tranu dziennie oraz pobrały 18 naświetlań lampą kwarcową. Spostrzeżenia w tym kierunku mniej jaskrawe podawane były już wcześniej przez innych badaczy. I tak Brandes już w 1927 r. spostrzegał po 5-cio miesięcznym podawaniu tranu (który również zawiera ergosterynę) w ilości 3 łyżeczek dziennie u dzieci 5-12 letnich z gruźlicą kości na granicy trzonu z nasadą dość szerokie pasma. Zmiany te spostrzegał tylko na kościach długich i tłomaczył tem znaczny wzrost tych dzieci, co również występowało w przypadku Opitza. Wiese u 6-cio letniej dziewczynki z gruźlicą stawu kolanowego,

po 1½ rocznem leczeniu naświetlaniami promieniami Roentgena, lampą kwarcową i podawaniu tranu z fosforem, spostrzegał powstawanie cieni, zależnych od odkładania się wapnia na końcach stawowych kości, wchodzących w skład stawu kolanowego, i u palców rąk. Birk spostrzegał u dzieci po kilkutygodniowym podawaniu tranu obok djetty Gerson-Hermannsdorfera szerokie cienie na nasadach kości. Takie samo spostrzeżenie komunikują Wiener i Wiskott z kliniki monachijskiej. Wszyscy ci badacze uzależniają te zmiany od wpływu witaminy D., przyczem podkreślają, iż zmiany te mogą wystąpić i w organizmie niekrzywiczym. Birk twierdzi, że przez podawanie 30 cm. sz. tranu dziennie dadzą się wykazać u każdego dziecka zmiany kośćca, wyżej opisane. Podawanie 20 cm. sz. tranu dziennie nie wywołuje takich zmian.

Odkładanie się wapnia pod wpływem ergosteryny daje się stwierdzić nie tylko w kościach, ale i w najrozmaitszych narządach. Kretmair i Moll znaleźli u zwierząt odkładanie się wapnia w sercu, w naczyniach i w nerkach pod wpływem środków przeciwkrzywiczych. Jundell spostrzegał u jednego niemowlęcia podobne zmiany w sercu pod wpływem tranu. Ergosteryna może wpływać nie tylko na nadmierne odkładanie się wapnia w ustroju, ale wywiera niekiedy wpływy bardzo ujemne. Kretmair i Moll spostrzegali u zwierząt pod wpływem ergosteryny osłabienie, spadek wagi, wreszcie zejścia śmiertelne. Bamberger i Degwitz spostrzegali u dzieci gruźliczych i zagrożonych gruźlicą pod wpływem dużych dawek ergosteryny również ubytek na wadze i podrażnienie nerek. Hess i Lewiss stwierdzali u dzieci prawidłowych wzmożenie wapnia w surowicy, spadek wagi, podniesienie temperatury, senność, wymioty i lekkie podrażnienie nerek. Guörgyspostrzegał toksyczne działanie ergosteryny przy stosowaniu 6-10 mg. dziennie pod postacią hiperkalcemji, spadku wagi i podrażnienia nerek, ustępującemi po odstawieniu vigantolu. O idjopsykrazji względem vigantolu wspomina Ochsenius — po podaniu 2 kropeł vigantolu u 5-cio miesięcznego dziecka występowały natychmiast wymioty. Podanie 1 kropli dawało ten sam rezultat. Bardzo wybitne odkładanie się wapnia w narządach ustroju spostrzegali Nikolaeff i Zimblér z Moskwy w przypadku atyreozji, w którym niski poziom fosforu we krwi skłonił ich do podawania vigantolu w dawkach 3-5-6-10 kropeł dziennie. Początkowa poprawa ustąpiła po 3 tygodniach podawania znacznemu pogorszeniu. Pod wpływem vigantolu, zdaniem autorów, rozwinęła się martwica odcinka jelita cienkiego, a w następstwie zmniejszonej ogólnej odporności ustroju rak wodny i zejście śmiertelne. Na sekcji, poza martwicą odcinka jelita cienkiego, nic nie stwierdzono, a badanie histologiczne narządów wykazało złogi wapnia w naczyniach krwionośnych, substancji rdzeniowej nerek, w naczyniach tkanki łącznej, otaczającej gruczoły szyjowe, oraz złogi wapnia w substancji rdzeniowej nadnerczy i w tkance łącznej okołonadnerczowej. W aorcie zmian nie stwierdzono.

(c, d. n.)

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Fizjologia normalna i patologiczna.

L. AMBARD i F. SCHMID. O diurezie wodnej. (Annales de Physiologie Nr. 3 r. 1929).

Po podaniu naczczo człowiekowi lub zwierzęciu wody następuje silna poliurja, dzięki której po 1 — 1½ godz. całkowita ilość wody pobranej zostaje wydalona. Przyczyną tego zjawiska nie jest poprostu zwiększenie ilości wody w ustroju, gdyż, jak to stwierdził w swoim czasie Grinsberg, a sama ilość wody podana przy pominięciu przewodu pokarmowego, wzmożonego moczenia nie powoduje. Grinsberg wypowiedział przypuszczenie, że chodzi tu o hormon, który pod wpływem wody zostaje wytworzony w przewodzie pokarmowym i posiada działanie diuretyczne.

Autorowie, używając metody podobnej do tej, jaką stosuje się przy wyosobnieniu insuliny, otrzymali z górnej połowy jelita cienkiego wyciąg w postaci proszku, który zastrzyknięty do żylnie (w roztworze wodnym) w ilości 1 mgr. na 1 kg. ciała zwierzęcia, wywołuje wyraźną poliurję, trwającą 10-12 minut. Dawki znacznie większe (7 mgr. na 1 kg.) powodują anurję. co autorzy tłumaczą wstrząsem, występującym wskutek zanieczyszczeń.

Badania powyższe wskazują na istnienie hormonu diuretycznego w jelitach.

J. K.

A. CODOUNIS. Wahania fenolów moczu w stanie normalnym i patologicznym. (Arch. des Mal. de l'App. Dig. et des Mal. de la Nutr. 4.XIX, № 9).

U zdrowych ludzi ilość fenolów, wydalanych z moczem, określana metodą Rakestrawa, waha się od 0,14 gr. do 0,24 gr. (przeciętnie 0,17 gr.) na dobę. Dieta wywiera mały wpływ na ilość fenolów moczu, choć dieta mięsna, zdaje się, nieco zwiększa ilość wydalanych z moczem fenolów. U zdrowych ze zwiększeniem się diurezy zwiększa się ilość wydalanych związków fenolowych; widocznie, przyjęcie większej ilości płynów ułatwia wchłanianie fenolów przez nabłonek jelitowy. Podawanie podobnych fenolu (np. sólrcylanu sodowego) zwiększa wydalania fenolów z moczem, proporcjonalnie do ilości wprowadzonego środka. Normalny człowiek wydala z ustroju na dobę 0,25 gr. — 0,35 gr. fenolów, z czego dwie trzecie przypadają na mocz a jedna trzecia na kał.

Ostre choroby zakaźne wywierają bardzo nieznaczny wpływ na wydalanie fenolów, które w tych przypadkach jest bardziej zależne od wahań diurezy i stanu przewodu pokarmowego.

W sprawach naukowych z zaburzeniami funkcji wydzielniczej ilość fenolów w moczu zmniejsza się.

Zaburzenia przewodu pokarmowego wywierają duży wpływ na ilość wydalanych fenolów zaparcie zwiększa, biegunka zmniejsza ilość wydalanych z moczem fenolów. Natomiast w kale ilość fenolów podczas biegunki znacznie się zwiększa. W biegunkach spowodowanych szybkim przechodzeniem treści pokarmowej przez jelita, ilość fenolów, wydanych z ustroju (z moczem i kałem), jest normalna, t. j. nie przekracza 0,35 gr. na dobę; zjawiska te zależą od minimalnej produkcji fenolów niewchłaniania się ich wskutek braku czasu. W nieżytych jelit cienkich i grubych ilość wydalanych z ustroju fenolów znacznie się zwiększa, może dojść do 1 gr. na dobę; zwiększenie to dotyczy zarówno moczu, jak i kału, a zależy ono od uadprodukcji fenolów w jelitach wskutek wzmożenia się procesów gnilnych. Zwiększenie się ilości fenolów a moczem w zaparciu nawykowym zależy od długotrwałego przebywania pokarmów w kiszkaach co z jednej strony sprzyja rozkładowi i gnicciu białek, z drugiej ułatwia wchła-

nianie się fenolów w jelitach dzięki czemu też ilość fenolów w kale zmniejsza się.

Wywołanie zaparcia za pomocą makowca zwiększa ogólną ilość wydalanych z ustroju fenolów, przytem zwiększeniu ulega tylko ilość fenolów moczu. zmniejsza się natomiast ich ilość w kale. Biegunka spowodowana podaniem siarczanu sodu, zwiększa ilość fenolów kału, zmniejsza zaś ich ilość w mocz. Szybkość więc pasażu pokarmów przez jelita ma decydujące znaczenie dla wydalania fenolów z kałem i moczem; zastój kału ułatwia resorbcję fenolów w jelitach i zwiększa ich wydalanie z moczem; szybki pasaż, wywołany przez środki przeczyszczające, skraca czas wchłaniania się fenolów i zmniejsza ich produkcję w treści jelit.

Henryk Landa u.

Choroby serca i naczyń.

∞ Prof. Dr. W. R. HESS. Die Regulierung des Blutkreislaufes. 1930. Lipsk. Georg Thieme.

Coraz częściej słyszymy o sercu obwodowym, o wielkiej roli, jaką odgrywają naczynia obwodowe w sprawach krążenia. Czytając prace Eppingera, odbiera się nieraz wrażenie, że serce zostało strącone z piedestału, jako *primum movens*.

Dzieło W. R. Hessa poddaje gruntownemu rozbirowi wszystkie dane fizjologii oraz farmakologii układu naczyniowego. Przedewszystkiem omawia autor znane prace A. Krogha nad układem włosowatym, nie przypisując, zresztą, roli czynnej samym kapillarom, a uzależniając „ruchy” naczyń włosowatych jedynie od czynników pozanaczyniowych. Po bardzo szerokiem potraktowaniu fizjologii i farmakologii układu tętniczego, autor poświęca nieco mniejsze rozdziały roli aparatu żylnego, roli śledziony oraz serca w regulacji napięcia wewnątrznaczyniowego oraz ukrwienia tkanek. Wreszcie omawia autor nie poszczególne już części składowe układu naczyniowego, lecz jego całokształt w zależności od poszczególnych odruchów, powstających bądź jako skutek chemizmu tkankowego (czynniki hormonalne), bądź jako odruchy, wędrujące drogą układu nerwowego roślinnego.

Książka niezmiernie ciekawa, opracowana bardzo źródłowo, może zbytnio przeciążona sprzecznymi poglądami zbyt wielu cytowanych autorów.

M. L.

∞ Pathologie und Therapie der Zirkulationsstörungen. Georg Thieme. Lipsk. 1930.

Zwyczaj urządzania wykładów dokształcających dla lekarzy w zakładach zdrojowych upowszechnia się coraz bardziej. Oczywiście, przyklasnąć mu należy, zwłaszcza, gdy wykłady prowadzone są według pedagogicznie zgóry ułożonego planu i przynoszą pożytek tym, dla których są przeznaczone. Mamy przed sobą w jednym tomie zebrane wykłady z zakresu patologii i terapii zaburzeń w krążeniu, wygłoszone w roku ubiegłym w Nauheim. Składają się na tom ten nazwiska pierwszorzędných znawców przedmiotu, że wymienimy tylko dla przykładu Herxheimera, Strauba, Enthovena, Brugscha, Eppingera, Groedela. Wszystkich wykładów jest siedemnaście i dotyczą najrozmaitszych spraw aktualnych, interesujących zarówno teoretyka, jak i lekarza praktykującego. Właśnie za tego ostatniego. Streszczać lub, choćby przytaczać tytuły uważamy za zbyt ciężkie. Powiemy tylko, że poziom ogólny jest poważny i możliwie przystępny dla każdego, kto potrafi się zorientować w bieżącym tak wartko prądie współczesnych postępów medycyny wewnętrznej. Doskonale wydany tom zawiera wiele istotnie nowej nauki i może być źródłem prawdziwie krytycznej wiedzy.

M. F.

B. SINGER. O wzroście liczby zakrzepów i zatorów w ostatnich czasach i o występowaniu zakrzepów samoistnych. (D. Arch. f. kl. Med. t. 164, z. 3 i 4).

Liczba zakrzepów w lipskiej klinice wewnętrznej była w latach 1926—28 $2\frac{1}{2}$ raza, a śmiertelnych zatorów płucnych $4\frac{1}{2}$ raza większa, niż przed wojną. Zatory płucne, nie prowadzące do śmierci, wykazują tylko nieznaczne zwiększenie się liczby. Zakrzepy występują głównie między 50 a 80 r. życia i przytem o wiele częściej u kobiet, umiejscawiają się przeważnie w żyłach dolnej połowy ciała. Specjalnie zwiększyła się po wojnie liczba zakrzepów i zatorów w przebiegu schorzeń układu krążenia. Niema podstaw do tego, by uważać za przyczynę zwiększenia się liczby zakrzepów bardziej rozległe stosowanie zastrzyknięć dożylnych; raczej bardziej energiczne odwadnianie chorych z zaburzeniami krążenia mogłoby być uważane za tę przyczynę. W ostatnich latach stwierdza się zwiększenie liczby takich zakrzepów, przy których brak innych schorzeń, mogących pozostawać z nimi w związku przyczynowym; są to samoistne zakrzepy, występujące często u kobiet między 30 a 50 rokiem życia, które przebyły przed dłuższym czasem jakąś chorobę zakaźną (grypa, zapalenie płuc, błonica, płonica, dur, czerwonka i t. p.). Zakrzepy te nie dają zatorów, przebiegają bez gorączki i umiejscawiają się najczęściej w żyłach dolnej połowy ciała.

Henryk Landau.

