

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

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

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

Rok VII

WARSZAWA, 4 GRUDZIEŃ 1930 R.

Nr. 49

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Endokrynologia dziecięcych stanów oligofrenicznych.

Podał

Władysław STERLING (Warszawa)

Nauka o wydzielaniu wewnętrznym gruczołów, czyli t. zw. endokrynologia, której tak wielki rozwój przyniosły ze sobą ostatnie dziesięciolecia, oświeśla coraz to nowe dziedziny życia fizycznego i psychicznego. Patologia somatyczna zdołała wyodrębnić już cały szereg typów klinicznych, (t. zw. „zespołów wielogruzołowych”), których związek a nawet bezpośrednia zależność od zachorzenia specjalnych konstelacji gruczołowych — nie ulega żadnej wątpliwości. Natomiast korelacja pomiędzy odchyleniami od normy psychicznej a zaburzeniami inkrecyjnymi opiera się na mniej pewnych podstawach. W 1923 i w 1926 r. na Zjazdach Psychiatrycznych we Lwowie i Krakowie starałem się nakreślić podstawy i warunki tej korelacji, o ile dotyczy to zaburzeń psychicznych osobników dorosłych — specjalnie zaś schizofrenji. W referacie obecnym natomiast rozpatrzone będą rozmaite możliwości ustosunkowania wzajemnego zaburzeń dokrewnych oraz typów oligofrenicznych — czyli wrodzonych i konstytucjonalnych postaci zahamowania rozwoju intelektualnego u dzieci rozmaitej kategorii i natężenia. Wydaje mi się, że istnieją dwie drogi, zmierzające do wyświeetlenia tej korelacji: 1) pierwsza z nich — to dokładne poznanie zaburzeń psychopatologicznych, towarzyszących ugruntowanym już zupełnie typom gruczołowym i wyodrębnienie z nich pierwiastków natury oligofrenicznej, 2) druga zaś — to doszukiwanie się objawów natury gruczołowej w różnorodnych postaciach niedorozwoju psychicznego wieku dziecięcego (debilizm, głuptactwo, idjotyzm, kretynizm mongolizm, i t. p.). Uwagi niniejsze oparte są na wynikach obu tych metod badania.

Na samym wstępie podkreślić muszę, że analiza kliniczna przejawów oligofrenji nie może podzielić bez zastrzeżeń stanowiska nowoczesnej

francuskiej szkoły fizjologicznej z Gleyem na czele, która, jak wiadomo, nie uznaje koncepcji wzmożonej czynności gruczołów dokrewnych. Nie mając tutaj możliwości polemizowania z nieugruntowanym, jak dotąd, ostatecznie stanowiskiem tej szkoły, musimy liczyć się z faktem, że w wielu przypadkach oligofrenji dziecięcej mamy do czynienia conajmniej z względną nadwartościowością czynnościową gruczołu — w stosunku do wieku osobnika. Objawowo tedy dzisiaj, jak i poprzednio, przyznać musimy gruczołom dokrewnym w odróżnieniu od wszystkich innych narządów organizmu — prócz czynności upośledzonej (hipergja) również i czynność wzmożoną (hiperergja) obok czynności opacznej (dyzergja, dysfunkcja). Jest to rzeczą szczególnie charakterystyczną, że dziedzina anomalij psychicznych wieku dziecięcego jest jedynym bodaj w całej patologji terenem, na którym udaje się wykryć zjawisko analogiczne do hiperfunkcji gruczołów dokrewnych — mam tu na myśli ciekawe zjawiska psychiczne, towarzyszące zaburzeniom czynności szyszynki w t. zw. „przedwczesnej dojrzłości płciowej”, o której będzie jeszcze mowa. Jest to wreszcie jedyna postać, w jakiej szyszynka bierze udział w kształtowaniu się konstelacji oligofrenicznych. Ponieważ zaś grasicca, nadnercza i gruczoły przytarczyczne, powodując niejednokrotnie różnorodne ostre i przewlekłe zaburzenia psychiczne wieku dziecięcego, nie mają żadnego istotnego związku z niedorozwojem intelektualnym w ścisłym znaczeniu tego wyrazu, pozostają więc właściwie poza szyszynką — tylko trzy gruczoły dokrewne — mianowicie: przysadka mózgowa, gruczoły płciowe i tarczycza, stanowiące jedną grupę t. zw. „zamkniętego łańcucha gruczołowego”, których rolę w powstawaniu zjawisk oligofrenji dziecięcej przypada nam rozpatrzyć.

Rozpaczynam od przysadki mózgowej, nastroczającej najwięcej pod tym względem zastrzeżeń. Podobnie jak i w stosunku do innych gruczołów dokrewnych, musimy przy ocenie zabu-

rzeń czynności przysadki w powstawaniu anomalii psychicznych rozstrzygnąć, czy istnieje wyraźny antagonizm pomiędzy objawami sprzężonymi ze wzmożoną i upośledzoną czynnością części gruczołowej tego narządu, posługując się pod względem orientacyjnym odpowiednimi zespołami natury somatycznej. Jedynym przejawem wzmożonej czynności przysadki jest akromegalia, sprawa obca wiekowi dziecięcemu. Jak wiadomo, równoważnikiem jej w wieku dziecięcym i młodzieńczym jest olbrzymiść, która, jako związana bliżej z odmienną patogenezą inkrecyjną — omówiona będzie na innym miejscu. Co się tyczy t. zw. konstytucji akromegaloidealnej (tendencja do nadmiernej akcentuacji obwodowych odcinków kończyn, podbródka i nosa), wiąże się ona zazwyczaj z zupełnie normalną psychiką dziecka. Natomiast t. zw. konstytucja hipoprzysadkowa, wzgl. wrodzona aplazja przysadki sprzężona jest z licznymi przejawami psychopatologii wieku dziecięcego. Najważniejszym reprezentantem tych zaburzeń są przypadki niedorozwoju umysłowego, odpowiadające rozmaitym gradacjom oligofrenji — do idiotyzmu włącznie. Uznając realność istnienia tego par excellence wewnątrzwydzielniczego typu upośledzenia umysłowego, nie podzielać jednak zdania tych badaczy, którzy jak np. Büchler, uważają go za najbardziej częsty i charakterystyczny przejaw wrodzonej niedomogi przysadki. Co więcej — wydaje mi się możliwym rozpoznawać zaburzenia te tylko wtedy, jeżeli występują one na tle odpowiedniego kompleksu objawów cielesnych natury przysadkowej. Jest to postać t. zw. karłowatości hipoprzysadkowej, którą autorzy francuscy Souques i Chévet wyodrębnili pod nazwą *chétivisme*, i w której zaburzenia cielesne zlewają się z rozległą skalą przejawów oligofrenji. Niektórzy badacze (Kay i Bayl) uważają za szczególnie charakterystyczne dla tego typu obniżenie progu pobudliwości, co potwierdzić mogę z własnego doświadczenia. Niekiedy ten cały zespół psychopatologiczny wikła się objawami, zbliżonymi do niedorozwoju moralnego (skłonność do kłamstwa i kradzieży). Naogół wszakże problemat związku oligofrenji z dysfunkcją przysadki nie może być uważany za dostatecznie wyświetlony — zwłaszcza w świetle badań eksperymentalnych ostatniej doby (Roussy, Percival Bayl), z których wynika, że zmiany w śródmózdzu powodować mogą te same anomalje konstytucjonalne, które dotąd składane były wyłącznie na karb zaburzeń natury przysadkowej. Interesującym przykładem tego jest t. zw. zespół Laurence-Biedla, w którym na tle konstytucjonalnej niedomogi międzymózdzia (t. zw. *diencephale Insuffizienz* Rattnera) rozwija się obraz kliniczny, przypominający t. zw. zwyrodnienie tłuszczowo-płciowe (Pechkranck-Babiński-Fröhlich) w postaci wzrostu karłowatego, znacznego odtłuszczenia okolic sutek, powłok brzusznych i okolic grzebieniowych wraz z aplazją gruczołów i narządów płciowych. O konstytucjonalnym charakterze zespołu tego świadczy nie tylko całkowicie normalny rozwój przysadki mózgowej, ale i szereg towarzyszących mu zjawisk natury degeneracyjnej i teratologicznej, jak poli-

daktylja, wzgl. syndaktylja, niedorozwój umysłowy rozmaitego stopnia i natężenia — a zwłaszcza barwикове zwyrodnienie siatkówki (*retinitis pigmentosa*), powodujące zjawisko postępującej hemeralopji i prowadzące niekiedy do zupełnego zaniewiedzenia dziecka.