SCHULTZ. Wartość psychoterapii w leczeniu nadciśnienia. (D. m. W. Nr. 37. 1929).

Autor podaje swoje spostrzeżenia nad zachowaniem się psychiki u osobników z nadciśnieniem. Cechuje tych chorych wzmożona wrażliwość, uczucie lęku, chciwość, samolubstwo, często zahamowanie w sferze uczuciowej. Zmiany w usposobieniu stoją najczęściej w związku z zaburzeniami w sferze gruczołów płciowych. Te zmiany w sferze psychicznej doprowadzają często do wzmożonego napięcia naczynioruchowego i do powstania nadciśnienia. Przypadki z silnie wyrażonymi zaburzeniami w sferze psychicznej poprawiały się przy leczeniu metodą Freuda, lżejsze poprawiały się przy stosowaniu wiczeń oddechowych oraz kąpieli powietrznych. Wyprowadzenie psychoterapii, być może, będzie miało wartość zapobiegawczą w powstawaniu nadciśnienia.

Wanda Franzówna.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

M. LABBÉ, F. NEPVEUX i MONZAFFER CHEVKI. Wpływ alkoholu na glikemję i wymianę gazową u osób zdrowych i cukrzyczych. (Arch. des Mal. de l'App. Dig. et des Mal. de la Nutr. t. XIX, Nr. 9.)

Po określeniu zawartości cukru we krwi osób badanych naczczu, podawano im po 1 gr. alkoholu na kilogram wagi, przyczem całą ilość alkoholu rozcieńczono 100 cm.³ wody, a następnie co pół godziny w przeciągu trzech godzin oznaczano poziom cukru we krwi. U osób cukrzyczych poziom cukru we krwi po podaniu alkoholu obniża się i to tem wybitniej, im znaczniejsza była hiperglikemja naczczu. Obniżanie się poziomu cukru we krwi rozpoczyna się już po upływie pół godziny, osiąga swe *maximum* najczęściej po 2 godzinach, trwa zwykle ponad $2\frac{1}{2}$ godziny, poczem wraca do poziomu wyjściowego. Natomiast u zdrowych poziom cukru we krwi zawsze się podnosi, choć nieznacznie; zaczyna się podnosić po $\frac{1}{2}$ godzinie, trwa $\frac{1}{2}$ —2 godzin, poczem wraca do normy.

Wyniki badania przemiany podstawowej po spożyciu alkoholu u osób cukrzyczych były rozbieżne, współczynnik

oddechowy przeważnie się zmniejszał. U zdrowych przemiana podstawowa po spożyciu alkoholu ulega zwiększeniu, współczynnik oddechowy zmniejsza się, choć bardzo nieznacznie. A więc u osób zdrowych alkohol zostaje zużytkowany, u cukrzyczych jest to niepewne, w każdym razie zużytkowanie alkoholu odbywa się inaczej, niż u zdrowego. Od czego zależy obniżenie się glikemji u cukrzyczych, nie jest rozstrzygnięte, możliwe, że u cukrzyczych alkohol przeciwdziała przemianie glikogenu w glukozę, u zdrowych tego działania niema. Czy to działanie odbywa się za pośrednictwem diastazy, ośrodków nerwowych lub innych procesów fizjologicznych, pozostaje sprawą otwartą. W każdym razie podawanie alkoholu cukrzyczym jest usprawiedliwione, bo obniża ono glikemję (jak insulina). O działaniu odżywcem alkoholu trudno powiedzieć coś określonego, gdyż z badań wymiany gazowej nie dają się wyciągnąć wnioski.

Henryk Landau.

P. CARNOT. Przypadek akromegalji (guza przysadki) z megacolon. (Par. Méd. Nr. 45/1929)

43-letni chory zgłosił się do szpitala ze skargami na nawykowe zaparcie stolca. Pomimo normalnego wzrostu (1,62) inspekcja chorego wykazała bardzo długą czaszkę, wystające łuki brwiowe, duży nos, grube wargi, wystający podbródek, olbrzymie stopy i dłonie. Powiększenie dotyczyło nie tylko części miękkich, lecz i kości, gdyż badanie radiologiczne wykazało przerost kości, zwłaszcza dystalnych odcinków (stóp, dłoni, szczęki dolnej i t. d.). Zdjęcie czaszki wykazało znaczne powiększenie siodła tureckiego. Badanie oftalmologiczne wykazało zwężenie pola widzenia dla białej, czerwonej i zielonej barwy oraz odbarwienie się tarczy nerwu wzrokowego, a więc rozpoczynający się jego zanik. Przy robieniu ławatywy kontrastowej do wypełnienia samej esicy, trzeba było użyć 3 litrów płynu kontrastowego, zaś, aby przeniknąć do części wstępującej, aż 4 litrów bez całkowitego wypełnienia kiszek grubych. Zdjęcie wykazało bardzo znaczne rozszerzenie esicy, oraz rozszerzenie i zwłaszcza wydłużenie okrężnicy (*magasigma, mega-dolicho-calon*).

Jest to pierwszy przypadek współistnienia akromegalji i *magacolon*, niemający poprzedników w piśmiennictwie. Oczywiście ten przerost okrężnicy stoi w związku ze zmianami przysadki (analogicznie] do przerostu stóp, dłoni i t. p.) i jest przyczyną zaparcia nawykowego u pacjenta.

Henryk Landau.

R. ST. BODRIKIAN. Choroba Addisona pochodzenia zimniczego. (Par. Méd. Nr. 46/1929).

Pacjent, pochodzący z okolicy malarycznej, cierpiący od 5 lat na zimnicę, zgłasza się ze skargami na ogólne osłabienie i niemoc płciową, pomimo, że ma dopiero 35 lat. Po paru dniach występują wymioty, biegunka, bóle w dołku podsercowym i okolicy lędźwiowej. Przy badaniu stwierdzono plamy barwnikowe na słuzówce jamy ustnej i podniebienia, brązowe zabarwienie grzbietu dłoni, pach i okolicy narządów płciowych, tętno niemacalne. Podkreślić należy, że w wywiadach nie było nic takiego, co by wskazywało na gruźlicę lub kiłę. Rozpoczęte leczenie przewlekłej zimnicy zapomocą neosalwarsanu i stowarsolu oraz niedomogi nadnerczy zapomocą podawania świeżych kapsulek nadnerczowych dało dobre wyniki, choć trwało dość długo. Po 15 dniach tętno dawało się wyczuć, po dwóch miesiącach chory wstał z łóżka, a po sześciu znikły prawie całkowicie plamy barwnikowe na słuzówkach, ustąpiła niemoc płciowa i astenja, chory odzyskał swe normalne zabarwienie i powrócił do pracy.

Henryk Landau.

Choroby oczu.

KREIKER. Operacja blepharochalasis za pomocą szwów, tworzących fałdę wg. v. Blaskovica. (Klin. Monatsbl. f. Augenh. sierpień wrzesień 1929.)

Jak wiadomo, operacyjne leczenie *blepharochalasis* polega na wycięciu nadmiaru skóry na powiece, później wytwarza się blizna, która zrasta się ze stroną wypukłą tarczki i tworzy jakby fałdę powiekową. Wyniki tej kuracji nie były jednak zadawalające. *Blepharochalasis*, występująca prawdopodobnie wskutek zaniku skóry; niedomoga czynnościowa powstaje natomiast z powodu rozluźnienia stosunku między częścią wewnętrzną skóry a mięśniem unoszącym powiekę, który ma łączność ze skórą.

v. Blaskovic podaje zabieg, dzięki któremu wytwarza się fałda powiekowa—tem samym zabieg ten odpowiada warunkom kosmetycznym i fizjologicznym. Technika: Cięcie skórne 4—5 mm, pod łukiem brwiowym, równoległe do brzegu oczodołu. Od tego miejsca skóra zostaje odpreparowana aż do brzegu powiekowego, usuwa się tkankę, leżącą w części wewnętrznej skóry i na powierzchni tarczki. Komplikacji usunięcia mięśnia okrężnego można nie obawiać się, gdyż *m. limbalis* w zupełności go zastępuje; kiedy tarczka i mięsień, unoszący powiekę obnażone są, zakłada się 3 szwy wg. Blaskovica w samym mięśniu, nie przekuwając tylnej spojówkowej części mięśnia. Skóra potem zostaje naciągnięta i ułożona na swoje miejsce. Nitki te zostają przeciągnięte 1—2 mm. powyżej wypukłego brzegu tarczki i niezbyt mocno ściągnięte zawiązane. Wynik tej operacji bywa, według autora, jaknajlepszy. Oczy otwierają się i zamykają dobrze, skóra w miejscu linii szwu dobrze umocowana i tworzy fałdę.

M. Mantinband

SCHOPFER. Rozsiane gruźliczki w oczodole. (Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde r. 1928 tom 81.)

Do ostatnich kilku lat uważano wszystkie schorzenia gruczołowe oczodołu zasadniczo za wtórne. Przyjęto, że pochodzą one z ognisk gruczołowych organów sąsiadujących (woreczek łzowych, okostna, zatoki) lub samej gałki (gruczołka naczyniówki) Guggelking, Poscheff i inni opisali ostatnio przypadki ze zmianami gruczołowymi oczodołu w formie guzów, w których nie zdołano stwierdzić ognisk gruczołowych ani w okolicy, ani w innych organach. Zdaniem powyższych autorów należy w takich przypadkach przyjąć raczej infekcję zewnątrzpochoдную, a mianowicie ze spojówki. Doświadczenie na zwierzętach wykazało, że laseczniczki mogą się przedostać do oczodołu przez spojówkę, przyczem ostatnia może pozostać nietknięta. Spotykanie zatem: w tych przypadkach spojówki wolnej od gruczołu nie przemawia stanowczo przeciw infekcji zewnątrzpochoďnej. Podobny przypadek opisuje i autor.

W przypadku tym guz dolnej powieki usunięto operacyjnie przez cięcie w skórze. Guz górnej powieki leczono naświetlaniem promieniami R. Po 2 miesiącach guz górnej powieki znikł, szpara powiekowa i spojówka normalne. Histologiczne badanie usuniętego guza wykazało typową budowę gruczołków. Autor mimo braku zmian gruczołowych w innych organach przyjmuje w tym przypadku infekcję zewnątrzpochoďną, prawdopodobnie z jakiegoś ukrytego ogniska.

Hammer.

MONASTYRSKAJA. Mierzenia dynamometryczne w akinezji m. okrężnego powiek. (Klin. Monatsbl. f. Augnh. sierpień wrzesień 1929.)

Od roku 1913 stosują oftalmolodzy akinezję, t. j. sztucznie wywołany bezwład m. okrężnego.

Ażeby zrozumieć istotę akinezji, należy przypomnieć stosunki topograficzne. Mięsień okrężny złożony jest z 2 części: gałkowej i powiekowej. Unerwiony jest ten mięsień przez nerw twarzowy, który najgęściej rozgałęzia się w dolnej zewnętrznej części mięśnia.

Akinezję można uzyskać przez znieczulenie końcowych gałązek n. twarzowego lub też jego pnia przy wyrostku sutkowym (Ten drugi sposób jest o tyle niewygodny, że powoduje paraliż całej połowy twarzy). Autorka opisuje sposób wykonywania akinezji w Odesie. 2.0 — 5.0 10% nowokainy + 1—2 krople adrenaliny. Pierwsze ukiucie wykonywa się aż do kości w miejscu skrzyżowania się linii, poziomej prowadzonej 0,5 cm. od brzegu dolnego oczodołu i pionowej również oddalonej od brzegu zewnętrznego oczodołu o 0.5 cm. Zastrzyknięcia przeprowadza się w tych kierunkach na kości, mniej więcej na długości 2 cm. Tym sposobem zostają znieczulone gałązki ruchowe nerwu twarzowego. Ażeby dokładnie zobrazować i określić ilościowo efekt akinezji autorka skonstruowała specjalny aparat. Autorka podaje swoje wyliczenia, które wykonała w 52 przypadkach. Z wyliczeń tych wynika: 1) że w pierwszym rzędzie odgrywa w akinezji rolę ilość substancji wstrzykniętej, nprz. przy 2—3 cm³ nie dochodzi nigdy do 100% utraty siły mięśniowej, a przy zastrzyknięciu 4 cm³ czasem już takie osłabienie uwydatnia się;

2) 5 min. po zastrzyknięciu nie stwierdza się zupełnego 100% osłabienia — natomiast występuje ono po 6—12 m. Żadnych powikłań po zastrzykiwaniach autorka nie stwierdziła.

Autorka wspomina dalej o przypadku, w którym na jednym oku wykonała usunięcie zaćmy bez akinezji, i wskutek silnego zamknięcia powieki nastąpił upływ szklistki—natomiast w drugim oku, gdzie akinezja była przeprowadzona, tego powikłania nie było. Akinezja jest zabiegiem koniecznym, operację najlepiej rozpocząć 5—13 minut po zastrzyknięciu.

M. Mantinband

Medycyna sądowa.

F. BYLOFF. Śmierć w kufrze. (Archiv f. Kriminologie. 1929.)

We wrześniu 1928 r. rodzice 14-letniego chłopca udali się wieczorem do kina, pozostawiając dziecko wraz z jego nauczycielem w domu. Po pewnym czasie nauczyciel wyszedł, zaś przybyły w odwiedziny kolega chłopca usłyszał przez drzwi głos, wzywający pomocy. Sądząc, że małe zostało przez ojca ukarany — uciekł. Dla tejże przyczyny sąsiedzi nie zwrócili większej uwagi na wołania chłopca. Po dwóch godzinach wrócili rodzice, i zaniepokojeni nieobecnością syna, zaczęli go szukać — znajdując go wreszcie martwego w dużym zatrzaśniętym kufrze w łazience. Wyłoniła się kwestja, czy śmierć chłopca była przypadkowa, czy też zbrodnica. Jak zawsze, publiczność i pisma oraz sam ojciec zmarłego nabrali przekonania, że na chłopcu została dokonana zbrodnia. Podejrzenia te jeszcze bardziej zostały wzmocnione przez okoliczność, iż w krytycznym czasie w pobliżu domu przebywał jakiś włóczęga, jednakże oględziny miejsca wypadku wykazały, że w mieszkaniu nic nie zginęło — nie było śladu, któryby przemawiał za obecnością obcej osoby we wspomnianym lokalu. Przy oględzinach sądowo-lekarskich ujawniono otarcia na kolanach i na tyłogłowiu. Odniesiono je do pozycji, w jakiej zwłoki się znajdowały, a obecność treści pokarmowej w przełyku i jamie ustnej tłumaczono wymiotami, które wystąpiły wskutek ucisku na żołądek w nader ciasnym pomieszczeniu. Ponadto wyprowadzono wniosek, że chłopiec zmarł wskutek uduszenia i że dostał się do kufra za życia.