Co się tyczy szyszynki, to związek jej z odchyleniami od przeciętnej normy psychicznej wieku dziecięcego uwiadcza się w t. zw. przedwczesnej dojrzałości płciowej. Przedwczesna dojrzałość płciowa pochodzenia szyszynkowego jest zespołem klinicznym, ostro zarysowanym, rozwijającym się zawsze na tle nowotworów szyszynki i wspartym o dobrze ugruntowane podstawy anatomiczne: są to potworkiaki, mięsaki, glejaki, torbiele, gruczolaki i piaszczaki szyszynki. Jakkolwiek większość badaczy, którzy się tą sprawą zajmowali (Pelizzi, Heubner, Neurath, Oesterreich i Slavyk, Frankl-Hochwarth, Bailey i Jelliffe, Ogle, Marburg, Hudovernig i inni), skłonna jest przypisywać przyczynę powstawania objawów tej kategorii hipergenitalizmu niedomodze szyszynki (pogląd, szczególnie gorąco propagowany przez Marburga), jednakże sprawy tej dotąd nie można uważać za rozstrzygniętą, nie da się bowiem wykluczyć, że nowotwór w pewnym okresie rozwoju może być momentem podrażniającym i powodować przynajmniej przemijającą hiperfunkcję gruczołu. Dzieci takie rosną niezmiernie szybko i osiągają w krótkim czasie wzrost znacznie przewyższający wymiary właściwe ich wiekowi, jednakowoż poszczególne odcinki ciała zachowują zazwyczaj odpowiednie proporcje. Zdjęcia radiologiczne wykazują rozwój przedwczesny, jakkolwiek normalny, procesu kostnienia: chrząstki nasadowe ulegają skostnieniu w okresie znacznie poprzedzającym ich proces rozwoju fizjologicznego. Z danych powyższych wynika, że mamy tu do czynienia z przedwczesnym, lecz pod względem jakościowym normalnym procesem ossyfikacyjnym, i że dzieci takie, gdyby dożyły wieku dojrzałego, nie stałyby się bynajmniej olbrzymami. Dlatego też określenie „olbrzymiści przedwczesnej”, które dla typów takich proponuje Hudovernig, nie wydaje mi się usprawiedliwionem. Naogół są to dzieci korpulentne — rozwojem tułowia, kończyn i narządów płciowych przypominające młodzieńców lub osobników dorosłych. W ogromnej większości ogłoszonych dotąd spostrzeżeń zwracał na siebie uwagę kolosalny rozwój narządów płciowych, za którym nie podąża w jednakowej mierze rozwój gruczołów płciowych. U chłopców wszakże jądra zawsze wykazują wielkość nadmierną w stosunku do wieku. Znamienne jest, że w tej właśnie szyszynkowej postaci makrogonitozomji popęd płciowy nie zostaje obudzony szczególnie wcześnie, jakkolwiek u chłopców niekiedy udaje się stwierdzić masturbację, której towarzyszy wytrysk nasienia. Najważniejszą jednak cechą tej kategorii hipergenitalizmu jest przedwczesny rozwój inteligencji, który częstość towarzyszy nadmiernemu rozwojowi tułowia, kończyn, zewnętrznych narządów płciowych oraz wtórnych cech płciowych. W całym szeregu ogłoszonych spostrzeżeń wiek inteligencji o kilka, a nawet o kilkanaście lat wyprzedzał wiek życia mło-

docianych pacjentów. 5-letni chłopczyk, którego obserwował Frankl-Hochwarth, rozprawiał o nieśmiertelności duszy. Natomiast w rzadszych przypadkach rozwój psychiki nie podąża za wybujałym rozwojem fizycznym. Verger zwrócił uwagę na odmianę postaci tej, w której w dalszym przebiegu rozwijają się objawy ośpienia umysłowego, przypominające porażenie postępujące wieku dziecięcego.

Przechodząc obecnie do gruczołów płciowych, pragnąłbym na samym wstępie podkreślić fakt obcy wszelkim innym dziedzinom endokrynologii, polegający na tem, że nie tylko zmieniona, ale nawet funkcja fizjologiczna gruczołów płciowych powodować może różnorodne zmiany psychiki dziecięcej. Ta gwałtowna ewolucja psychiczna, która zachodzi w okresie dojrzewania płciowego, nie jest bynajmniej wynikiem jakichś chorobowych zmian w czynności jąder i jajników, ale tylko potężną reakcją na ich normalny rozwój fizjologiczny. Rozwój ten wywierać może na ukształtowanie się władz psychicznych wpływ wieloraki. Przedewszystkiem stwarza on tę niezmiernie bogatą strukturę psychiczną normalnego okresu dojrzewania z jego nadwrażliwością, niepokojem wewnętrznym, wybujałą wyobraźnią, rozbudzoną tęsknotą, gorącymi porывami, walką z najbliższem otoczeniem, okresami ciężkich przygnębień i chwilowych upadków rozwoju intelektualnego—tak dobrze znaną i charakterystyczną w wieku szkolnym. Jest to, że tak powiem, fizjologiczna psychopatologia dojrzewania, której składniki psychologiczne bardzo szczegółowo zanalizowane zostały przez badaczy francuskich (Mendouze), niemieckich (Frankl-Hochwarth) oraz włoskich (Marro). Ta kategoria psychopatologiczna, opierająca się na prawie erotyzacji mózgu o którym będzie mowa, jest najzupełniej swoista, i związek jej z wydzielaniem wewnętrznem gruczołów płciowych nie ulega żadnej wątpliwości. Popęd płciowy, rozwijający się w tym okresie, nie jest bynajmniej bezpośrednią funkcją gruczołów płciowych, ale konsekwencją bardzo skomplikowanego łańcucha przyczynowego, składającego się z wzajemnego wpływu na siebie układu nerwowego zwierzęcego i wegetacyjnego oraz gruczołów dokrewnych, w którym gruczoły płciowe odgrywają rolę dominującą. Mniej ustalony i wyraźny jest związek z wydzielaniem wewnętrznem gruczołów płciowych tych zaburzeń okresu dojrzewania, które już w ścisłym znaczeniu tego słowa należą do psychopatologii. Mam tu na myśli przedewszystkiem zaburzenia, dla których okres dojrzewania jest przyczyną tylko wyzwalającą — a więc najrozmaitsze postaci psychopatii konstytucjonalnej utajonej oraz różnorodne psychozy zewnątrz- i wewnątrzpochodne, zaś przedewszystkiem schizofrenję.

Do kategorii zaburzeń związanych z wzmoczoną a przynajmniej opaczną czynnością gruczołów płciowych należy typ genitalny przedwczesnej dojrzałości płciowej czyli t. zw. makrogenitozomji — odmiennej od omówionego poprzednio typu szyszynkowego i przebiegającej zazwyczaj z wrodzonym upośledzeniem władz psychicznych dziecka. Ta kategoria jednak nie jest jednolita, ogarnia bowiem dwie odmienne grupy: do jednej

z nich należą przypadki, rozwijające się na tle nowotworów gruczołów płciowych, do drugiej — przypadki, powstające na tle przerostu prostego jąder lub jajników. Szczególnie interesujący jest szereg obserwacji, dotyczących chłopców, u których usunięcie operacyjne nowotworu jądra doprowadziło do całkowitego ustąpienia objawów makrogenitozomji. Do tej kategorii należy między innemi słynny przypadek Sacchiego, dotyczący 9% letniego chłopca, który do wieku 5% lat rozwijał się normalnie pod względem fizycznym i umysłowym, dopiero w tym okresie zmienił się całkowicie: kości zaczęły rosnać nadmiernie, wystąpił potężny rozrost masy mięśniowej, głos stał się głęboki, zjawilo się owłosienie na wargach i na spojeniu łonowem. W wieku 9% lat chłopiec ważył 44 kilogr., miał 149 ctm. wysokości, długą czarną brodę, długie włosy na spojeniu łonowem, silne owłosienie na piersiach i kończynach dolnych, atletyczną muskulaturę, silne i długotrwałe erekcje. Prawe jądro było minimalne, natomiast lewe było ogromnie powiększone (10 cm. średnicy). Po operacyjnem usunięciu guza lewego jądra, który przy badaniu drobnovidzowem okazał się nabłoniakiem, znikły stopniowo nienormalne pierwotne i wtórne cechy płciowe, i chłopiec powrócił do stopnia właściwego jego wiekowi rozwoju fizycznego i psychicznego. U chłopca 7% letniego, którego spostrzegali Askana z y, wykazującego objawy analogiczne, operacja doprowadziła do wyników równie pomyślnych. Spostrzeżenia tej kategorii, dotyczące dziewcząt, ogłoszone zostały przez Margolina (wystąpienie menstruacji w drugim roku życia) oraz Schwartza (wystąpienie menstruacji w 8-ym roku życia oraz wygląd, odpowiadający dojrzałej kobiecie). Nowotwory, stwierdzone w tej kategorii przedwczesnej dojrzałości płciowej bądź operacyjnie, bądź pośmiertnie, okazały się: mięsakami, nabłoniakami, potworniakami i torbielami skórza-stemi.