W toku dochodzenia wyszło na jaw, że zmarły był wielkim miłośnikiem fotografii, i że ojciec obiecał kupić mu aparat. Ojciec sam był amatorem tego sportu, a do wywołania zdjęć korzystał z łazienki, jako z ciemni, pomalowany okna na czarno, żona jednak, przesadnie porządna gospośnia, za-

bronila używania łazienki; wtedy chłopiec wpadł na pomysł aby do łazienki wstawić dużą pakę drewnianą, któraby mogła zastąpić ciemnię. Jednakże ojciec odwołał go od tego zamiaru. Z powyższego łatwo można domyśleć się, iż wielki kufer drewniany przedstawiał dla chłopca pożądaną ciemnię, i że tragiczna jego śmierć da się wyjaśnić próbami, jakie czynił młodec, by sprawdzić, czy kufer będzie się do tego celu nadawał. Dokładniejsze oględziny kufra i doświadczenia, jakie z odpowiedniej miary osobami zostały poczynione, wykazały, że ludzie tego wzrostu, co chłopiec mogli się do kufra dostać w pozycji bocznej ze zgłębionymi nogami w stawach biodrowych i kolanowych — w tych warunkach wieko kufra mogło się samo zamknąć i szczelnie w zamkach zatrzasnąć. Świeże szczelinowate pęknięcia w pokrywie kufra nasunęły ojcu zmarłego podejrzenie, że była ona szczelnie od góry przygniatana, zatem, że chłopiec został gwałtownie do wnętrza kufra włoczony, a pokrywa przygniatana z dużą siłą. Jakkolwiek ewentualności tej z całą pewnością zaprzeczyć nie było można, to jednak orzeczenie, wydane przez wyższą szkołę techniczną w Grazu, podejrzenie to w znacznym stopniu osłabiło, zdaniem bowiem specjalistów, drzewo w warunkach takich, jak łazienka, wchłania wodę i pozbywa się jej, wskutek czego tworzą się szczeliny wśród charakterystycznego trzeszczenia. Znalezione świeże szczeliny na zewnętrznej stronie pokrywy powstały prawdopodobnie przy wysiłkach, jakie czynił chłopiec w celu uniesienia zatrzaśniętego wieka, a że wytworzyły się one na zewnętrznej powierzchni, to tłumaczy się zupełnie dobrze większą wypukłością łuku zewnętrznego niż wewnętrznego.

Wł. Felc.

B. KNOPF. Przyczynek do badania kału w przypadkach kryminalnych. (Archiv f. Kriminologie 1929—44).

Że badanie kału w pewnych przypadkach posiada decydujące znaczenie, dowodzić tego nie trzeba. Znalezienie kału i jego właściwości niejednokrotnie przyczynia się do wykrycia przestępcy. Istnieje znany powszechnie przesąd, że oddanie kału na miejscu przestępstwa przez sprawcę chroni tegoż przed zdemaskowaniem. Znawcy jednak utrzymują, że fakt znalezienia kału na terenie zbrodni świadczy o tem, iż sam

sprawca, bądź też uczestnik należą do ludzi wrażliwych na przestępstwo. Uczucie to w formie zdenerwowania i obawy wyraża się we wzmożonej perystaltyce jelit i niespodziewanej konieczności załatwienia potrzeby fizjologicznej. Autor jest zdania, że badanie kału winno być dokonywane przez chemika-botanika, przyczem zwraca uwagę, iż w porze letniej kał szybko się rozkłada, wobec czego próbki należy przechowywać w miejscu chłodnym. W kale człowieka który spożywał jarzyny (zwłaszcza szpinak, sałatę i t. p.), łatwo jest wykryć chlorofil przy pomocy wyciągu eterowego, który fluoryzuje przy przechodzącym świetle dziennym zielono, przy padającym błyszcząco-czerwono. Do tego celu używa się lampy kwarcowej. Postępowanie jest następujące: kał się wysusza, proszkuje i zalewa eterem (0,1:10,0 w erlenmeyerce). Przy próbach porównawczych warunki badania winny być identyczne. Następnie bada się w świetle ultrafioletowym. Jeśli chlorofilu jest dużo, to już gołym okiem można zielone zabarwienie dostrzec, jeśli natomiast mało — to dopiero przy pomocy kwarcówki. Pozatem kał winien być badany i mikroskopowo w razie, gdy próby porównawcze wypadają jednakowo.

Wł. Felc.

A. HABERDA. Czy chinina jest środkiem mogącym wywołać spędzenie płodu? (W. kl. Woch. 17/1929).

W sprawie sądowej przeciw 2 kobietom, oskarżonym o wywołanie sztucznego poronienia przez zażycie chininy, autor na zapytanie sądu wydał następujące orzeczenie:

Niemia środka farmakologicznego mogącego wywołać poronienie. Chinina nie wywołuje zaburzeń w przebiegu ciąży, tylko przy już istniejących bólach potęguje ich działanie, natomiast na macicę ciężarną w spokoju nie wywiera działania. Pomimo częstego stosowania chininy jako *abortivum*, autor twierdzi, że nie zna przypadku, w którym cel ten rzeczywiście został osiągnięty.

O ile nie stwierdzamy objawów — zawrotu głowy, zamroczenia, szumu w uszach i zaburzeń słuchu wskutek zażycia nadmiernych ilości chininy, nie należy przypuszczać, że chinina spowodowała poronienie.

M. Segal.

Wskazówki praktyczne.

— Do znieczulania ran używa Goldhahn *perkaliny* w postaci pasty następującego składu: *Rp. Percain Ciba* 1,0; *Ol. olivar.* 40,0; *Past. Zinci ad* 200,0. Zamiast pasty można zwilżyć ranę roztworem 5:1000. (Kl. W. 1930 N. 16).

—o—

— Zapalenie cewki moczowej *nierzęzączkowe* leczy Stümpke w sposób następujący: 3—4 razy dziennie wstrzykuje się do cewki 3—5—8% wodny roztwór *chlorku wapnia*. Obok tego od czasu do czasu dożylnie *apbanil*. Wyleczenie zwykle w ciągu 3 tygodni. (Derm. Woch. 1930 N. 13).

—o—

— Laubner stosuje w leczeniu rozmaitych chorób skóry,

zwłaszcza *pokrzywki i wyprysku*, które nie ustępują działaniu innych leków — *wigantol i wapń*. Wapń w postaci afenilu lub kalzanu, wigantol w kroplach lub drażetkach. (M. m. W. 1930 N. 18).

—o—

Do wywołania napadu kaszlu ksztuścowego w celu *wczesnego rozpoznania ksztuśca* stosuje Ochsenius inhalator Spiessa, zaopatrzony w olejek terpentynowy oczyszczony z dodatkiem 5—10% eukaliptolu: dzieci, dotknięte krztuścem, po kilku minutach takiego wzięwania dostają napadu. (M. m. W. 1929 str. 2167).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Wileńskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie z dnia 29-go stycznia 1930 roku.

Przewodniczy prof. J. Szmurlo.

Obecnych 27 członków oraz 14 gości.

I. Odczytanie i przyjęcie protokołu poprzedniego posiedzenia.

II. Dr. J. Kucharski — a) Pokaz chorego J. J. lat 26, który był przywieziony na Oddział Chirurgiczny Szpitala

św. Jakóba z raną postrzałową brzucha: wlot w linji pachowej prawej (w XII przestrzeni międzyżebrowej), wylotu brak. Ciężota normalna, tętno 74, błony śluzowe różowe, stłumienia w dole brzucha brak, gazów nie oddaje; moczu otrzymanego przy cewnikowaniu czysty. Punkt bolesny z tyłu, w pobliżu kręgosłupa, na poziomie mniej więcej I — II kręgu lędźwiowego.

Operacja stwierdziła krwotok w jamie brzusznej, przeszedł prawego płatu wątroby oraz jelita grubego w zgłębieniu

wątrobowem (*flexura hepatica*): otwór wylotu przeszedł pozaotrzewnowo. Dokładna kontrola jelit cienkich, grubych i żołądka nie wykazała obrażeń. Szwy na wątrobie i jelita, zaszycie powłok z pozostawieniem sączka. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Roentgen wykazuje kulę browningową na wysokości I-go — II-go kręgu lędźwiowego.

b) Chory lat 36, dostarczony w 4 godziny po wypadku z raną kłutą poniżej lewego łuku żebrowego. Brzuch wzdęty, ciepłota 38°, 8, tętno 94, wymiotów brak.

Operacja wykazała: 2 rany klute esicy i jej krezki. krwawienie z sieci. Zaszycie ran kłutych jelita i sączkowanie rany. Przebieg pooperacyjny z wyraźnym podrażnieniem otrzewnej; powikłanie w postaci zapalenia ropnego gruczołu przyusznego prawego.

W obu przypadkach stwierdza się zasadą, iż należy w czasie zabiegu dokładnie i ściśle skontrolować trzewia i narządy jamy brzusznej, a nie ograniczać się tylko na zbadaniu bliskiego otoczenia miejsca, które zostało uszkodzone.

III. Dr. Zarcyn: a) *Pokaz ciała obcego (część agrafki) wydobytego z jelita ciemnego*. Chora lat 30, po połknięciu ciała obcego, uskarżała się na silne bóle w jamie brzusznej. Miejsce najbardziej bolesne w okolicy kątnicy. Operacja usunięcia ciała obcego. W 24 godz. po zabiegu operacyjnym chora dostała ataku furji: w tym czasie ogólny stan znacznie się pogorszył i chora zmarła. Na sekcji stwierdzono w miednicy małej ropę, która pochodziła z ropnego guza przydatków.

b) *Pokaz woreczka żółciowego wypełnionego dużą ilością kamieni*; pęcherzyk był przedziurawiony w miejscu przylegania do wątroby. Zrostów nie było.

Dyskusja. Prof. A. Januszkiewicz po otrzymaniu od referenta dodatkowych wyjaśnień, że zabiegu operacyjnego dokonano w 3 tygodnie po połknięciu igły oraz, że igła leżała swobodnie w świetle jelita, uważa, iż może być to rzeczą wskazaną w podobnych przypadkach, mając na względzie możliwość mechanicznego usunięcia ciała obcego z jelita, podawanie pokarmu obfitującego w resztki pokarmowe oraz aplikowanie środków czyszczących.

Przytacza następnie własny przypadek usunięcia igły krawieckiej, której koniec sterczał ponad powierzchnią skóry w okolicy ramienia, igła dostała się tam niepostrzeżenie dla chorego z tużurka i sprawiała choremu w ciągu 36 godzin dotkliwie bóle.

Prof. K. Michejda — mówi o przypadku połknięcia przez dziecko igły i znalezieniu jej w czasie zabiegu w jamie brzusznej, w okolicy jelita ślepego. Niewątpliwie igła musiała się tam dostać po uprzednim przedziurawieniu jelita. Przemawiałby ten fakt za tem, że przedziurawienie jelita igłą może nie wywołać procesu zapalnego ze strony otrzewnej.

Dr. L. Achmatowicz opierając się na tem, że igłę znaleziono w tem właśnie miejscu jamy brzusznej, sądzi, że mogła ona być wyjść z jelita w drodze pozaotrzewnowej.

Dr. M. Trzeciak mówi o trudnościach, jakie mogą powstać w czasie zabiegu z powodu lokalizacji igieł i przytacza kilka przypadków z własnej praktyki. W sprawie przypadku drugiego stwierdza, że przedziurawienie pęcherzyka żółciowego w miejscu przylegania do wątroby jest zjawiskiem względnie częstym.

Prof. J. Szmurło w związku z możliwością wędrowania igieł w ustroju przypomina o przypadku, cytowanym w podręczniku medycyny sądowej, gdzie igła, która się dostała do matki, będącej w okresie ciąży, stwierdzono w nóżce noworodka. Zapytuje poza tem, czy były jakiegokolwiek objawy ze strony macicy.

Dr. Zarcyn stwierdza w końcu, że do wykonania zabiegu operacyjnego w przypadku pierwszym skłoniły go dotkliwe bóle, jakich doznawała chora w okresie przedoperacyjnym. Objawów ze strony macicy nie było żadnych.

IV. Pro. K. Michejda przedstawia chorą, operowaną z powodu bąblowca wątroby zropiałego. Objawy kliniczne u chorej były objawami kamicy żółciowej, powikłanej zakażeniem (wysoka gorączka) i żółtaczką. W czasie zabiegu operacyjnego obecności kamieni nie stwierdzono, ani też nie stwierdzono szczególnych zmian zapalnych w drogach żółciowych. Na wypukłości wątroby znajdował się nieco nad powierzchnię wątroby wystający szary guz, z którego nakłuciem wydobyto ropę. Złożono przetokę żółciową na woreczku (cholecystostomię), poczem nacięto guz, wyskrobano wszystkie znajdujące się w nim pęcherzyki (badaniem mikroskopowym stwierdzono obecność charakterystycznych haczyków) i wytamnowano go. Żółtaczka cofnęła się z wolna, gorączka ustąpiła krytycznie. Rana jest na wygojeniu, w chwili demonstracji ołce są zabarwione, przetoka wydziela bardzo mało żółci.

Mówca wyraża przypuszczenie, że żółtaczka spowodowana była oddziaływaniem zropiałego guza na drogi żółciowe.

Dyskusja. Prof. A. Januszkiewicz mówi o skutecznym działaniu rzodkiewki przy kamieniach żółciowych, zapaleniach pęcherzyka żółciowego etc.

Dr. Zarcyn zapytuje, czy nie notowano u chorej eozynofilji.

Prof. K. Michejda — Eozynofilji nie stwierdzono. Prof. A. Januszkiewicz — Eozynofilja nie jest we wszystkich przypadkach wskaźnikiem miarodajnym dla bąblowca; daleko pewniejsze wyniki otrzymuje się, stosując szczerpienie skórne płynu bąblowcowego.

V. Dyskusja w sprawie odczytu Dr. H. Rudzińskiego, wygłoszonego na poprzednim posiedzeniu.

VI. Dr. F. Hryniewiczówna. a) Wypowiada kilka uwag o *histologii ziarnicy złośliwej* z pokazem preparatów: W przypadku, jaki przedstawiam uwadze Towarzystwa, obraz mikroskopowy jest bardzo charakterystyczny dla ziarnicy złośliwej. Mam właśnie na celu zademonstrowanie preparatu, wziętego w okresie największego rozwoju ziarnicy w węzle chłonny, okresu, który nazwać należy okresem rozkwitu.

Rozpoznawanie w tym okresie ziarnicy złośliwej jest najłatwiejsze, wyrażone są bowiem wszystkie objawy cechujące tę sprawę, a więc widoczne są w preparacie liczne komórki Sternberga i inne komórki, cechujące przewlekłą sprawę zapalną, między innymi k-i eozynochłonne.

Rozpoznanie więc sprawy chorobowej w tym okresie jest bardzo łatwe w porównaniu z innymi okresami, a szczególnie z okresem pierwszym, początkowym, w którym zaznacza się brak komórek Sternberga, jak również w końcowym, gdzie rozrośnięta tkanka łączna włóknista nie daje cech, mogących odróżnić ziarnicę złośliwą od innych spraw, kończących się zwłóknieniem.

Przypadek dotyczy dziecka 3 letniego, u którego operacyjnie zostały usunięte bardzo powiększone i twarde węzły chłonne na szyi. Sprawa była rozpoznana histologicznie już po operacji, kiedy chore dziecko było zabrane przez rodziców z kliniki.

Nie można było wobec tego przeprowadzić badań doświadczalnych, które zawsze są dokonywane w Zakładzie Anatomji Patologicznej, o ile istnieje podejrzenie na ziarnicę i o ile otrzymany materiał jest świeży. Prelegentka zwraca się przeto do ordynatorów i kierowników szpitali o dopomoczenie w uzyskiwaniu materiału, pobranego od chorych na ziarnicę złośliwą w celu dokonywania szczepień na zwierzętach.

Jeżeli rozpoznanie histologiczne ziarnicy złośliwej w przypadkach klasycznego przebiegu jest bodaj, że jednym z najłatwiejszych, to wiadomą jest rzeczą, że istnieje przypadek limfogranulomatozy nie dające w całym przebiegu sprawy i w żadnych z jej okresów tych charakterystycznych objawów, na których opieramy nasze rozpoznanie, a mianowicie: zespołu komórek Sternberga z komórkami eozynochłonnymi. Ziarnica w tych przypadkach, powstająca w węzłach chłonnych, nie posiada więc tych cech, któreby dały możliwość histologowi wypowiedzieć się kategorycznie za limfogranulomatozą. W tych przypadkach rozpoznanie może być oparte głównie na podstawie obrazu klinicznego. Nie należy się przeto dziwić, jeżeli w klinicznym przebiegu ziarnicy będą różnice między kliniką a badaniem anatomopatologicznym. W ostatnich czasach ze strony anatomopatologów wypowiedziano przypuszczenie (Doc. M. Brandt, prosektor Zakładu anat. patol. w Rydze — vide Virchows Archiw 1272, r. 1929), że tkanka w ziarnicy złośliwej jest tylko oznaką ciężkiego uszkodzenia aparatu śródbłonkowo-siatkowanego przez różne przyczyny, lecz nie wskazuje na chorobę *sui generis* (Streszczenie własne).

b) *Badania oksydaz w leukocytach krwi według Epstein'a*. W Zakładzie Anatomji Patologicznej U. S. B. robione są próby zastosowania sposobu barwienia peroksydazy komórek tkankowych. — Sposób ten daje bardzo ładne obrazy w preparatach krwi, a jest mało znany, pomimo, że na równi z barwieniem Giemsa może być zastosowany w badaniach klinicznych dla odróżnienia elementów, zawierających oksydazy.

Posiada on również znaczenie teoretyczne w sprawie pochodzenia monocytów, które wykazują pewną ilość oksydaz.

Zasada odczynu polega na tem, że wskutek zadziałania roztworem *a* — Naphtolu a następnie roztworem błękitu toluidynowego zachodzi w protoplazmie komórek, zawierających zaczyny utleniające, reakcja chemiczna, która się ujawni pod mikroskopem w postaci ziarnistości o wybitnie zielonym zabarwieniu.

Technika sporządzania preparatów jest następująca: świeży preparat mazany utrwalą się w mieszaninie alkoholu

i spirytusu przez 3 minuty, spłukuje się w wodzie i wkłada na 3 minuty do rozczyngu Grahama:

alkohol 40%	100,0
a — naphthol	1,0
30% H ₂ O ₂	0,2

Poczem znowu spłukuje się krótko w wodzie i barwi błękitem toluidynowym przez 15 min. (do 24 godz.), następnie szybko spłukuje się w wodzie, zanurza na 1 sek. do 10% rozczyngu taniny i wysusza bibułą.

Wyniki barwienia są następujące: elementy oxydazododatnie, do których należą leukocyty obojętnochłonne, eozynochłonne i monocyty, wykazują w protoplazmie ziarnistość o intensywnym zielonym zabarwieniu. Limfocyty tej ziarnistości nie wykazują, protoplazma ich barwi się na niebiesko, jądra na fioletowo. Czerwone ciała krwi są matowo-zielone.

Doskonałe wyniki oraz niezmiernie prosta technika barwienia, upoważniają do zalecania tej metody jako jednego ze środków pomocniczych w diagnostyce różnicowej białaczki. (Streszczenie własne).

Dyskusja: Prof. K. Opoczyński zwraca uwagę, że metoda Epsteina pozwala na wykazywanie oxydaz również w tkankach.

c) Pokaz wątroby z dużą jamą gruzliczą

Gruźlica w wątrobie występuje najczęściej jako postać prosówkowa i jest jednym z objawów ogólnej gruźlicy ustroju.

Charakterystycznym dla tej postaci jest to, że gruzelki są bardzo drobne i makroskopowo nie dają się zauważyć. Czasami tylko widuje się ogniska nieco większych rozmiarów, np. wielkości grochu; składają się one wtedy z mas serowatych, w środku rozmięczonych. Gdy sprawa szerzy się dalej, ogniska powiększają się i zlewając się ze sobą tworzą jamy, które jednak bardzo rzadko sięgają większych rozmiarów. Preparat, jaki przedstawiam, posiada jamę o średnicy 28 cm.

Przypadek dotyczy 22 letniego mężczyzny, którego zwłoki dostarczone były do Zakładu Anat. Pat. U. S. B. z rozpoznaniem: *abscessus hepatis*.

Rozbór zwłok stwierdził: *Status post laparotomiam. Tuberculosis miliaris pulmonum. Hypertrophia et myodgeneratio cordis. Pericarditis serosa. Tumor lienis chronicus. Hypertrophia et degeneratio adiposa renum. Hyperaemia ventriculi. Degeneratio substantiae medullaris glandularum suprarenalium. Peritonitis serosa. Caverna phthisica lobi dextri hepatis. Hypertrophia et degeneratio lobi sinistri hepatis.*

Wątroba jest znacznie powiększona (waga 2475 gr.) o spistości miękkiej. Cały prawy płąt przedstawia się jako duża torbiel, zawierająca około 5 cm. płynu ropnego. Ściana torbieli grubości ½ cm. miejscami zawiera dużo blaszek o spistości kości. Wewnętrzna powierzchnia ściany jest pofalowana, barwy szaro-żółtej. Miąższ w stanie zaniku. Lewy płąt jest również powiększony, płaski — 8 cm. grubości. Budowa lewego płatu wyraźnie się zaznacza, na przekroju — barwy szaro-żółtej. Badanie mikroskopowe wykazało w samej tkance wątrobowej bardzo znaczne przekrwienie żyłne i liczne, prawie w każdym polu widzenia, drobne podprosówkowe gruzelki z komórkami ołbrzymimi.

Ściana torbieli utworzona jest z tkanki łącznej włóknistej, bliznowatej, z naczyniami krwionośnymi bardzo szerokimi i wypełnionymi krwią. W tkance łącznej znajdują się nacieki okrągłokomórkowe, wśród komórek tu znajdujących się widoczne są komórki nabłonkowe i plazmatyczne.

W rozpoznaniu różnicowym należy uwzględnić bąblowca, którego wykluczamy, ponieważ badanie mikroskopowe nie wykryło otoczki chitynowej. Odrzucić musimy również przypuszczenie ograniczonego ropnia, gdyż nigdzie nie wykryto jego źródła, natomiast stwierdzona gruźlica płuc oraz badania histologiczne, dostatecznie uzasadniają rozpoznanie ogniska gruzliczego, które uległo rozmięczeniu. (Streszczenie własne).

VII. Dr. Łuczyński przedstawia: a) *przypadek mieszańca przysznicy*, b) *przypadek obustronnych nerek torbielowych* (ogłoszone w tym samym zeszycie Pamiętn. Wileńsk. Tow. Lek. (patrz str. 167).

Dyskusja: Dr. Rosset w związku z przypadkiem nowotworu mieszanego podaje, że spostrzegany przez niego nowotwór podobnego typu rozwijał się stosunkowo dość wolno, dochodząc w końcu swego istnienia do wielkości pomarańczy.

W tym czasie guz usunięto, poczem zapobiegawczo zastosowano naświetlania promieniami Roentgena. Po 3 miesiącach chory zaczął odczuwać ból w prawym barku, a powtórna operacja stwierdziła mięsak z przerzutami do innych okolic. Przypadek zakończył się zśnięciem śmiertelnym.

Co się tyczy sprawy, czy mieszańce należą do grupy

nowotworów dobrotliwych czy też złośliwych, mówca uważa iż przypuszczalnie mają one przebieg łagodny tylko w okresie początkowego rozwoju, co nieraz trwa czas dłuższy, poczem mogą nagle stać się złośliwymi, doprowadzając do fatalnego końca.

Prof. K. Opoczyński. Z punktu widzenia badań anatomo-patologicznych, mieszańce mają często cechy guzów złośliwych, jakkolwiek z przebiegu klinicznego mają raczej charakter guzów łagodnych, do których mówca skłonny jest je zaliczyć.

Duże znaczenie pod tym względem posiada stwierdzenie, czy guz jest otorbiony, czy też zwarty z tkanką okoliczną, co jest złą oznaką dla dalszego przebiegu choroby.

Prof. A. Januszkiewicz — odnośnie do przypadku torbielowego zwyrodnienia nerek podaje szereg szczegółów z karty klinicznej. Chorego przywieziono do II kliniki wewnętrznej w stanie napół przytomnym; z wywiadu wynikało, że chory przed 1½ rokiem przebył zapalenie nerek, które trwało 6 miesięcy. Ostatnio chorował na grype, poczem stan jego znacznie się pogorszył. Stwierdzono: osłabienie ogólne, akcja serca również słaba, od czasu do czasu wymioty, cięplota normalna; ciśnienie krwi — mx. 85, mm. 65; bezmocz (6 g. moczu) 1010, ślady białka, nieliczne ciała ropne, brak walczków. Ilość azotu, kwasu moczowego i kreatyniny powiększona. Rozpoznanie — mocznica oraz *nephrocirrhosis secundaria* z azotemją przy jednoczesnym niskim ciśnieniu krwi, co niejednokrotnie w klinice da się zauważyć.

Stwierdzenie azotemji przy równoczesnym niskim ciśnieniu krwi każe myśleć raczej o torbieli nerek, niż o ich marskości.

Jak stwierdziło badanie anatomo-patologiczne, w przypadku omawianym obraz mikroskopowy wykazywał zwyrodnienie nerek śródmiąższowe (rozrost tkanki łącznej i zanik kłębuszków).

Wobec tego, że chory w czasie pobytu w klinice miał stale brzuch wzdęty i wymiotował, nerek za życia nie wyczuto należyte.

Dr. M. Trzeciak. W większości przypadków, obserwowanych przez mówcę, guzy mieszane miały przebieg złośliwy.

Sekretarz: E. Czarnecki.
(wedł. Pam. Wil. Tow. Lek.)

Z Towarzystw Lekarskich zagranicznych.

Aubertin i Voillemin stosowali u chorego z *nie-dokrewnością złośliwą zastrzykiwania wyciągu z wątroby domięśniowo* (Tow. lek. szpit. parysk. — Pr. méd. Nr. 39) z powodu tego, że chory skutkiem ciągłych wymiotów nie mógł przyjmować wątroby do wewnątrz. Wstrzykiwano dziennie do 6 ampułek, z których każda odpowiadała 60 gr. wątroby. Wyraźna poprawa doprowadziła do 1.900.000 krazków czerwonych (poprzednio 1 milion). Mimo dalsze zastrzykiwania liczby tej nie można było zwiększyć. Wówczas przystąpiono do podawania na wewnątrz wątroby, zwłaszcza, że wymioty ustąpiły, i liczba krazków czerwonych doszła do 4.360.000.

Jacob i Donady omawiali na tem samem posiedzeniu przypadek *agranulocytozy w trakcie leczenia gruźlicy płuc chryzałbiną*, zakończony rychło śmiercią. Autorzy nie sądzą, iżby małe dawki środka, stosowane w tym przypadku, mogłyby być przyczyną agranulocytozy.