Co się tyczy przedwczesnej dojrzałości płciowej na tle konstytucjonalnej hiperfunkcji gruczołów płciowych zarówno u dziewcząt, jak i u chłopców, to obejmuje ona materiał daleko bardziej obfity, którego nie mam tu zamiaru wyczerpać, ograniczając się tylko do kilku bardziej charakterystycznych przykładów. W grupie tej szczególnie plastycznie uwidaczniają się przypadki dziewczęce, w których niektóre stanowią prawdziwe *curiosa* rozwojowe. Między innemi Carus obserwował dziewczynkę, która zaczęła miesiączkować w 2-im roku życia i zaszła w ciążę w 8-ym roku życia. Dziewczynka, opisana przez Pücka, miała już przy urodzeniu całkowite owłosienie na wżgórku łonowem, zaczęła miesiączkować w 4-ym roku życia, zaś w 8-ym zaszła w ciążę i w 3-im miesiącu ciąży wydała na świat płód długości 35 ctm. i wagi 15 gr. Małeńka pacjentka Rowleta zaczęła miesiączkować już w pierwszym roku życia, w 9-ym roku zaszła w ciążę i urodziła dziecko wagi 4 klgr. U chłopców obraz urozmaica jeszcze ten szczegół, że niekiedy uwidacznia się w bardzo intensywny sposób wzmoczenie popędu płciowego, niekiedy zaś zjawisko t. zw. rozszczenia płciowego, do którego powrócę jeszcze przy analizie hipogenitalizmu. Między innemi Klose opisał przypadek, dotyczący chłopczyka, który miewał erekcje już

w 2-im roku życia i który w 9-ym roku życia został ojcem. W całej tej grupie obserwacji podłożem anatomicznym przedwczesnej dojrzałości płciowej jest zwykły przerost jąder lub jajników.

Stosunek hipergenitalizmu do anomalii psychiki dziecięcej natury przeważnie ilościowej (nadmierny rozwój inteligencji, niedorozwój), jakie często mu towarzyszą, niezawsze występuje dostatecznie wyraziście i niezawsze jest jednolity. O ile w zespole tym pochodzenia szyszynkowego nie da się wyłączyć oddziaływanie sprawy chorobowej na sąsiednią tkankę mózgową, o tyle w innych postaciach hipergenitalizmu stosunki te są bardziej skomplikowane. W przedwczesnej dojrzałości płciowej na tle pierwotnego przerostu gruczołów płciowych zaburzenia psychiczne nie są atrybutem stałym, ale występować mogą niekiedy w postaci znacznego stopnia niedorozwoju umysłowego. Opierając się na doświadczeniu, że wrodzonej dysfunkcji gruczołów dokrewnych towarzyszyć mogą w sposób najzupełniej autonomiczny różnorodne anomalie rozwojowe ośrodkowego układu nerwowego, skłonny byłbym cechy oligofrenji swoistej tej postaci uważać za zjawiska, skoordynowane z objawami hipergenitalizmu. Natomiast związek licznych przejawów psychopatologii dziecięcej ze wzmożoną czynnością gruczołów płciowych — posiada wiele cech prawdopodobieństwa w tych przypadkach, o ile zaburzenia te wykazują zabarwienie padaczkowe. Od szeregu lat mam w obserwacji pacjentkę, u której miesiączkowanie wystąpiło w 12-ym roku życia, wstrzymało się bezpowrotnie w 22-im roku życia, i u której od tego czasu regularnie raz na miesiąc zjawiają się napady epileptyczne. W piśmiennictwie istnieją spostrzeżenia, ujawniające związek ten w postaci jeszcze bardziej jaskrawej. Mianowicie, u dziewczynki, którą opisał Diamanti, miesiączkowanie wystąpiło przed ukończeniem 1½ roku życia i ustało w 6-tym roku życia, przyczem zastąpiły je perjodyczne zamroczenia i napady padaczkowe. We wspomnianej uprzednio kategorii hipergenitalizmu, występującej na tle nowotworów gruczołów płciowych, związek anomalii psychicznych z zaburzeniami psychicznymi stwierdzony został w sposób niemal eksperymentalny, bowiem lekkie stopnie debilizmu, które zazwyczaj towarzyszą tej postaci, wyrównywały się całkowicie po operacyjnym usunięciu nowotworu. Na korelację tę rzuca również interesujące światło związek biologiczny przedwczesnej dojrzałości płciowej ze zjawiskiem przedwczesnego starzenia się

(sénilisme précoce). Osobiście mam w obserwacji 24-letniego mężczyznę z objawami sklerozy tętnic i otępienia mózgowego, który już w 11-ym roku życia miał pierwszy stosunek z kobietą. Analogiczne spostrzeżenia przytaczają Kussmaul, Rowland, Gilford. Szczególnie drastyczne jednakże przykłady z tej dziedziny znajdujemy w pracy Kiernana. Autor ten podaje, że Cratenus, brat Antigonusa, w ciągu 7 lat po przyjsciu na świat stał się dzieckiem, młodzieńcem, ojcem, starcem i trupem. Według tego samego autora Ludwik II, król węgierski, został koronowany w 2-im roku życia, w 14-tym roku życia miał długie wasy i osiągnął zupełną dojrzałość płciową, ożenił się w 15-tym roku życia, osiwił w 18-ym i zmarł w 20-tym roku życia. Oprócz tego wspomina Kiernan o chłopcu, który już w 12-ym miesiącu życia wykazywał cechy zewnętrzne dojrzałości płciowej, zaś w 5-ym roku życia zmarł jako starzec.

Jeszcze bogatszą strukturę psychopatologiczną wykazuje ta grupa przypadków, która sprzężona jest z niedorozwojem i niedomogą gruczołów płciowych. Najważniejszym reprezentantem tej grupy jest zespół cielesny t. zw. eunuchoidyzmu, ogarniający olbrzymią większość przejawów hipogenitalizmu, i on to stanowić będzie punkt wyjścia naszych rozważań. Otóż, jeżeli poddać dokładnej analizie zespół objawów psychopatologicznych, spostrzeganych w przebiegu eunuchoidyzmu, to łatwo przekonać się, że zaburzenia te są natury niejednolitej, i że można w nich wyodrębnić 3 odmienne składniki. Przedewszystkiem w wielu obserwacjach wysuwają się na pierwszy plan anomalie psychiczne o charakterze swoistym, które swym charakterem i przebiegiem najzupełniej odpowiadają zaburzeniom psychicznym natury padaczkowej. Mam tu na myśli nietylko drgawki i ich różnorodne różnoważniki, nietylko okresowe stany zamroczenia, podniecenia i przynębienia, ale i wyraźne cechy epileptycznego zwyrodnienia charakteru w postaci zahamowania inteligencji, zwężonego horyzontu myśli i zainteresowań, patologicznego typu kojarzeniowego, stępienia uczuciowego, wybitnego egocentryzmu i przesadnej pobożności. U eunuchoidów dziecięcych owe cechy psychopatji epileptycznej występują niekiedy bez drgawek tak wyraźnie, że li tylko na ich podstawie łatwo jest ustalić powikłanie eunuchoidyzmu padaczką.

(Dok. nast.).

Z klinik, szpitali i pracowni

Z oddz. chorób nerwowych w Szpitalu na Czystem w Warszawie i z Pracowni neuro-biologicznej Warsz. Tow. Naukow.

(Ordynator oddziału oraz kierownik Pracowni: E. Flatau)

O korelacji anatomo — klinicznej guzów mózgu.*).