Grivot, Caussé i Benes probowali *stosować acetylocholinę w chorobach uszu* (Tow. laryng. szpit. parysk. — Pr. méd. Nr. 39) w postaci zastrzykiwań podskórnych i dożylnych w 50 przypadkach. Szło im o zorientowanie się co do istnienia skurczów naczyń w pewnych chorobach uszu. Działanie acetylocholin na zawroty głowy i głuchotę było słabe, natomiast dosyć dobre na szum w uszach.

Moatti spostrzegł *dwa przypadki drgawek w czasie wlewania lipodolu do tchawicy* (Tow. laryngol. szpit. parysk. — Pr. méd. Nr. 39). W pierwszym przypadku wystąpiły drgawki i sztywność ciała wraz z utratą przytomności i objawem Babinskiego. Po upływie pół godziny wszystko ustąpiło. Następne zastrzykiwania nie wywoływały już tego rodzaju objawów. W drugim przypadku drgawki wystąpiły w ½ godziny po zastrzyknięciu, poczem zjawiły się objawy porażenia połowiczego, trwające 2 tygodnie.

Peigné spostrzegł *pod wpływem leczenia złotem — po wstrzyknięciu 0,1 tiolarszanu złota — gwałtowne pogorszenie się starych zmian toczniowych, zmian gruzliczych w oku i uchu* (Tow. terap. paryskie — Pr. méd. Nr. 39). Nie spostrzegano przytem ani zaburzeń żołądkowo-kiszkowych, ani rumienia, ani wysypki na śluzówkach, ani białkomoczu lub kurkomoczu.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

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

Ołowica zawodowa w przemyśle akumulatorowym.

Podali

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

(Dokończenie: p. Nr. 24).

By umożliwić porównanie naszych wyników z podobnymi pracami, zestawiliśmy w tablicy 6. ważniejsze objawy, spotykane w naszym materiale.

Uwzględniliśmy ponadto wyniki ankiety badaczy francuskich, (7), przedsięwziętej również w przemyśle akumulatorowym, oraz wyniki naszych badań wśród drukarzy warszawskich (6).

Uderza w tej tablicy przede wszystkim zgodność wyników naszych i francuskich co do rąbeków i nakropień. Różnica w osłabieniu prostowników wynika z różnicy oceny. My trzymaliśmy się ściśle wskazań Telekyego, uważając za charakterystyczne jedynie jednostronnie silniejsze osłabienie ręki, więcej używanej. Francuzi uwzględniali również obustronne osłabienie. Różnimy się również co do przebytej już uprzednio ołowicy. Wobec tego, że dane te pochodzą od badanego, różnica ta

T A B L I C A 6.

Częstość ważniejszych objawów ołowicy.

o b j a w y	robotnicy akumulatorowi				drukarze	
	dane własne		dane francuskie		dane własne	
	L. bwzgl.	%	L. bwzgl.	%	L. bwzgl.	%
Zbadano osób	305	100.0	50	100.0	427	100.0
z tego miało:						
1) rąbek	174	57.0	29	58.0	50	11.7
2) osłabienie prostowników palców	57	18.7	21	42.0	31	7.3
3) osłabienie chwytu ręki więcej używanej	37	12.1	?	?	39	9.1
4) nakropień zasadochłonnych:						
a) wogóle	233	76.4	38	76.0	101	23.6
b) 100/ miljon i więcej	221	72.5	?	?	66	15.4
c) 300/ miljon i więcej	195	63.9	?	?	45	10.5
d) 1000 miljon i więcej	133	43.6	?	?	10	2.3
e) 10000/ miljon i więcej	21	6.9	?	?	0	0.0
5) ołowica w anamnezie	61	20.0	15	30.0	12	2.8

nie może być miarodajna. Możemy więc zaryzykować twierdzenie, że francuski przemysł akumulatorowy przedstawia się pod względem zabezpieczenia robotników przed ołowicą nie lepiej od naszego. I w tem zestawieniu różnica pomiędzy przemysłem akumulatorowym a drukarstwem zaznaczona jest wybitnie, szczególnie w rąbkach. Mniejsza różnica w nakropieniach, biorąc liczbę ogólną, wskazuje na to, że jest to „odczynnik” czulszy od rąbka, czego dowodzi już większy odsetek dodatnich nakropień. Objaw ten, oczywiście

w mniejszym ilościowo natężeniu, występuje już przy małych dawkach ołowiu, których i w drukarniach nie brak. By zapomocą tego objawu wykryć istniejące różnice w stopniu narażenia pomiędzy jednym a drugim zawodem, potrzeba właśnie ilościowego określenia go. Już przy 100 miljon nakropień stosunek dodatnich wyników wśród drukarzy w porównaniu z robotnikami akumulatorowymi odpowiada proporcji rąbków. Powyżej tej normy różnice pogłębiają się jeszcze bardziej. Maksimum nakropień wśród drukarzy wyniosło

4600/miljon, wśród robotników akumulatorowych znaleźliśmy 76000, następny miał 70800, trzeci 62500/miljon. Pozatem u 7 robotników akumulatorowych oprócz nakropień znaleźliśmy normoblasty. Fakt, że osłabienie prostowników ręki i palców występuje wśród robotników akumulatorowych przeszło dwukrotnie częściej, aniżeli wśród drukarzy, przemawia za swoistością tego objawu. Natomiast mała różnica w osłabieniu siły chwytu ręki, więcej używanej, albo oznacza brak swoistości, albo świadczy o tem, że do powstania tego objawu potrzeba dłuższego czasu zadziałania ołowiu. Stosunek częstości ołowicy w anamnezie porównanych grup zawodowych, choć liczby te nie mogą być dokładne, potwierdza różnice, stwierdzone wynikiem badania jednorazowego (patrz tablica 4.). Znowu trzeba brać pod uwagę znacznie dłuższy czas pracy w zawodzie drukarskim. Ponadto warto zaznaczyć, że z pośród 61 robotników akumulatorowych, którzy przyznali się do przebycia ołowicy, 7 miało ataki kolki dwukrotnie, a 4 jeszcze częściej. Godne zanotowania jest jeszcze niebywale szybkie powstanie niektórych objawów ołowicznych. W fabryce C na oddziale montażowym jeden przypadek, zbadany po trzech dniach pracy, dał nakropień 1500/miljon i słaby rąbek, a drugi, po tygodniu pracy miał nakropień 600/miljon i wyraźny rąbek! Obydwaj, ludzie młodzi, 18-letni, pracowali coprawda poprzednio, jeden w warsztatach wodociągowych, drugi w fabryce maszyn, gdzie również mogli się byli zetknąć z ołowiem. Jednakże objawy te, jak na okazyjne narażenie, jakie się tam przytrafić mogło, są zbyt wybitne. Rąbki, szczególnie w pierwszym z przytoczonych przypadków, robiły wrażenie sprawy świeżej, rozwijającej się. Warunki pracy na tym oddziale były szczególnie złe ze względu na przepełnienie. Raczej przypuszczamy, że ta nader szybka reakcja jest związana z wiekiem. U osób młodych bywają niekiedy nakropienia nieswoiste. Tem łatwiej więc w szczególnie złych warunkach pracy mogły one wystąpić bar-

dzo szybko pod wpływem ołowiu, czynnika, który je szczególnie łatwo wywołuje. Że są one w tych przypadkach swoiste, o tem świadczy rąbek. Czas pracy został przez nas sprawdzony w kierownictwie fabryki. Za powstaniem tych zmian dopiero w fabryce C. przemawia i ten fakt, że z tej samej fabryki mamy jeszcze trzeci przypadek bardzo wczesnego wystąpienia objawów ołowicznych. Robotnik, 33-letni, w chwili badania pracował w fabryce od dwóch tygodni i wykazał: nakropień 300/miljon i wybitny rąbek. Niema w tym przypadku wątpliwości co do miejsca powstania tych objawów, gdyż poprzednio był on zajęty przy transporcie drzewa. Mniejsza liczba nakropień może być wyrazem mniejszej wrażliwości osobniczej, szczególnie, że był to mężczyzna starszy od tamtych. Zato rąbek był u niego wyraźniejszy, zgodnie z faktem dłuższego zatrudnienia.

* * *

Pozostaje jeszcze omówienie wpływu czynników sezonowych na zatrucie ołowiem, o czem wspominaliśmy w związku z dyskusją nad tablicą 3. W dostępnej nam literaturze nie znaleźliśmy żadnej co do tego wskazówki. By upewnić się co do trafności naszego spostrzeżenia, sięgnęliśmy po materiał, zebrany przez nas wśród drukarzy. Badanie drukarzy rozpoczęło się w kwietniu 1928 r., a zakończone zostało w styczniu 1929 r. Podzieliliśmy cały ten materiał na badanych w półroczu letnim, od I.IV do 31.IX 1928, oraz na badanych w półroczu zimowym od 1.X 1928 do 31.III 1929. Następnie skorzystaliśmy z materiału, zawartego w sprawozdaniach lekarskiej inspekcji pracy w Belgji(8). Podają one wyniki badań lekarzy inspekcyjnych co do ołowicy w fabrykach bieli ołowiowej za lata 1921—1928 włącznie. Na szczęście wyniki te podawane są kwartalnie. Umożliwiło to nam przeprowadzenie podobnego podziału na półrocz letnie i zimowe, jak to uczyniliśmy z drukarzami. Wyniki zawarte są w tablicy 7.

T A B L I C A 7.

Zatrucia ołowiem według sezonu.

rodzaj przemysłu	półroczne	zbadano ogółem	z tego było pod działaniem ołowiu (I. + II. stopień)		porównanie wskaźników zatrucia letniego i zimowego letni = 100
			L. bwzgl.	%	
akumulatorowy	letnie	158	109	68.9	100.0
	zimowe	156	143	91.7	133.0
drukarstwo	letnie	266	60	22.6	100.0
	zimowe	161	49	30.4	134.5
bieli ołowiowej	letnie	5457	656	12.0	100.0
	zimowe	6344	927	14.6	121.7

Zestawienie to, obejmujące trzy różne zawody ołowiowe, potwierdza fakt wpływu czynników sezonowych na zatrucie ołowiem i to w tym sensie, że liczba zatrutych zimą w porównaniu z latem wzrosła: o 33% wśród robotników akumulatorowych, o 34.5% wśród drukarzy, a o 21.7% wśród robotników fabryk bieli ołowiowej. Uderza przy-

tem nadzwyczajna zgodność wyników wśród dwu pierwszych grup zawodowych, zbadanych przez nas na zasadzie jednolitej techniki i oceny. Co oznacza różnica w stopniu wzrostu wskaźnika zimowego zatrucia w materiale belgijskim, dotyczącym przemysłu bieli ołowiowej, w porównaniu z naszym materiałem, na to trudno dać odpowiedź

ściłą. Że wchodzi tu w rachubę różnice w technice badania i oceny, wynika już z porównania samych współczynników zatrucia poszczególnych grup zawodowych. Wiadomo, że wyrób bieli ołowiowej należy obok wyrobu akumulatorów do najbardziej niebezpiecznych zawodów ołowiowych. Jakkolwiek, dzięki poprawie warunków higienicznych, stosunki zdrowotne w tym przemyśle znacznie się polepszyły, wątpić należy, czy mogło to nastąpić w stopniu aż tak znacznym, by ryzyko ołowicy spadło do połowy tego, które istnieje u nas w drukarstwie. Taki mniej więcej stosunek wynikałby z tego zestawienia, gdyby przyjąć, że liczby, w niem zawarte, oznaczają te same stopnie działania ołowiu. W literaturze znajdujemy aż nadto skarg na niejednorodność w interpretacji szczególnie wczesnych objawów ołowicy. To też taka różnica dziwić nas nie może. Niestety, w sprawozdaniach belgijskiej inspekcji podane są same zestawienia liczbowe, bez wyjaśnienia sposobów badania i oceny. Najprawdopodobniej belgijska inspekcja lekarska nie korzysta z reguły z badania krwi, w każdym bądź razie nie w stosunku do ogółu

zatrudnionych w danym przemyśle, a opiera się na objawach takich, jak rąbek, osłabienie pewnych grup mięśniowych i t.p., które dadzą się stwierdzić bez pomocy laboratorium. W ten sposób część cięższych postaci zatrucia może ująć uwagę. Albowiem dokładność, możliwa w specjalnej ankiecie, jaką my przeprowadzamy, nie da się zastosować przy masowym badaniu, powtarzającym się periodycznie ze względu na koszt, czas i trudności techniczne. Najprawdopodobniej więc wskaźniki zatrucia, obliczone na zasadzie danych belgijskich, odnoszą się naogół do dalej posuniętych spraw chorobowych, obejmują według naszej klasyfikacji przede wszystkim III stopień działania ołowiu i część II stopnia. Jeżeli nasze przypuszczenie jest trafne, wtedy słabszy wzrost wskaźnika zimowego wśród robotników bieli ołowiowej łatwy jest do wytłumaczenia. Albowiem wzrost sezonowy nakropień zasadochłonnych, zarówno co do liczby osób, wykazujących ten objaw, jak co do natężenia tego objawu, jest wybitniejszy, niż takiż wzrost rąbków. Wynika to z tablicy 8.

Sezonowy zimowy wzrost wskaźnika rąbków

T A B L I C A 8.