Podał

J. MACKIEWICZ. (Warszawa)

Jak wiadomo, w ciągu kilkudziesięciu lat o-

statnich we wszystkich krajach cywilizowanych prowadzone są prace statystyczne nad częstością nowotworów złośliwych. Prawie wszystkie statystyki dowodzą, iż odsetek osób, umierających na nowotwory złośliwe, stale i systematycznie wzrasta. Niektóre statystyki uwzględniają również i częstość umiejscowienia guzów złośliwych w rozma-

*) Odczyt, wygłoszony w Maju 1930 na posiedzeniu sekcji klinicznej T-wa Medyc. Społecznej w Warszawie.

tych narządach, lecz w stosunku do guzów mózgu brak jest danych ścisłych. Nie uszło uwagi współczesnych klinicystów, iż spostrzeżenia codzienne świadczą o tem, że nowotwory układu nerwowego w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat stają się zjawiskiem coraz to częstszem. Prace, poświęcone nowotworom mózgu zarówno z zakresu leczniczo — chirurgicznego, jako też z dziedziny histo — patologicznej, opierały się jeszcze przed 30—40 laty na materiale ubogim, nie przekraczającym kilku — dziesięciu przypadków. (Allen Star, Ern. v. Bergmann, Bruns, Oppenheim i inni) a zaś niektóre prace, zaliczane do klasycznych jak Stroebego, Stumpfa, Golgiego Bonomego i t. d. były oparte na kilkunastu, a nieraz jeszcze na mniejszej liczbie przypadków. Od tych drobnych liczb odbija olbrzymia statystyka Cushinga, oparta na imponującej liczbie (około 2000 przypadków). Doświadczenie osobiste całej plejady nowoczesnych neuro — chirurgów, jako to: Dandego, Elsberga, de Martela, Foerstera i inn., przedstawia się również imponująco. Obecnie zjawiają się już prace, poświęcone poszczególnym gatunkom nowotworów mózgu, przyczem istnieje dążenie do wyodrębnienia guzów mózgu, zarówno pod względem histo — patologicznym, jak też klinicznym. Świadczy to o tem, iż materiał, będący w posiadaniu poszczególnych badaczy, staje się znaczenie obfitszy. Należy jednak dodać, iż w miarę doskonalenia się techniki neuro — chirurgicznej i osiągnięcia coraz to lepszych wyników operacyjnych, materiał odpowiedni zaczyna się koncentrować w rękach kilku zaledwie chirurgów w każdym poszczególnym kraju. Statystyki, ogłaszane przez tych właśnie chirurgów, ujawniają wyłącznie materiał, zakwalifikowany do zabiegu operacyjnego. Liczby te są może do pewnego stopnia jednostronne. Bardziej zbliżone do życia są natomiast statystyki, zbierane w większych oddziałach szpitalnych, albowiem ogarniają one całkowity materiał, dotyczący guzów mózgu. Na oddziale Flatau a liczba przypadków guzów układu nerwowego ośrodkowego wynosiła w pięcioleciu w r. 1914 — 1919 — 19 przypadków guzów mózgu i rdzenia, w pięcioleciu następnem (1919 — 1924) liczba ta wynosiła 30 przypadków. Od r. 1924 — 1928 spostrzegano 38 przyp. guzów układu nerwowego ośrodk. (mózgu i rdzenia).

Liczby te dotyczą wyłącznie przypadków sekcyjnych. Obliczenie porównawcze rozpoznań klinicznych („nowotwór ośrodkowego układu nerwowego”) na tymże oddziale doprowadza nas do tegoż wniosku, a mianowicie, że cierpienie to występuje coraz częściej z każdym rokiem, a więc: od r. 1917 — 1919 liczba ogólnych chorych wynosiła 1354 przypadków, guzów. ukł. nerw. ośrodk. było 5. 7 proc. Od r. 1923 — 1925 liczba ogólnych chorych wynosiła 1894, zaś przyp. guzów układu nerwowego ośrodk. było 162, t. zn. — 8,5 proc. Od r. 1926 — 1928 liczba ogólnych chorych, wynosiła 1626 przypadków, guzów ukł. nerw. ośrodk. było 143 — t. zn. 8,9 proc.

W ciągu ostatnich 6 lat przeszło przez oddział 305 przypad. guzów układu nerwowego ośrodkowego, t. zn. na 11 chorych, przyjętych na oddział, przypada jeden przypadek guza układu nerwowe-

go. Odsetkowe narastanie, omawianego przez nas cierpienia jest nader wymowne:

I okres 3-letni — 1,5 proc., II okres — 3,7%, III okres — 8,5 proc., IV okres — 8,9 proc. Nie tutaj miejsce na ustalenie przyczyny tego zjawiska, chodzi nam jedynie o stwierdzenie samego faktu przyrostu liczby chorych z guzami układu nerwowego ośrodkowego wśród materiału szpitalnego.

Nowotwory mózgu możemy podzielić na dwie grupy: na guzy przerzutowe z innych narządów oraz na guzy, rozwijające się pierwotnie w samym układzie nerwowym. Wśród pierwszej grupy — guzów przerzutowych — pierwsze miejsce zajmują raki, mięsaki zwyczajne, chromatoforomaty (guzy barwnikowe) i nadnerczaki.

Guzy pierwotne mózgu oraz opon mózgowych dzielimy na trzy grupy, według pochodzenia ich z trzech zasadniczych listków zarodkowych.

Tutaj spotykamy się ze wszystkimi gatunkami guzów mezenchymalnych, nabłonkowych oraz neuro — ektodermalnych. Postacie, reprezentujące dwie pierwsze grupy, są naogół dobrze znane i szczegółowo opracowane w ogólnej patologii nowotworów pod nazwą włókniaków, mięsaków, włókniako — mięsaków, naczyńniaków oraz nabłonniaków, raków i t. d.

Na szczegółowe zainteresowanie zasługuje grupa III-cia (neuro — ektodermalna) i to z rozmaitych powodów. Przedewszystkiem nowotwory grupy ektodermalnej, jeśli odrzucić guzy przerzutowe, stanowią prawie $\frac{2}{3}$ wszystkich guzów pierwotnych mózgu.

Zaznaczyć przytem należy, iż, według badań ostatnich, powstają one nie tylko w samym układzie nerwowym ośrodkowym, lecz biorą początek również w nerwach obwodowych oraz w oponach mózgowych. Ten gatunek guzów, który jeszcze stosunkowo niedawno zaliczano do grupy guzów mezenchymalnych pod nazwą włókniaka (*fibroma n. acustici*), obecnie przy głębszej analizie obrazu histologicznego, zaliczamy do grupy guzów glejopochodnych. Guzy, wychodzące z opon mózgowych i figurujące w podręcznikach ogólnych oraz w specjalnych pod nazwą „*Endothelioma durae matris*, *fibrosarcoma durae matris*” i t. d. i ujęte ostatni pod nazwą ogólną „*meningioma*”, winny być również wyeliminowane z grupy mezenchymalnej i przeniesione do grupy neuro — ektodermalnej, ściśle mówiąc do grupy glejopochodnej.

Widzimy więc, iż grupa guzów glejopochodnych obejmuje nie tylko guzy wewnątrz-mózgowe, lecz również położone zewnątrz. Jeśli dodamy, iż do grupy tej należy zaliczyć szereg guzów układu nerwowego obwodowego, zarówno mózgowo-rdzeniowego, jak i współczulnego, pewne gatunki guzów siatkówki na dnie oczu, wreszcie pewne typy guzów skórnych, to przekonamy się, iż ramy tej grupy w ciągu ostatnich lat 30-tu znacznie się poszerzyły.

W monografiach specjalnych zprzed 20—30 lat guzy, opisywane p. n. glejaków, autorzy z punktu widzenia statystycznego oceniali na 7%, 10%, do 14% w stosunku do ogólnej liczby, podczas gdy mięsaki oraz b. popularna naówczas grupa glejomięsaków zajmowały imponujące i dominujące

miejsce w statystyce. Glejaki zaś jeszcze do niedawna stanowiły $\frac{1}{7}$ cz. wszystkich guzów mózgu, obecnie zaś zajmują one miejsce dominujące, bo, jakżeśmy tu już zaznaczyli, obejmują one prawie $\frac{2}{3}$ ogólnej liczby wszystkich guzów mózgu. Przyczyna tego wyjątkowo ciekawego zjawiska tkwi przede wszystkim w rozwoju zdobyczy naukowych na polu badania gleju normalnego (dojrzałego i zarodkowego). Przeszło 60 lat temu, gdy Virchow po raz pierwszy wyodrębnił element glejowy z tkanki nerwowej p.n. „neuro-gleju” — morfologia tego elementu, wskutek ograniczonych możliwości technicznych, przedstawiała się bardzo ubogo. Pod glejem rozumiano komórkę gwiaździstą o niedużych wypustkach, którą uwiadczała technika ówczesna. Rzecz prosta, iż gdy ten sam Virchow wyodrębnił nowy typ nowotworów pod nazwą „glioma”, guzy te rozpoznawało się wyłącznie na zasadzie obecności tych komórek, które wtedy uważano za glejowe. Wychodząc z tego założenia, Lenhossek w 20 lat później (1884), w pracy swej, poświęconej glejakom mózgu, proponuje termin „glioma” zastąpić terminem „astrooma”, pragnąc w ten sposób podkreślić, iż do grupy glejaków mogą być zaliczone wyłącznie te guzy, które składają się z typowych komórek gwiaździstych.

Dodać do tego należy, iż w tym ostatnim okresie technika mikroskopowa zdążyła już zrobić duży krok naprzód, a mianowicie, za pomocą wprowadzonych przez Golgiego sposobów impregnacyjnych zostało uwiadczone olbrzymie bogactwo budowy wewnętrznej komórki glejowej rozmaitego typu.

Następny etap rozwoju naszych pojęć o budowie komórki glejowej i równocześnie guzów glejowych stanowi epokowe odkrycie Weigerta, dotyczące włókien glejowych, stosunku ich do komórki glejowej oraz topografii normalnej gleju włóknistego w układzie nerwowym. Wszystkie prace do końca zeszłego stulecia oraz w pierwszych latach stulecia obecnego mają jako punkt wyjścia omawiane wyżej prace Weigerta. Cały szereg autorów w pracach, uważanych jako dociekania klasyczne, zaliczał do glejaków tylko te guzy, w których udawało się zapomocą sposobu Weigerta wykryć obecność włókien glejowych.

Jednocześnie powstała obszerna grupa pod nazwą glejo-mięsaków, do której, jak do kosza, wrzucano pospół guzy o budowie odrębnej od budowy mięsaków istotnych. Wystarczy przejrzyć piśmiennictwo ówczesne, aby się przekonać, iż obszerna ta grupa glejo-mięsaków w swem podłożu klasyfikacyjnym posiadała cechy morfologiczne wyłącznie negatywne. Z górą 20 lat (1890—1910) szkoła Nissla i Alzheimera poświęciła badaniom nad elementami nerwowymi i glejowymi układu nerwowego, zarówno normalnymi, jak i patologicznymi. Prace te wyświetliły dużo spraw dotąd zawitych w dziedzinie morfologii elementów glejowych. W tym okresie czasu zjawiają się klasyczne prace Helda, dotyczące gleju zarodkowego, budowy syncytjalnej gleju dojrzałego oraz o błonie granicznej (powierzchnowej i dookołanaczyniowej). Jest rzeczą zrozumiałą, iż w świetle całego tego szeregu nowych faktów morfologia

gleju oraz rola jego w biopatologii układu nerwowego została w znacznej mierze rozszerzona. Zdało się, iż można było się spodziewać, iż wraz z rozszerzeniem wiadomości o gleju pogłębią się jednocześnie poglądy na budowę glejaków.

Niestety, prawie wszystkie prace dotyczące glejaków, ogłoszone w omawianym okresie, opierały się wciąż na koncepcji, znanej z prac Weigerta. Zupełnie słusznie Ranke w odczycie z 1911 r. narzeka na to, iż w pracach o glejakach prawie żaden z badaczy nie uwzględniał zdobyczy ostatniej epoki z dziedziny gleju normalnego. Ranke, nawiązując do wyników tych badań, rzuca cały szereg ciekawych myśli. Prawie jednocześnie występuje Landau z szeregiem prac o glejakach. Materiał, którym rozporządzał był liczbowo b. nieznaczny, lecz analiza obrazów histologicznych została głęboko ujęta. Landau w 1912 r. jeden z pierwszych proponuje odróżniać odmienne gatunki glejaków i już przewiduje, iż przebieg kliniczny tych typów będzie odmienny. W tym samym roku zostają ogłoszone badania Tootha, przeprowadzone na bogatym, jak na ówczesne materiały, słynnego angielskiego neurochirurga Viktora Horsleya. Tooth podkreśla wyjątkowe bogactwo postaci i typów glejaków. W pracy jego po raz pierwszy znajdujemy ściśle przeprowadzoną analizę stosunku pomiędzy przebiegiem klinicznym a obrazem histologicznym. Pierwsze te próby klasyfikacji histo-klinicznej zostały wprawdzie dokonane za pomocą niedostatecznej nawet i na owe czasy techniki mikroskopowej, stały się one jednak punktem zwrotnym w dziedzinie dociekań nad glejakami mózgu.

Tooth pierwszy wyodrębnił typ glejaków o wyjątkowo powolnym przebiegu klinicznym i usiłował odróżnić ten rodzaj guzów od glejaków o znacznie szybszym przebiegu. Jeśli dodamy do tego, iż Tooth szczegółowo zatrzymuje się na 2 przypadkach, w których glejaki łagodne, po dokonaniu zabiegu operacyjnego, nabrały złośliwych cech klinicznych oraz histologicznych, to przekonamy się, jak duże znaczenie praca ta posiada z punktu widzenia rozwoju nauki o glejakach.

Nowym etapem w rozwoju pojęć o glejakach były ogłoszone prawie jednocześnie (1918) przez Ribberta w Niemczech oraz Globusa i Strausa w Ameryce Północnej prace o „spongioblastomatach”. Prace te z punktu widzenia historycznego stanowią początek klasyfikacji odrębnej oraz zastosowania nomenklatury embriogenezy do glejaków. Badacze ci, stwierdziwszy w pewnych glejakach obecność komórek, morfologicznie zbliżonych do spongioblastów, jednego z wczesnych etapów zarodkowych gleju, przychodzą do wniosku, iż guzy powstają właśnie z tych elementów zarodkowych. W 1921—26 roku Bailey wraz z Cushingem oraz szereg innych badaczy opracowują interesujący materiał, będący owocem kilkodziesięcioletniej pracy neuro-chirurgicznej Cushinga. Praca jednocześnie została przeprowadzona w 3-ch kierunkach:

1) Materiał został zbadany histologicznie za pomocą wszystkich współczesnych sposobów technicznych.

2) Przeprowadzona została analiza histologiczna elementów nowotworowych z punktu widze-

nia ich podobieństwa do wszystkich znanych etapów rozwojowych gleju zarodkowego oraz gleju dojrzałego, włączając już najnowsze zdobycze Hórtęgi, dotyczące nauki o mikro- i oligodendrogleju.

3) Równolegle materiał został zanalizowany i grupowany według przebiegu klinicznego, kolejności występowania objawów, przeciętnego okresu życia zarówno bez interwencji chirurgicznej, jak i po dokonaniu zabiegu operacyjnego, a także i z punktu widzenia wpływu promieni Roentgena na ten lub inny typ nowotworu.

Poraz pierwszy spotykamy się tutaj z bardzo szerokim i niezmiernie ważnym z punktu widzenia klinicznego ujęciem całego zagadnienia o glejakach. Pstry obraz histologiczny glejaków, na który zwracali już uwagę poprzedni badacze został usystematyzowany i uporządkowany według zasady embrjogenetycznej. Bailey i Cushing podzielili cały swój materiał na 14 grup, odpowiadających znanym dotychczas poszczególnym etapom rozwoju gleju, rozwoju embrjonalnego (*medulloepithelioma, medulloblastoma, pineloblastoma, astroblastoma i t. d.*), 3 grupy odpowiadają dojrzałym elementom glejowym (*ependymoma, astrocytoma, oligodendroglioma*), wreszcie 5 grup, uwzględniających elementy ektodermalne (*neuroblastoma, papilloma chorioideum, pinealoma, neuroepithelioma, ganglioneuroma*). Ostatnia z tych grup nie należy, ściśle biorąc, do grupy guzów glejopochodnych.

Według Roussyego morfolog, założyciele histologii patologicznej, nie będąc obeznani z histochemią i chemią fizyczną, stale patrzyli wstecz, zastanawiając się nad pochodzeniem każdego guza. „W dobie obecnej zaś, mając przed sobą zdobycze histochemji, histofizjologii oraz wyniki prac doświadczalnych, powinniśmy więcej interesować się przyszłością, niż przeszłością guzów”. Klasyfikacja współczesna, według Roussyego, powinna być oparta na podstawach histo-fizjologicznych, uwzględniając raczej czynniki ewolucyjne i prognostyczne, niż wygląd morfologiczny, przypominający w większym lub mniejszym stopniu okresy zarodkowe. Zaznaczyć należy, iż, podobnie jak Borst, który w ostatniej swej monografii większość guzów złośliwych zalicza do grupy „mięsakowatych”, dodając do ich nomenklatury przymiotnik „*sarcomatodes*” — Roussy wszystkie guzy złośliwe zalicza do b. w ten sposób rozszerzonej grupy „raków”.

Do grupy guzów łagodnych Roussy zalicza następujące guzy: papillomaty, adenomaty, fibromaty, lipomaty, chondromaty, osteomaty, miomaty i angjomaty. Natomiast wszystkie guzy pochodzenia nerwo-ektodermalnego (glejaki, ependymomaty, nabłonki spłoty naczyńnastego, ganglioneuromaty, meningo-blastomaty, glejaki obwodowe lub neurynomaty, sympatomaty oraz paraganglijomaty) figurują w rozdziale II-gim, zatytułowanym „*Tumeurs malignes—cancers*”. Roussy robi tylko jeden wyjątek, uwzględniając zasadę embrjogenetyczną dla pewnych tylko gatunków, zresztą b. rzadkich, guzów układu nerwowego współczulnego. Natomiast odnośnie do innych guzów mózgu i rdzenia zasadę tę w zupełności odrzuca.

Roussy opisuje następujące gatunki glejaków:

1) Glejaki gwiazdkowate lub astrocytomaty.