Rąbek i nakropienia zasadochłonne według sezonu wśród robotników akumulatorowych.

półrocze	zbadano ogółem	z t e g o m i a ł o :							
		r ą b k ó w			nakropień zasadochłonnych				
		L. abs.	%	wskaźniki letni : zimowy	L. abs.	%	wskaźniki letni : zimowy		
letnie	158	77	48.7	100.0	97	61.4	100.0		
zimowe	156	100	64.1	131.7	141	90.4	147.2		
		n a k r o p i e ń z a s a d o c h ł o n n y c h n a m i l j o n :							
		I w preparacie		100 — 300		300 — 1000		1000 — i więcej	
		L. abs.	%	L. abs.	%	L. abs.	%	L. abs.	%
letnie	158	9	5.7	13	8.2	44	27.8	31	19.6
zimowe	156	5	3.2	13	8.3	24	15.4	99	63.5

wśród robotników akumulatorowych wynosi 31.7%, gdy nakropienia wszelkich stopni wzrosły aż o 47.2%. Gdy podzielimy nakropienia według natężenia, widzimy, że ten wzrost zaznacza się właśnie w grupie największego natężenia, przy 1000/miljon nakropień. W tej grupie porównanie wskaźnika letniego z zimowym wypada jak 100: 324, czyli wzrost zimą o 224%! W myśl wskazań literatury(9) wystarczy wykrycie u robotnika, narażonego na zatrucie ołowiem, 1000/miljon nakropień, by go zaliczyć do II stopnia działania ołowiu, nawet gdyby to był jedyny objaw ołowicy. Stąd jasnym jest, dlaczego wyniki badania, oparte na badaniu krwi, mogą się poważnie różnić od wyników, nie uwzględniających tego objawu. Wobec stwierdzenia, że ten właśnie objaw podlega wybitnym wahaniom sezonowym, może to tłumaczyć różnicę w stopniu wzrostu zimowego wskaźnika zatruc pomiędzy materiałem naszym a belgijskim, jaką wi-

dzimy w tablicy 8. W wyniku tej dyskusji możemy stwierdzić, że niewątpliwie wzrasta zimą liczba zatrutych, jednakże stopień tego wzrostu zależy w głównej mierze od objawów ze strony krwi. Powstaje wobec tego nowa trudność w interpretacji wczesnych objawów ołowicy. Rodzi się następujące pytanie: czy wykrycie np. 1000/miljon nakropień latem ma tę samą wartość rozpoznawczą i prognostyczną, jak zimą? Jest to pytanie nie tylko teoretycznie ciekawe, lecz doniosłe przede wszystkim dla praktyki badań periodycznych, przedsięwziętych w celach zapobiegawczych. Od odpowiedzi może zależeć postępowanie, w skutkach swych społecznych dla robotnika bardzo ważne, gdyż chodzi o ewentualne usunięcie go, choćby czasowe, od pracy.

Niestety, odpowiedź na to pytanie jest niemożliwa bez przeprowadzenia uzupełniających badań, zachodzi bowiem kilka możliwości. Przede-

wszystkiem nasuwa się pytanie, czy skutkiem nieotwierania zimą okien dawka ołowiu, wchłoniętego w tej porze roku, nie jest większa, niż latem. Równie dobrze reakcja ustroju na tensam bodziec może być inna latem, inna zimą w zależności od takich czynników, jak przebywanie na świeżem powietrzu, nasłonecznienie, dłuższe latem, niż w chłodnej porze. Wreszcie nie można wyłączyć istnienia pewnych przemian biologicznych, związanych z sezonem. Serolodzy wiedzą nie od dziś, że również u zwierząt ciepło-krwistych zachodzą w ciągu roku pewne zmiany np. w zawartości komplementu. I w naszym przypadku chodzi głównie o krew. Poza tem podejrzenia pewne w tym kierunku wzbudza szczególnie porównanie wyników fabryki A. Złe wyniki otrzymaliśmy na początku stycznia, dobre w drugiej połowie kwietnia. Otóż kwiecień pod względem tych innych możliwości, o których była mowa, nie różni się tak wybitnie od stycznia, jakby na to wskazywała różnica wyników badania. Natomiast pomiędzy jedną

a drugą datą badania jest początek wiosny, która w całej przyrodzie powoduje głębokie przemiany. Dyskusja nad temi możliwościami bez bardziej uchwytnych danych jest bezcelowa. Badań dodatkowych nie wykonaliśmy, gdyż samo pytanie zrodziło się dopiero przy opracowaniu wyników. Obecnie zaś zaszły już w fabrykach tych poważne zmiany w warunkach pracy, które nie pozwoliłyby na skorelowanie wyników obecnie osiągniętych z poprzednimi. Ograniczamy się więc do zaznaczenia tych możliwości i do zwrócenia uwagi na to, by w przypadkach, gdy jedynym objawem działania ołowiu jest nakropienie zasadochłonne, traktować go z pewnym krytycyzmem również pod kątem widzenia sezonu.

W pracy naszej o drukarzach stwierdziliśmy pewną różnicę co do limfocytozy pomiędzy żydami a chrześcijanami. Zainteresowało nas pytanie, czy ta różnica nie jest również zależna raczej od sezonu. W tym celu zestawiliśmy tablicę 9.

T A B L I C A 9.

Limfocytoza względna według wyznania i sezonu u drukarzy.

półrocze	chrześcijan			żydów			ogółem		
	zbadano osób	limfocytów		zbadano osób	limfocytów		zbadano osób	limfocytów	
		< 36%	> 36%		< 36%	> 36%		< 36%	> 36%
L i c z b y b e z w z g l ę d n e									
letnie	6	3	3	125	26	99	131	29	102
zimowe	133	63	70	33	14	19	166	77	89
razem	139	66	73	158	40	118	297	106	191
L i c z b y w z g l ę d n e									
letnie	—	50.0	50.0	—	20.8	79.2	—	22.1	77.9
zimowe	—	47.4	52.5	—	42.4	57.6	—	46.4	53.6
razem	—	47.5	52.5	—	25.4	74.6	—	35.6	64.4

Pozornie na nasze pytanie otrzymaliśmy odpowiedź twierdzącą. Uwzględniając ogół badanych w sezonie letnim, mamy 77.9% wybitnej limfocytozy, zimą zaś 53.6%. Co więcej, jest to mniej więcej ta sama różnica, jaką otrzymaliśmy, porównując bez uwzględnienia sezonu żydów i chrześcijan. Zagadka rozwiązuje się bardzo prosto. Tak się złożyło, że olbrzymia większość żydów badana była w sezonie letnim, chrześcijan zaś odwrotnie. Innymi słowy, podział według sezonu odpowiada podziałowi według wyznania, stąd identyczny wynik. Widzimy jednak, że wahania idą tu w odwrotnym kierunku, aniżeli wahania w objawach zatrucia. W literaturze znajdujemy głosy, z których jedne(10) uważają limfocytozę względną za objaw ołowicy, wtedy limfocytoza właśnie zimą winna być znaczniejsza, a nie latem, — a drugie nie znajdują korelacji pomiędzy ołowicą a limfocytozą(11). Na zasadzie naszych dotychczasowych danych podzielamy ten drugi pogląd. W tym przypadku nie powinno być żadnej istotnej różnicy sezonowej. Stąd wniosek, że jednak różnica, która

istnieje, zależy raczej od momentów natury rasowej. Wtedy limfocytoza wybitna, zgodnie ze stanem faktycznym, winna zaznaczyć się w okresie, gdy badano gros żydów, czyli latem.

* * *

Jeżeli chodzi o program zapobiegawczy w przemyśle akumulatorowym, to wszystkie znane sposoby walki z zatruciami zawodowymi w tym czy innym dziale powinny znaleźć zastosowanie. Należy do tego przedewszystkiem oddzielenie pod względem pomieszczeń procesów niebezpiecznych od takich, które mogłyby być bezpieczne. Chodzi tu nie tylko o III grupę niebezpieczeństwa, lecz również o część grupy II. Następnie przychodzi energiczna walka z rozpylaniem ołowiu; mechanizacja najbardziej niebezpiecznych rękoczynów, wentylacja wyciągowa, działająca w miejscu powstania pyłu czy pary ołowiu, stoły, podłogi, ściany, dające się z łatwością zmywać, racjonalne sposoby sprzątnięcia. Równie ważne jest umożliwienie robotnikom zachowania środków ostrożności i jaknajwiększej czystości przez dostarczenie odzie-

ży roboczej, szatni, umywalni, jadalni i przypilnowanie ich pod tym względem. Dla kobiet i młodocianych w oddziałach produkcyjnych niema miejsca. Wreszcie konieczne jest zastosowanie art. 8 rozporządzenia Prezydenta o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu, dotyczącego perorycznych badań lekarskich. Powinny się one odbywać w krótkich odstępach czasu, conajmniej raz na miesiąc. Ewentualnie w smarowni należałoby zastosować krótszy, niż 8-godzinny, dzień pracy w myśl art. 5 ustawy o czasie pracy. Nie tu jest miejsce na omówienie szczegółów programu profilaktycznego. Należy tylko podkreślić, że rozumne zastosowanie tych wskazań, które pokrótce wymieniliśmy, szczególnie, gdy kierownictwo fabryk będzie należycie współpracowało z właściwymi władzami, może dać bardzo poważne rezultaty. Podkreślamy to dlatego, gdyż wobec wymowy tych liczb, które przytoczyliśmy w wyniku naszej ankiety i z literatury obcej, mógłby się zrodzić pewien pesymizm. Dlatego przytaczamy tutaj wyniki, osiągnięte w jednej fabryce niemieckiej(12). W r. 1897 wskaźnik zatrucia łożem wynosił tam 21.16%. W następnym roku obniżył się na 7.55%, w następnych trzech latach wynosił: 2.85%, 2.01% i 0.97%. Zastosowano takie właśnie środki, jak te, o których wspominaliśmy. Lekarz fabryczny opierał się na badaniu nakropień zasadochłonnych i wstrzymywał pracę lub przenosił na inny oddział wszystkich, którzy wykazywali ponad 200 milion nakropień. W związku z tem jeszcze słów parę o fabryce C, w której również odbywa się co dwa tygodnia peroryczne badanie lekarskie. W tym przypadku niema tego korzystnego wyniku. Czem się to tłumaczy? Głównie dwie przyczyny są za to odpowiedzialne. W samej fabryce skutek nieprzestrzegania zasady skutecznego oddzielenia czynności niebezpiecznych od bezpiecznych niema prawie oddziału wolnego od niebezpieczeństwa. Z chwilą, gdy lekarz stwierdza oznaki zbliżającego się zatrucia, w tych warunkach niema możliwości usunięcia danego robotnika z pod działania łożu z wyjątkiem uznania go za niezdolnego do pracy. Taka decyzja krzywdzi robotnika, który przy obecnym stanie naszego ustawodawstwa ubezpieczeniowego otrzymuje w najlepszym razie 60% swej płacy ustawowej jako zasiłek. Zresztą, i kasa chorych prawdopodobnie będzie się broniła przed

przyznaniem zasiłku robotnikowi, który w danej chwili wykazuje jako jedyny objaw np. 300/miljon nakropień. Stąd w praktyce robotnik taki będzie przesunięty na inny oddział, gdzie nadal styka się z łożem. Z biegiem czasu więc cały personel będzie miał objawy działania łożu, jak to wykazało nasze badanie. W tych warunkach badanie peroryczne wpływa tylko na zwolnienie tempa zatrucia w myśl poprzednich naszych uwag. Druga przyczyna tkwi właśnie w brakach naszego ustawodawstwa ubezpieczeniowego. Należałoby wyraźnie powiedzieć, że człowiek, któremu wskutek kontynuowania dotychczasowej pracy grozi poważniejsze zachorowanie, jest niezdolny do pracy, choćby pozornie wydawał się zdrowy, jak to się dzieje w praktyce ubezpieczeniowej niemieckiej(13). Należałoby również przewidzieć ustawowo wyższy wymiar zasiłku w przypadkach chorób zawodowych. Wyższe obciążenie kasy z tego tytułu mogłoby być pokryte przez podniesienie tej części składki, którą płaci pracodawca. Podstawa prawna do tego istnieje w postaci art. 59 obecnie obowiązującej ustawy o ubezpieczeniu chorobowym. Nie wystarczy więc samo badanie peroryczne, trzeba stworzyć warunki niezbędne, by mogło być skuteczne.

P I Ś M I E N N I C T W O :

1) Collis w *Annuaire Sanitaire International*, Société des Nations, 1928. 2) *Hygiène du Travail*, Fasc. Nr. 89, Bureau International du Travail. 3) Hamilton w Kober and Hayhurst, *Industrial Health*. Philadelphia 1924. 4) Hayhurst *Industrial Health. Hazards and Occupational Diseases in Ohio*. Columbus 1915. 5) Greenburg, Schaye and Shlionsky, USA. *Public Health Reports*, Nr. 28, 1929. 6) Nowakowski, Rabinowicz i Czarkowska, *Warszawskie Czasopismo Lekarskie*. Nr. Nr. 36, 37, 38, 41. 7) Heim, Agasse-Lafont, Feil, cyt. wedl. *Hygiène du Travail*. I, c. (2). 8) *Bulletin du Service Médical du Travail*, Bruxelles, Gand, roczniki za lata 1921—1929. 9) Teleky, Gerbis, Schmidt, *Die Frühdiagnose der Bleivergiftung*, Berlin 1919. 10) Legge i Goadby, *tlomaczenie niemieckie Telekyego, Bleivergiftung und Bleiaufnahme*, Berlin 1921. 11) Mathew R. Y. cyt. wedl. *Zentralblatt f. d. Ges. Hygiene*. T. 20. p. 364, r. 1929. 12) Hamilton, *Industrial Poisons in the United States*, New-York. 1925. 13) Koenigsfeld Harry, *Versicherungsmedizin*, Leipzig, 1925.

O d c i n e k.

L. ZAMENHOF.

DZIEJE MEDYCyny

w życiorysach, aforyzmach i anegdotach.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 20)

Jego „neowitalizm“ polegał na tem, że uznawał on dwie siły w komórkach — jedną wyłącznie fizykalno-chemiczną (Molekularkraft), drugą tak zwaną życiową (Lebenskraft). Był to pierwszy cios, zadany wszechpotężnej teorii materialistycznej przez samego jej twórcę. Wkrótce nastąpiły inne. Niedługo utrzymała się również teoria zapaleń, za pomocą której Virchow obalił w swoim czasie skazy Rokitan-

skyego. Badania Conheim'a i następnie Recklinhausena rzuciły nowe światło na patologię tej sprawy. Lecz najdotkliwszy cios odniosła nauka Virchowa przez nowopowstałą bakterjologię. Virchow a czując zachwiany grunt pod sobą, a nie mogąc obrońić swego stanowiska, usiłował ośmieszyć tych wszystkich, którzy wszędzie widzieli „wędrujące leukocyty i bakterje“. Wierny swoim przekonaniom, Virchow, nie umiał się poddać nowym kierunkom i dlatego wraz z jego śmiercią zgasła również aureola jego głośnej teorii. Pozostało po niej tylko to, co istotnie okazało się niezachwiane: jej rdzeń — geneza komórek.