2) Glejaki komórkowe lub bezwłókienkowe (glejaki o komórkach okr., glejaki wrzecionowate, glejaki wielopostaciowe oraz glejaki o komórkach pełzakowatych).

3) *Glioblastomata* oraz *spongioblastomata*, które wedł. Roussyego należą do guzów rzadkich.

Astrocytomaty mogą być zarodkowe i włókienkowe.

Roussy opisuje po środku lub na obwodzie tych guzów komórki o dużych rozmiarach w okresie zwyrodnienia. Następnie Roussy opisuje „postacie atypowe”, których komórki glejowe są zbliżone do typu zarodkowego komórki glejoplastycznej lub wysięłkowej.

Jak wiadomo, komórki nerwowe mogą nieraz być zachowane w głębi glejaka; to samo dotyczy włókien glejowych. Fakt ten Roussy stawia w ścisłym związku z dysproporcją pomiędzy rozległością guza a nieraz skąpą semjotyką. W obwodowych częściach glejaków opisał w swoim czasie Lafora obrazy, które nazwał pseudo-neuronofagją. Roussy zalicza komórki te do 3-ego elementu Cajala. Lafora przypuszcza, iż bujanie ich powoduje destrukcję elementów szlachetnych układu nerwowego. Pogląd ten niezupełnie zgadza się z tezą zasadniczą patologji gleju układu nerwowego, istniejącą w nauce od czasu prac klasycznych Alzheimera. Neuronofagja, według tych poglądów, nigdy nie stanowi objawu pierwotnego, a więc czynnego i napastliwego w stosunkach do komórek nerwowych. Żerne cechy w komórkach glejowych satelitowych, powstają dopiero w sposób wtórny, gdy komórka nerwowa lub wzrostki jej ulegają mniej lub więcej głębokim zmianom chemicznym. Przeto destrukcję elementów nerwowych, zarówno w środku glejaków, jak i na ich obwodzie, skłonni jesteśmy zwać raczej z wpływami chemicznymi, toksycznymi, wreszcie mechanicznymi, powodowanymi intymną bliskością mas nowotworowych, i dopiero wtedy następuje wtórne bujanie gleju dookoła tych zmienionych komórek nerwowych. Tylko w poszczególnych gatunkach glejaków elementy nerwowe (komórki, włókna) mają pozostawać nietknięte, zarówno pośrodku, jak i w obwodzie guza. W tych zaś guzach, które zaliczamy na zasadzie całego szeregu cech histologicznych do grupy złośliwej, zjawisko powyższe nie było przez nas zgoła spostrzegane.

Jeżeli stanąć wobec faktu, iż jednego rodzaju glejaki rosną wyjątkowo powoli, drugie znowu powodują szybkie zejście śmiertelne (nawet w ciągu kilku tygodni), to powstaje pytanie: jaka jest podstawa anatomiczna i jednocześnie biologiczna tych guzów, należących do jednej i tej samej grupy, lecz dających jednocześnie tak krańcowo odmienny przebieg kliniczny? Jeśli dodać do tego, iż postępowanie lecznicze znajduje się w zależności od natury każdego poszczególnego przypadku, to stanie się zrozumiałem, iż t. zw. korelacja anatomiczno-kliniczna, która jednocześnie jest ściśle związana z rokowaniem, staje się zagadnieniem niezmiernie ważnym.

(Dok. nast.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Zespół kliniczny zawału mięśnia sercowego
(Infarctus myocardi).

Podał

Emil LANDAU (Warszawa).

(Dokończenie patrz Nr. 48).

Do tych zasadniczych objawów dołączają się zazwyczaj jeszcze objawy wtórne. Wśród nich na pierwsze miejsce wysuwają się zaburzenia czynności serca, będące wyrazem albo zmian w mięśniu sercowym w ścisłym tego słowa znaczeniu, albo też wyłącznie zaburzeń w obrębie tkanki przewodnictwa sercowego. Jako następstwo zawału występuje znaczne obniżenie siły skurczowej serca, sinica, głuche, oddalone tony, rytm cwałowy, wreszcie szmery, będące wyrazem rozstrzeni serca. Często zawał umieszczony jest w pobliżu wewnętrznej powierzchni ściany serca, co się tłumaczy specjalnym układem naczyń, a co pociąga za sobą niejednokrotnie wciągnięcie w obręb sprawy chorobowej śródsierdzia i wytworzenie się następnie zakrzepu przyściennego. Jest to poważne powikłanie, pociąga bowiem za sobą niejednokrotnie zjawiska zatorowe zarówno w kole tętniczym wielkim, jak i w krążeniu płucnym. Zaburzenia rytmu wyrażają się bądź w postaci ekstrasystolji, znacznej tachikardji, względnie rytmu naprzemiennego, bądź też w postaci głębszych zaburzeń przewodnictwa, będących wyrazem zaatakowania tkanki specyficznej serca. Zasługuje na uwagę fakt, że prawa gałązka pęczka Hisa jest znacznie częściej dotknięta, niż lewa, co się tłumaczy znowu mniej sprzyjającymi warunkami unaczynienia—lewa gałązka otrzymuje mnóstwo anastomoz naczyniowych, pochodzących od obu tętnic wieńcowych.

Na drugim miejscu wtórnych objawów zawału należy umieścić zaburzenia ze strony narządu oddechowego, występujące w formie: duszności, nieraz tak gwałtownej i tak natężonej, że dominuje ona nad obrazem chorobowym, obrzęku płuc, biernego przekrwienia dolnych płatów płucnych.

Trzecie miejsce zajmują objawy ze strony narządów przewodu pokarmowego. Do nich należy wspomniany wyżej zespół, opisany przez L i a n i P o l l e t pod nazwą „état du mal cardio-gastro-angineux”. Objawy ze strony narządów jamy brzusznej (odbijania, nudności, wymioty, biegunka, bębniaca) są najprawdopodobniej następstwem zapalenia i znacznego przekrwienia żylnego w obrębie jamy brzusznej.

Oprócz tych wszystkich objawów klinicznych, które, zespolone razem, tworzą typowy obraz zawału serca, należy jeszcze przytoczyć ważne dane diagnostyczne, które klinicysta znajduje w wyniku badań elektrokardiograficznych. Postępy badań ekg. nad zawałem mięśnia sercowego zawdzięczamy pracom Smitha, Clarka, Pardeea, Levine'a, Parkinsona i Bedforda, Herricka, Ar-

rillagi i wielu innych. Badania te szły w dwóch kierunkach: 1) badania doświadczalne na zwierzętach wykonywane za pomocą bądź podwiązywania naczyń wieńcowych, bądź też niszczenia pewnych odcinków mięśnia sercowego przez stosowanie substancji żrących, 2) badania, przeprowadzone na chorych, dotkniętych zawałem serca w rozmaitych okresach cierpienia. Condorelli na podstawie badań własnych i uwzględniając wyniki otrzymane przez wyżej wymienionych autorów, stwierdza, że istnieją w mięśniu sercowym miejsca nieme pod względem elektrokardiograficznym. Badania te przeprowadzone były na psach, i wyniki ich nie mogą być *in toto* przeniesione do patologji ludzkiej, ponieważ unaczynienie serca ludzkiego znacznie odbiega od unaczynienia serca psa. Największe zmiany elektrokardiograficzne powstają w przypadkach, gdy martwicą dotknięte są: 1) okolica koniuszka serca, 2) górna część prawej komory, 3) okolica przednio-wewnętrznej ściany lewej komory i 4) część lewej komory, unaczyniona przez gałązki zstępujące lewej tętnicy wieńcowej.

Doświadczenia wykazały, że zmiany elektrokardiograficzne, występujące jako następstwo zamknięcia światła naczyń wieńcowych, względnie ich rozgałęzień, zależą nietyle od ważności samego naczynia, ile od okolicy mięśnia sercowego, którą dane naczynie odżywia.

Zasadnicze zmiany elektrokardiograficzne, spotykane w zawale serca, dają się sprowadzić do 1) rozszerzenia zespołu Q. R. S., 2) niskiego woltażu elektrokardiogramu, 3) zmian fali T, które wyrażają się: a) w odwróceniu T w I i II odprowadzeniu, b) w ostrem wzniesieniu T (t. zw. T wieńcowe), c) wzniesieniu kopulastem T (T en dôme autorów francuskich). P e z z i podkreśla zjawienie się w przypadkach zawału serca nowej monofazowej fali o kierunku przeciwnym w I i III odprowadzeniu (t. zw. current of injury autorów angielskich), spowodowanej zadziaływaniem podrażniących włókien mięśnnych w obrębie ogniska zawału na strunę galwanometru. Fala ta nie spotyka się w żadnym innem cierpieniu (jeżeli nie brać pod uwagę chorego, opisanego przez C o h n a i S w i f t a, dotkniętego ostrym gościem stawowym, u którego zapewne zjawienie się tej fali monofazowej było wywołane przez ognisko reumatyczne w ścianie mięśnia sercowego). Jednak diagnostyczne znaczenie tej fali traci na wartości, jeżeli wziąć pod uwagę jej wczesne znikanie i szybkie modyfikacje i okoliczność, że ciężki stan chorego w wyjątkowych tylko przypadkach zezwala na przeprowadzenie badań elektrokardiograficznych w tym okresie cierpienia. Natomiast późniejsze zmiany T w I i III odprowadzeniu lub wyjątkowe zjawienie się T negatywnego we wszystkich 3-ch odprowadzeniach dają się obserwować znacznie częściej, są trwalsze i mogą pozostawać bez zmiany w przeciągu tygodni, miesięcy, a nawet znacznie dłuższych okresów czasu. P e z z i cytuje szereg przypadków chorych,

u których postawił rozpoznanie zawału mięśnia sercowego w kilka miesięcy, a nawet później po napadzie, wyłącznie na podstawie ścisłego wywiadu oraz typowych zmian elektrokardjograficznych. Condorelli i Pezzi zwracają uwagę, że w dzisiejszym stanie badań elektrokardjograficznych wyniki elektrokardjograficzne w zawale serca posiadają wyłącznie znaczenie diagnostyczne, i nie należy wiązać z nimi żadnych wskazówek prognostycznych. Wszyscy autorzy zgodnie podkreślają, że do należytej oceny wyników elektrokardjograficznych w zawale serca jest niezbędne: 1) ażeby nie współistniały uszkodzenia przewodnictwa w obrębie pęczka Hisa, 2) ażeby EKG nie wykazywał cech znacznej przewagi komorowej, i 3) ażeby chory nie był poddany bezpośrednio przed badaniem elektrokardjograficznym intensywnemu leczeniu naparstnicą.

Takby się przedstawiał w zarysach obraz kliniczny zawału mięśnia sercowego.

W rozpoznaniu różniczkowym na plan pierwszy wysuwa się zespół stenokardji. Należy jednak mieć przedewszystkiem na uwadze różnice w występowaniu kardynalnego objawu wspólnego obu cierpieniom, mianowicie, bólu. Ból stenokardyczny jest zazwyczaj krótkotrwały, umiarkowanie natężony; chory po ustąpieniu bólu bardzo szybko powraca do sił. Ból zawałowy cechuje się wielkiem natężeniem, długotrwałością, stan chorego nie przestaje być groźny nawet po ustąpieniu bólu. Napad duszniczy bolesnej jest zazwyczaj wywołany przez przypadkowe przyczyny, np. wzruszenia psychiczne, wysiłki fizyczne. Zawał mięśnia sercowego, jak to podkreślają liczni badacze, występuje nagle, bez żadnych zazwyczaj zwiastunów ostrzegawczych i bez żadnej uchwytnej przyczyny, często u chorych, spoczywających w łóżku. W duszniczy bolesnej ważny czynnik etiologiczny stanowi kiła, niestwierdzana nigdy lub bardzo rzadko u chorych dotkniętych zawałem serca. Objawy ostrej niedomogi mięśnia sercowego, znaczna duszność, zaburzenia przewodnictwa, częstoskurcz, objawy zaatakowania osierdza, wzniesienia ciepłoty, leukocytoza, towarzyszą prawie zawsze zawałowi serca, a tylko w wyjątkowych przypadkach spostrzegane były w stenokardji.

Inną grupę cierpień, odgrywających rolę w rozważaniach różniczkowych w zawale serca, stanowią ostre sprawy zapalne w obrębie jamy brzusznej; tyczy się to zwłaszcza tych przypadków, które zespołem swoim przypominają „état du mal

cardio-gastro-angineux” Liana i Polleta. Już wyżej wzmiankowane były cytowane przez licznych autorów błędy rozpoznawcze, popełniane w tych właśnie przypadkach. Do najczęstszych błędów należą: rozpoznawanie przedziurawienia wrzodu dwunastniczego lub żołądkowego, kamicy wątrobowej, ostrego zapalenia trzustki.

Uwzględniając dzisiejszy stan badań, poświęconych temu przedmiotowi, należy stwierdzić, że, w przeciwstawieniu do dawnych pojęć o bezwzględnie śmiertelnym zejściu zawału serca, wyleczenie w sensie klinicznym nie należy do rzadkości. Wszyscy badacze zgodnie określają trzy — lub cztero-tygodniowy okres, licząc od chwili wytworzenia się zawału, w którym chory wystawiony jest na bezpośrednie niebezpieczeństwo. W tym okresie zejście śmiertelne następuje zazwyczaj albo wskutek nagłej zapaści, albo głębokiego wstrząsu naczyniowego, bądź też wskutek wytworzenia się zatorów z przyściennych zakrzepów lub wreszcie wskutek pęknięcia serca w miejscu świeżego zawału. Po przebyciu tego kilkutygodniowego okresu chory, wyzwolony z bezpośredniego niebezpieczeństwa, narażony jest nadal na cały szereg t. zw. oddalonych niebezpieczeństw. Do nich należą: wytwarzanie się tętniaka w obrębie zmienionej włókniście ściany serca z następstwem jego pęknięciem, wytwarzanie się przewlekłej, nieraz bardzo ciężkiej niedomogi serca, wreszcie skłonność do powtarzających się zawałów.

Postępowanie lecznicze według większości autorów winno mieć na uwadze: z jednej strony stymulację układu krążenia, z drugiej opanowanie objawów bólowych. Należy podawać choremu morfinę w dawkach niezbyt małych, nie obawiając się bynajmniej ujemnego wpływu alkaloidu. W celu opanowania głębokiej zapaści należy podawać kamforę lub zbliżone do niej preparaty podskórnie, stosując jednocześnie zabiegi, mające na celu pobudzenie krążenia obwodowego. Pezzi, Benedetti, Crighton Bramwell przestrzegają przed stosowaniem w przypadku zawału nitratów, przeciwwskazanych ze względu na znaczny spadek ciśnienia krwi. Crighton Bramwell zaleca w przypadkach znacznej tachikardji, połączonej z migotaniem przedsionków, stosowanie chinidyny zamiast podawanych zazwyczaj preparatów naparstnicy. Wszyscy autorzy, bez względu na odchylenia indywidualne w stosowaniu leków, zgodnie kładą największy nacisk na zachowanie bezwzględnego i jaknajdłuższego spokoju, jako na kardynalny czynnik terapeutyczny.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Higiena.

∞ Ergebnisse der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge. herausgegeben von Prof. Dr. A. Grotjahn, Prof. Dr. L. Langstein, Prof. Dr. F. Rott, Str. 498. Nakład G. Thieme, Lipsk 1930.

Jest to drugi tom różnorodnych zagadnień higieny społecznej, wydawanych pod kierownictwem wybitnych profesorów i znawców przedmiotu. Obecna praca zawiera 13 artykułów, napisanych przez różnych autorów, specjalistów w odpo-

wiednich gałęziach tej wciąż rozrastającej się dziedziny wiedzy. Każda praca obejmuje jakieś jedno zagadnienie i ani z poprzedzającymi, ani z następującymi nie jest niczem związana. Przeciwnie każda praca zawiera 20 — 40 stron i jest na końcu uzupełniona dość obfitą literaturą.

Krytyczna ocena tych prac w całości jest niemożliwa ze względu na ich różnorodną treść, charakter i t. d., należałoby więc każdą z nich rozpatrywać oddzielnie, co także napotyka duże trudności. Dlatego też podajemy krótkie streszczenie każdej z prac, ażeby ułatwić czytelnikowi orientację

i umożliwić wybór. Ogólnikowo zaś można tylko powiedzieć, że wszystkie prace są na wysokim poziomie, zawierają dużo materiału i to zupełnie świeżego, bo dotyczącego lat ostatnich.

Pierwszy artykuł str. 1—31 Dr. von Vers ch u e r. Środowisko społeczne i dziedziczność. Autor rozpatruje szczegółowo wpływ jednego i drugiego na rozwój człowieka i dochodzi do wniosku, iż oba te czynniki decydują o losie człowieka. Środki zaradcze mają za zadanie wpłynięcie na rozwój ludzkości a) drogą zmiany otoczenia i b) przez wpływ na wartości dziedziczne. Pierwsze jest zadaniem wychowawcy i higienisty społecznego, drugie—eugenisty. Jednakże w praktyce trudno rozgraniczyć te dwa pola działalności, bo niema higieny społecznej bez eugeniki, niema eugeniki bez wychowania. Najznakomitsi badacze w obu tych dziedzinach godzą się z takim ujęciem sprawy, co wypływa z ich poglądów na cel, do którego dążą uprawiane przez nich dziedziny: G r o t j a h n uważa za cel ostateczny higieny społecznej zapewnienie wiecznej młodości własnemu narodowi, L e n z określa eugenikę, jako jądro higieny społecznej.