Virchow odegrał w dziejach medycyny nie-

tylko rolę wielkiego badacza naukowego, lecz również człowieka o niepowседневnej wartości duchowej. Pomimo, że pochodził z rodziny konserwatywnej, w życiu społecznym należał do najgorętszych obrońców postępu i demokracji. Pomimo zdecydowanego kursu reakcyjnego ze strony rządu, nie zawahał się bronić haseł demokratycznych i nawet stanąć na barykadach w obronie rewolucji. Nic więc dziwnego, że Virchow cieszył się niezwykłym szacunkiem wśród jego współczesnych. Kiedy przewodniczył w Towarzystwie Lekarskim w Berlinie, na sali panował, jak mówi w swych wspomnieniach Schleich, jakiś podniosły nastrój — potęgą jego ducha udzielała się wszystkim obecnym.

O Virchowcie pozostało dużo wspomnień. Z usposobienia zawsze poważny, wszystko w życiu traktował z punktu widzenia naukowego. Jego ulubionym konikiem była filologia medyczna. Napisał nawet ciekawe dziełko pod tytułem „Über Barbarismen in der Medizin”. Na temat ten opowiada o nim Schleich ciekawy epizod. Pewnego razu składał egzamin jakiś kandydat na stanowisko lekarza powiatowego. Virchow zadał mu pomiędzy innymi również pytanie na temat filologii, zapytując go, skąd pochodzi słowo „serum”. Gdy ten nie umiał odpowiedzieć, odpalił go słowami: „przecież to jasne, że od łacińskiego przymiotnika „serus, sera, serum”. Przy egzaminie był obecny pierwszy asystent Virchowa, Wegner, który dla ciekawości zajrzał do słownika i, przekonawszy się, że profesor nie miał racji, bez żenady zauważył. „panie profesorze, serum pochodzi od greckiego słowa „to serra” co znaczy: płyn krwawy”. Virchow, sam wpadłszy w pułapkę filologiczną, kazał zwrócić sobie już podpisany dokument kandydata, przesłuchał go ponownie i zmienił ocenę na zadawalającą.

Virchow należał do tych, którzy każdą chwilę swego życia wypełniali pracą. Pewnego razu jakiś kandydat na lekarza napróżno usiłował złożyć przed nim swój egzamin. Wreszcie przyłapał go, kiedy ten wybierał się na posiedzenie. Virchow kazał mu wsiąść do powozu i w drodze zaczął go egzaminować. Po pewnym czasie zatrzymał woźnicę i zwrócił się do kandydata z następującymi słowami: „Może pan już wysiąść, pan nie zdał egzaminu”.

Virchow, jak wiadomo, był jednym z przywódców i współzałożycieli partii postępowej w parlamencie niemieckim. Niełatwe to było zadanie stawać w okresie wszechwładnego panowania Bismarka w obronie haseł postępowych, a zwłaszcza tak daleko sięgających, jak żądanie samookreślenia narodów. Jednak Virchow nie dał się porwać syrenie politycznej. Niezwykła równowaga ducha obroniła go przed całkowitem oddaniem się polityce, jak to miało miejsce z jego współczesnikiem we Francji znakomitym fizjologiem Pawłem Berthem, a nieco później Jerzym Clemenceau. Virchow do końca życia pozostał wierny swemu najbardziej ulubionemu ideałowi — sztuce lekarskiej. Do historii przeszedł jako twórca nowoczesnej medycyny.

Medycyna nowoczesna.

Olbrzymi postęp nauki i techniki, którym odznaczyły się wieki 19 i 20, nie pozostał bez wpływu również na medycynę. Na gruzach kierunku naturalistyczno-filozoficznego powstał nowy kierunek naturalistyczno-naukowy. Po idealizmie Kanta wszechwładnie zapanował materializm Vogta, Moleschotta i Comta. Medycyna znalazła dla siebie wybitnego orędownika tego nowego prądu w osobie Virchowa. Jakkolwiek teoria jego nie wytrzymała próby czasu, droga, wytknięta przez niego, stała się drogą wszystkich nowoczesnych badań i doprowadziła do nowych epokowych odkryć.

Obok teorii komórkowej drogą doświadczalną powstała nowa niezwykle bogata nauka bakterjologii, która znacznie zmieniła poglądy na patologię i pchnęła wszystkie badania na nowe tory. Pojęcie „*contagium animatum*”, chociaż było znane już w okresie renesansu (Fracastoro), było traktowane jednak raczej jako fantazja, których tak wiele było za czasów filozoficzno-empirycznych w medycynie. Jeszcze na początku wieku ubiegłego Semmelweiss walczył bezowocnie o uznanie istnienia zarazki. Wyśmiano go jako warjata-fantastę. Dopiero Lister, podjąwszy walkę na nowo, zdobył pierwsze okopy konserwatyizmu w szeregach lekarskich. Pierwszym, który postawił tę sprawę na stopie naukowej, był nie lekarz, lecz chemik Pasteur. Dopiero po nim wystąpił na scenę Robert Koch, zastosowawszy nową naukę do patologii ustroju ludzkiego.

Obok bakterjologii w niezwykle szybkim tempie rozwinął się również szereg różnych specjalności a w pierwszym rzędzie neurologja, której początki sięgają zaledwie wieku 18-go. Twórcami jej byli w Niemczech: Griesinger, Romberg, Erb, Nothnagel, we Francji: Duchenne de Boulogne, Charcot i inni. Przyczynili się do tego znakomici anatomopatologowie i fizjolodzy, jak Goltz, Wernicke, Golgi, Weigert, Ramon y Cajal, von Monakow i inni.

Nie ostatnie miejsce w rydwanie postępu nowoczesnej medycyny zajęła również terapia, najbardziej dotychczas zaniedbana gałąź sztuki lekarskiej. Dzięki zasługom Wunderlicha zaczęła ona zdobywać sobie ponownie po okresie nihilizmu prawo obywatelstwa w medycynie. Metody doświadczalne, wprowadzone przez Schmiedeberga, genialnego ucznia Ludwiga, dały jej pierwsze podstawy naukowe. Na okres ten przypadają odkrycie alkaloidów makowca przez Derosnea i Robiqueta, strychniny i chininy przez Pelletiera i Charentona, kofeiny przez Runge, kwasu salicylowego przez Kolbe (1873).

Olbrzymi postęp uczyniła również chirurgia, która swój rozkwit zawdzięcza głównie teorii komórkowej Virchowa z jego w dużym stopniu ontologicznym poglądem na chorobę. Do rozwoju jej techniki przyczyniło się wybitnie odkrycie środków usypiających, a mianowicie, chloroformu w r. 1847 przez Simpsona i eteru w r. 1846 przez Mortona i Jacksona.

(C. d. n.)

Wiadomości bieżące

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, do Województwa w Krakowie i w Kielcach.

W celu uregulowania fachowej strony działalności zakładów leczniczych dla chorych jagliczych Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) wniosło na posiedzeniu Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia w dniu 29. IV. 1929 projekt regulaminu leczniczego. Regulamin ten był następnie przedmiotem rozważań sekcji dla chorób zakaźnych Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia (28. V. 29) oraz Komisji rzeczoznawców (7. VI. 29), poczem odpowiednio przeredagowany w formie „Instrukcji dla zakładów leczniczych dla chorych jagliczych w sprawie przyjmowania i wypisywania oraz leczenia chorych”, został przez Państwową Naczelną Radę Zdrowia w dniu 28. IV. 30 przyjęty do zatwierdzającej wiadomości.

Na podstawie art. 13 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o zwalczaniu jaglicy (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 333 z roku 1928), który upoważnia Ministra Spraw Wewnętrznych do wydawania w drodze rozporządzenia wykonawczego przepisów o prowadzeniu wszelkich instytucji dla walki z jaglicą, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) tymczasowo w drodze zarządzenia poleca wprowadzenie tych przepisów w zakładzie leczniczo-wychowawczym dla dziewcząt, chorych na jaglicę, Uniwersytetu Jagiellońskiego w Witkowicach (Woj. Krakowskie) i w zakładzie leczniczo-wychowawczym dla chłopców chorych na jaglicę w Częstochowie (Woj. Kieleckie) oraz przestrzeganie nałożonego ich wykonania.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

Dr. Piestrzyński

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów, Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy i Pana Komisarza Generalnego Rzeczypospolitej Polskiej w w. m. Gdańsku.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi Pana Wojewodę o podanie wszystkim lekarzom rządowym i umówionym na terenie swego Województwa do wiadomości i ścisłego stosowania się przy wykonywaniu art. 8 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4. VIII. 1926 r. o państwowej pomocy lekarskiej dla funkcjonariuszów państwowych (Dz. U. R. P. Nr. 95 poz. 555) do poniższych wskazówek:

1) Kierowanie chorych funkcjonariuszów oraz członków ich rodzin na leczenie na rachunek Skarbu Państwa do zakładów leczniczych, które znajdują się w miejscowościach klimatycznych, jak np. Zakopane, Busk, Bystra, Rudka, Otwock winno odbywać się w razie rzeczywistej potrzeby.

2) W razie potrzeby wysłania do jednej i tej samej z powyższych miejscowości jednocześnie lub w odstępie czasu 2 miesięcy funkcjonariusza i członka jego rodziny, albo jednego członka lub w odstępie czasu 2 miesięcy dwu lub więcej członków rodziny jednego funkcjonariusza, skierowanie dalszych poza pierwszą z tych osób może się odbyć jedynie po otrzymaniu każdorazowo zgody Departamentu Służby Zdrowia z wyjątkiem nagłych wypadków, o których jednak Departament Służby Zdrowia winien być powiadomiony z chwilą wysłania chorego do jednego ze wspomnianych zakładów.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia

Dr. Piestrzyński.

— Komunikat Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w sprawie kongresów w Belgji w r. 1930.

Do Uniwersytetu w Warszawie, w Krakowie, we Lwowie,

w Poznaniu, w Wilnie, do Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie, do Pana Dyrektora Państwowego Zakładu Higieny w/m., do Pana Dyrektora Państwowej Szkoły Higieny w/m.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych podaje do wiadomości, że w związku z Międzynarodową Wystawą w Liege odbędą się w roku bieżącym w Liège następujące Kongresy z dziedziny nauk lekarskich:

1. XXI Kongres Lekarzy, używających języka francuskiego (23—28 września 1930 r.);
2. Posiedzenie nadzwyczajne Towarzystwa Belgijskiego Ginekologicznego i Położniczego (25—27 lipca 1930 r.);
3. Kongres Urologiczny (czerwiec 1930 r.);
4. X Sesja „Journées Medicales” w Brukseli (2 lipca 1830 r.);
5. Kongres farmacji (6—9 sierpnia 1930 r.);
6. X Kongres Neurologji i Psychjatrii (26—27 lipca 1930 r.);
7. Zebranie sanitarjatów wojskowych (2123 lipca 1930 r.);
8. V Kongres Międzynarodowy Fizjoterapii (14—18 września 1930 r.); i
9. Kongres Międzynarodowej Ligi przeciwko reumatyzmowi (19 i 20 września 1930 r.).

Za Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia

(—) Adamski.

— Od Zarządu Związku Uzdrawisk polskich otrzymaliśmy z prośbą o wydrukowanie pismo następujące:

Uważamy za swój obowiązek zwrócić się za pośrednictwem Wielce Sz. Panów do ogółu PP. Lekarzy polskich, by byli łaskawi w jaknajszerszej mierze korzystać z uzdrowisk naszych.

Uzdrowiska zdają sobie w pełni sprawę z wielkiej gotowości i znaczenia życzliwości PP. Lekarzy uzdrowiskom okazywanej, cenią życzliwość tę i pragną, by opierała się ona na istotnych staraniach uzdrowisk, w kierunku możliwie wysokiego postawienia ich organizacji podejmowanych.

Celem ułatwienia PP. Lekarzom decyzji co do korzystania z uzdrowisk polskich, pozwalamy sobie w załączeniu przesłać krótkie zestawienie, wskazujące z jakich ulg PP. Lekarze i ich rodziny mogą w poszczególnych uzdrowiskach korzystać.

Mamy żywą nadzieję, że Wielce Sz. Panowie będą łaskawi treść obecnego pisma naszego podać do wiadomości swym Członkom, za co już zgóry szczerze dziękujemy.

Pozostajemy z wyrazami wysokiego poważania:

Dyrektor

Wiceprezes

(—) J. St. Szczerbiński.

(—) Z. Kożuchowski.

ULGI DLA LEKARZY I ICH RODZIN

Stosowane przez poszczególne	Zdrowisko	uzdrowisko polskie.		
		— taksa	zabiegi	kąpiele miner.-bor.
Busko	lekarze	bezpł.	bezpł.	bezpł.
	rodzina	„	50%	50%
Ciechocinek	lekarze	„	bezpł.	bezpł.
	rodzina	„	50%	50%
Czarnecka Góra	lekarze	„	bezpł.	bezpł.
	rodzina	50%	50%	50%
Druskieniki	lekarze	bezpł.	bezpł.	bezpł.
	rodzina	„	„	„
Kamienna Góra.— Gdynia	lekarze	„	80%	80%
	rodzina	„	80%	80%
Goczałkowice	lekarze	„	bezpł.	bezpł.
	rodzina	„	„	„

Zdrowowisko	—	taksa	zabiegi	kąpiele miner.-bor.
	rodzina	50 ⁰ / ₀	50 ⁰ / ₀	50 ⁰ / ₀
Hel	lekarze	bezpł.	bezpł.	bezpł.
	rodzina	50 ⁰ / ₀	50%	50 ⁰ / ₀
Horyniec	lekarze	bezpł.	bezpł.	bezpł.
	rodzina	"	"	50 ⁰ / ₀
Inowrocław	lekarze	"	"	bezpł.
	rodzina	"	50 ⁰ / ₀	50 ⁰ / ₀
Zakł. „Pod Pia-	lekarze	—	80 ⁰ / ₀	80 ⁰ / ₀
stem” w Inowr.	rodzina	—	90 ⁰ / ₀	90 ⁰ / ₀
Iwonicz	lekarze	bezpł.	bezpł.	bezpł.
	rodzina	"	"	"
Jastrzębie	lekarze	"	"	"
	rodzina	50 ⁰ / ₀	50 ⁰ / ₀	50%
Kazimierz Dolny	lekarze	bezpł.	—	—
	rodzina	"	—	—
Kosów. — Zakł.	lekarze	"	bezpłatne badanie wstęp-	
Dr. Tarnawsk.	rodzina	—	ne oraz wizyty w pokoju	
			chorego.	
Krościenko	lekarze	"	—	—
	rodzina	"	—	—
Krzeszowice	lekarze	"	bezpł.	bezpł.
	rodzina	"	50 ⁰ / ₀	50 ⁰ / ₀
Krynica	lekarze	"	bezpł.	bezpł.
	rodzina	"	50 ⁰ / ₀	50 ⁰ / ₀
Miłowody	lekarze	"	50 ⁰ / ₀	50 ⁰ / ₀
	rodzina	50 ⁰ / ₀	50 ⁰ / ₀	50 ⁰ / ₀
Morszyn	lekarze	bezpł.	bezpł.	bezpł.
	rodzina	"	50 ⁰ / ₀	50 ⁰ / ₀
Niemirów	lekarze	"	bezpł.	bezpł.
	rodzina	"	50 ⁰ / ₀	50 ⁰ / ₀
Nałęczów	lekarze	"	80 ⁰ / ₀	bezpł.
	rodzina	"	80 ⁰ / ₀	80 ⁰ / ₀
Otwock	lekarze	"	—	—
	rodzina	"	—	—
Rabka	lekarze	"	bezpł.	bezpł.
	rodzina	"	50 ⁰ / ₀	50 ⁰ / ₀
Smukała	lekarze	"	bezpł.	bezpł.
	rodzina	"	"	"
Solec	lekarze	—	—	—
	rodzina	—	25 ⁰ / ₀ do 50 ⁰ / ₀	zniżki
Szczawnica	lekarze	bezpł.	bezpł.	bezpł.
	rodzina	"	"	"
Truskawiec	lekarze	"	"	"
	rodzina	"	50 ⁰ / ₀	50 ⁰ / ₀
Ustron	lekarze	"	bezpł.	bezpł.
	rodzina	50 ⁰ / ₀	50 ⁰ / ₀	50 ⁰ / ₀
Wieniec	lekarze	bezpł.	bezpł.	bezpł.
	rodzina	"	50 ⁰ / ₀	50 ⁰ / ₀
Zakopane	lekarze	"	—	—
	rodzina	"	—	—
Żegiestów	lekarze	"	bezpł.	bezpł.
	rodzina	"	"	50 ⁰ / ₀ — 100 ⁰ / ₀

— Otrzymałmy z prośbą o wydrukowanie następujący memoriał:

Komisja Higjeny P. K. N. F. D. I. Wnioski dotyczące pracy Komisji Higjeny, przedłożone w dniu 11 września 1929 organizatorowi Komisji Higjeny P. K. N. F. D. I. przez Dr. Atlasa i Dr. Nachera ze Lwowa.

1. Opublikowanie programu pracy Komisji Higjeny F. D. I. ułożonego przez Dr. Bruskego we wszystkich fachowych pismach polskich. Zawiadomienie Przewodniczącego Komisji Higjeny F. D. I. o tem, jako też o gotowości bezpłatnej publikacji wszystkich komunikatów Komisji Higjeny F. D. I.

2. Nawiązanie kontaktu z Przewodniczącym i z sekretarzem Komisji Higjeny F. D. I. celem umożliwienia równoległej pracy Komisji Higjeny P. K. N. F. D. I.

3. Utworzenie trzech podkomisji, Komisji Higjeny P. K. N. F. D. I. odpowiadających podkomisjom Komisji Higjeny F. D. I. celem usprawnienia całokształtu działalności. Podkomisje powinny być obsadzone odpowiedzialnymi kierownikami.

4. Utworzenie w ramach zjazdów stomatologicznych sekcji higjeny, któraby co dwa lata zdawała sprawę ze swych czynności.

5. Podkomisja zębolecznictwa dziecięcego wygotuje memoriał do Min. WROZ. w sprawie opieki dentystycznej w poradniach dla matek i niemowląt, jako też w sprawie opieki dentystycznej przedszkola.

6. Komisja Higjeny P. K. N. F. D. I. przygotuje monografię o rozwoju zębolecznictwa w Polsce.

7. Podkomisja dla zębolecznictwa dorosłych zbierze materiały statystyczne dla danych o opiece dentystycznej w Kasach Chorych i w państwowych poradniach szkolnych.

8. Na podstawie materiału zebranego opracuje Komisja Higjeny P. K. N. F. D. I. tablice statystyczne chorób zawodowych jamy ustnej w Polsce.

— W Nr. 23 „Tygodnia”, w artykule p. t. „W sprawie dotacji naukowych szkół wyższych” zastanawia się prof. Z. Szymanowski nad smutną dolą nauki polskiej, skazanej na powolne konanie z powodu uchwalonych przez rząd oszczędności budżetowych. Idzie, mianowicie, o wstrzymanie tymczasem na jeden kwartał, a prawdopodobnie i na następny dotacji naukowych szkół wyższych. Bez tych dotacji jednak niema badań naukowych, niema pracy nad rozwojem nauki. Fundusz na dotacje wynosił dotychczas śmiesznie małą sumę 6 milionów złotych dla wszystkich wyższych uczelni polskich. Budżet bieżący obniżył tę sumę do 3 milionów 600 tysięcy, t. j. do 300 tysięcy złotych miesięcznie. I to dzieje się w chwili, kiedy najsłabsze państwa dążą do wyniesienia nauki na należyty poziom, kiedy wszystkie rządy rozumieją, że nauka jest podstawą rozwoju materialnego państwa. Niemcy, pomimo kryzysu finansowego, wydają na kształcenie obywateli i na badania naukowe sumy, wielokrotnie przewyższające budżety przedwojenne. Rosja, pomimo głodu i katastrofalnych eksperymentów, ma w tej chwili 5 instytutów fizyki teoretycznej i dba wogóle o rozwój nauki. „U nas „wyścig pracy” w dziedzinie nauki jeszcze się nie rozpoczął! Narazie ścigamy się z Europą raczej na knokursach hipicznych”

Tak traktuje się naukę i przyszłość narodu dla zaoszczędzenia 150 tysięcy złotych miesięcznie — bo tyle wymagają kalkulacje skarbowe, obliczone na zredukowanie budżetu o 10 proc. Ale w skreśleniach budżetowych nie wolno stosować martwego schematu, nie wolno kierować się szablonem, pozbawiającym nieodzownych zasilek naukę, a znajdującym pieniądze na wydatki, które w ciężkich chwilach nie powinny obciążać budżetu. Niema funduszy na udział naszych uczonych na zjazdach międzynarodowych, ale są pieniądze na wyjazd rok rocznie na konkursy hipiczne „ekipy” wojskowej, złożonej nie tylko z oficerów, ale i koni. „Czyż istotnie propagandę na rzecz Polski mogą prowadzić tylko oficerowie i ich świetnie skaczące wierzchowce?” słusznie zapytuje autor artykułu. „I w innych dziedzinach naszego bytu państwowego żyjemy pod względem reprezentacyjnym nad stan, gdy tymczasem rozumne ograniczenie wydatków tej kategorii pozwoliłoby nam żyć i rozwijać się bez zabójczych dla nauki polskiej wstrząśnień”.

— „Towarzystwo Zwalczania Reumatyzmu w Polsce” z siedzibą w Warszawie przy współudziale Sto-

warzyszenia Lekarzy Zdrojowych i Komisji Zdrojowej w Inowrocławiu, organizuje I Polski Zjazd w Sprawie Badania i Zwalczania Reumatyzmu, który odbędzie się w Inowrocławiu dnia 6 — 7 września b.r. Szczegółowy program Zjazdu z podaniem tytułów licznie zgłoszonych referatów zostanie wkrótce ogłoszony.

— W Poznaniu pod redakcją Dra Kazimierza Brossa zaczęło wychodzić nowe pismo lekarskie p. t. „Patologia”, poświęcone anatomii i fizjologii patologicznej, patologii doświadczalnej i endokrynologii.

Nasze czasopiśmiennictwo lekarskie rośnie niemal z każdym miesiącem — oby w tym samym stosunku rosło i czytelnictwo!

— Numer 11-ty dwutygodnika „Dziecko i Matka” przynosi następujące artykuły: M. Benisławskiej „Dziecko napiera się”, J. Prażmowskiej „Samowystarczalność dziecka w zakresie wychowania fizycznego”, „Dziecko rośnie”, M. Morzkowskiej „Letnie nowalje w odżywianiu dzieci”, Dr. M. Kłosińskiej „Jakim warunkom higienicznym powinno odpowiadać letnisko”, Dr. F. Łuniewskiej „Higiena ciąży”, Dr. P. Gleich „Moczenie nocne dzieci”. Konkurs fotograficzny.

W dziale „Ważne drobiazgi”: „Bogi małego dziecka”, „Nie przebaczą”, „Wszystko mówi”, „Dzieci się kłócą”, „Czy ulegać upodobaniom dziecka”, „Stare zabawki”, „Odłączenie dziecka”, „Karmienie w czasie choroby matki”, „Utrzymanie w czystości jamy nosowej”.

Numer uzupełniający liczne ilustracje, dział mód, zabawa oraz oceny należytego rozwoju dziecka i porady w „Odpowiedziach Redakcji”.

— № 5 miesięcznika „Wiedza i Życie” zawiera: Tadeusz Zieliński „Rozwój kultury duchowej”, Stefan Rudniański „O umiejętnym wyzyskaniu własnego umysłu”, Roman Mazurkiewicz „Kanada jako teren naszego wychodźstwa i osadnictwa”, Tadeusz Wolski „Benedykt Dybowski”. — Recenzje. Poradnia bibliograficzna.

— Międzynarodowa naukowa wycieczka lekarzy do Turcji i Azji Mniejszej.

Dzięki inicjatywie prymariusza Dr. Fryderyka Baracha, Wiedeń, wybierają się lekarze austriacy 17 sierpnia 1930 do Konstantynopola. Uczestnicy zobaczą Bukareszt, Giurgiu. Konstancę, Konstantynopol (z okolicą) i zwiedzą tamtejsze zakłady lecznicze, między innymi także stację termalną Kura, która to miejscowość znana już była w starożytności (Pythia). Z Konstantynopola nastąpi wyjazd do Azji Mniejszej. Uczestnicy zamierzają dotrzeć do Angory.

Koleczy (z wszystkich krajów), którzy pragną się przyłączyć, otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem: Aertzliche Auslandsstudienreisen, Wiedeń (Wien, Austrija) I. Biberstrasse 11, I. St. albo Medizinisch-Pharmazeutische Rundschau Wien I. Heiligenkreuzerhof

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

17.VI. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

1. Antoni Leśniowski i J. Mossakowski. — W sprawie powstawania wodonercza. 2. A. Fryszman. — O pyelografii dożylną.

18.IV. Polskie Towarzystwo Pedjatryczne

Pokazy Chorych.

21. VI. Warszawskie Koło Tow. Internistów Polskich.

I. Sprawozdanie Zarządu z czynności za rok 1929/1930. II. Wybory nowego Zarządu. III. Pokazy: 1) J. Horbaczewski: Przypadek endotheliomatu. 2) K. Tokarski: Przypadek obrzędu śluzakowatego. 3) J. Muszkatlenblit. M. Manciewicz i J. Benkiel: Przypadek nieznanej przysadkowo-jajnikowej z wybitnymi zmianami w kośćcu. 4) K. Tokarski: Przypadek krwawienia z nerek nieustalonego pochodzenia. 5) M. Semerau-Siemianowski, K. Rachon i H. Rasolt: Przypadek trzepotania przedsionków z jednoczesnym uszkodzeniem swoistego układu przewodnictwa. 6) H. Rasolt i H. Zalcman: Przypadek jednostronnej dychawicy oskrzelowej. 7) T. Gołkowski: Przypadek zwężenia tętnicy płucnej.

TREŚĆ: S. BAU-PRUSSAKOWA i J. MACKIEWICZ. O pierwotnych nowotworach barwnikonośnych rdzenia (Dok.) — M. TAUBENHAUS. Myomectomia sub graviditate (Dok.) — W. FRANZ (OWNA). Zapobieganie krzywicy i jej leczenie (Str. zbior.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — B. NOWAKOWSKI i H. RABINOWICZ. Ołowica zawodowa w przemyśle akumulatorowym (Dok.) — L. ZAMENHOF. Dzieje medycyny (C. d.) — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: S. BAU-PRUSSAK et J. MACKIEWICZ. Sur les tumeurs pigmentaires primitives de la moelle (fin). — M. TAUBENHAUS. La myomectomie pendant la grossesse (fin). — W. FRANZ. La prophylaxie du rachitisme et son traitement (Rev. gén.). — B. NOWAKOWSKI et H. RABINOWICZ. Le saturnisme professionnel dans l'industrie d'accumulateurs (fin). — L. ZAMENHOF. Histoire de médecine (suite).

WARUNKI PRENUMERATY.

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

CENY OGŁOSZEŃ:

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

Ogłoszenia na miejscach nierezzerwowanych: cała strona zł. 250.—, pół str. zł. 150.—, ćwierć str. 80 zł.—, ósma część str. zł. 50.—

Załączenie wkladki 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.