Drugi artykuł str. 32—71. Dr. F. T i e t z e. Perjodyczne badanie lekarskie osób zdrowych. Po przytoczeniu danych historycznych (Anglia, Ameryka, Francja i Niemcy) autor przychodzi do przekonania, że podobne badania ludzi dorosłych zdrowych są koniecznym rozszerzeniem opieki nad młodzieżą, ponieważ umożliwiają wczesne rozpoznanie i wczesne leczenie różnych niepostrzeżenie powstających chorób. Z czasem, kiedy te badania znajdą już istotnie prawo obywatelstwa, dostarczą one danych do naukowego ujęcia ludzi zdrowych, a przez to samo jeszcze bardziej rozszerzą możliwość wczesnego rozpoznania i wczesnego leczenia. Takie badania mogłyby posłużyć do wprowadzenia paszportów zdrowia, oddawna już wymaganych przez eugenistów, co znowu na dalszą metę ułatwiałoby sprawę wyzyskania materiału ludzkiego zgodnie z jego wartością. Nie bez znaczenia byłyby badania perjodyczne i dla higieny, gdyż osobisty kontakt z badanym umożliwiłby wywarć znacznie głębszego wpływu na życie i przyzwyczajenia jednostki, niż ogólne tylko reguły, głoszone dla wszystkich.

Artykuł trzeci. Str. 71—105. R. G r a l k a. Współczesne problemy opieki nad wypoczynkiem dzieci. Autor najpierw przytacza szereg dat historycznych dotyczących Niemiec, następnie wyjaśnia, na czym winna polegać rzeczywista opieka nad wypoczynkiem dziecka, jakie są jej zadania. Przytem rozróżniane są dwa pojęcia wypoczynku zdrowotnego dzieci i młodzieży: Erholungsfürsorge, co obejmuje wypoczynek dzieci, dotkniętych już jakimiś cierpieniami, i Erholungspflege — wypoczynek dzieci, których zdrowie nie jest jeszcze poważnie zagrożone. Autor powiada, że na zasadzie doświadczenia narodu niemieckiego i innych narodów należy przyznać, iż dróg prowadzących do wzmocnienia sił fizycznych młodzieży — jest wiele. Trudno byłoby rozstrzygnąć, której z nich przyznać pierwszeństwo. Opieka i nadzór leczniczy nad wypoczynkiem, wypoczynek w miejscowych lub zmienionych warunkach klimatycznych—to są środki współdziałające, za pomocą których trzeba usiłować, przez umiejętne zastosowanie indywidualne, osiągnąć jaknajszybsze i najpomyślniejsze rezultaty -- nawet przy ograniczonych środkach finansowych.

Czwarty artykuł. Str. 106—125. Th. H o f f a. Dożywianie szkolne. Znowu poczynając od definicji, autor przytacza najważniejsze fakty historyczne z rozwoju tego ruchu w Niemczech. Szczegółowsze dane znajdujemy z okresu wojny, związanej z nią blokady i pomocy Amerykańskiego Stowarzyszenia Przyjaciół. Podobno liczba ofiar wskutek głodu w latach 1914—1919 wynosiła 763.000, naturalnie w znacznej mierze dzieci. Jeszcze w roku 1923 odsetek dzieci niedożywianych w Prusach wahał się od 40⁰/₀—70⁰/₀. W ostatecznych wywodach autor podaje szereg wskazówek, dotyczących organizacji do-

żywiania. Według jego poglądów najbardziej pożądane jest dożywianie w postaci mleka ciepłego (¹/₄ litra pasteryzowanego mleka w indywidualnych butelkach). Autor sądzi, że bardziej złożone śniadania są naogół trudne do przeprowadzenia i kosztowne. Pożądane jest, aby w miarę możliwości mleko było opłacane przez rodziców, ażeby dokarmianie nie nosiło charakteru dobroczynności.

Artykuł piąty. Str. 126—156. H. S t r a u s s. Odżywianie i djeta w zakładach leczniczych. Autor najpierw udowadnia konieczność zwrócenia uwagi na tak ważne zagadnienie, jakim jest odżywianie chorych wogóle, w niektórych chorobach, jak na przykład, w chorobach przewodu pokarmowego, przemiany materji w szczególności, dowodząc przytem, że, o ile dawniej cała ta sprawa opierała się wyłącznie na obserwacji i prymitywnem doświadczeniu, dziś należy już szukać podstaw naukowych. W odżywianiu należy zwrócić uwagę przedewszystkiem na urozmaicenie diety i włączenie do codziennego użytku owoców i jarzyn. W większych zakładach pożądane jest oddzielenie kuchni dietetycznej od kuchni ogólnej. Działalność kuchni winna być znormalizowana. Zupełnie indywidualna djeta winna być rzadkim wyjątkiem. Dla pomyślnego rozwiązania sprawy kuchni dietetycznej konieczna jest współpraca lekarza, administracji ogólnej i kierownictwa kuchni. Nie jest konieczne, jest jednak pożądane, aby kierowniczka kuchni miała wykształcenie pielęgniarskie. W większych miastach, w dużych Kasach Chorych dla ułatwienia gospodarki trzeba dzielić szpitale według rodzajów chorób, umieszczając wspólnie tych, którzy wymagają jednakowej diety.

Artykuł szósty. Str. 157—179. H. H o h b a c h. Epidemjologia i zarządzenia policyjne, dotyczące porażenia dziecięcego. Po krótkich uwagach wstępnych autor na podstawie materiałów z ogólnie znanych epidemij porażenia dziecięcego przytacza szereg danych epidemiologicznych, dotyczących wieku, płci, zakaźności, zapadalności, śmiertelności i t. d. (epidemjologia indukcyjna). Dalej autor omawia zwykle zarządzenia policji według wzorów niemieckich, przytem, stojąc na naukowym punkcie widzenia, patrzy dość pesymistycznie na zwalczanie choroby przez władze policyjno-sanitarne. Dla bardziej skutecznego działania zarządzeń sanitarno-policyjnych, należałoby uczynić obowiązkiem zgłaszanie każdego zachorowania podejrzanego jako przypadek porażenia i uruchomić natychmiast cały aparat zapobiegawczy. Ale nawet takie zarządzenie nie rozstrzygnęłoby sprawy stłumienia choroby w jej zarodku, bowiem możność zakażenia osób z otoczenia istnieje już w okresie wylegania choroby, t. j. wówczas, kiedy obecność zarazka jeszcze niczem nie zdradza się. Z tego względu byłoby bardzo pożądane posiadanie jakiejś próby dla rozpoznawania przenosieli. Być może, w tym celu mógłby być zastosowany odczyn precypitacyjny R o s e n o w a, albo odczyn skórny. Zarzut, że odosobnianie otoczenia chorego i poszukiwanie przenosieli (Zwischenträger) pociągnęłoby konieczność szczepień ochronnych na szeroką skalę — nie jest słuszny, wobec względnie niewielkich absolutnych liczb zachorowań. Autor daje jeszcze wyraz swej wątpliwości, czy wogóle zwalczanie jest celowe, wobec stanu naszej wiedzy w tej sprawie, a szczególnie wobec stanu, w jakim w obecnej chwili przedstawia się sprawa uodparniania. Trzeba bowiem pamiętać, że im dłuższy jest okres wolny od epidemji, tem większa jest następnie do niej skłonność. Stojąc na tym punkcie widzenia, można by zarzucić wszelkie ustawodawcze rozporządzenia, gdyż walka z tą chorobą, jak i Innemi wydaje się być bezcelową. Jednakowoż władze sanitarne nie mogą stać na podobnem stanowisku dopóty, dopóki bezużyteczność wszelkich zarządzeń nie zostanie stwierdzona. Tak obojętne, jak dotychczas, odnoszenie się władz sanitarnych do epidemji porażenia nie powinno mieć miejsca. Należy przewidywać większe nasilenie epidemji tej choroby, wyraźnie związanej z cywilizacją.

Siódmy artykuł. Str. 180 — 224. M. Kantorowicz. Umieralność na gruźlicę w Anglii i Walji. Opierając się na urzędowych liczbach kraju, który w danej sprawie może niewątpliwie dostarczyć bardzo ciekawego materiału (statystyka przyczyn zgonów od roku 1838, przyczyny zgonów stwierdzone wyłącznie przez lekarzy, uprzemysłowienie kraju, podział według zawodów), autor dochodzi do wniosków, które przez analogię mogą mieć znaczenie i dla innych krajów. W Anglii spadek umieralności na gruźlicę rozpoczął się przed odkryciem zarazka i przed początkiem ruchu sanatoryjnego. Przyczyny spadku gruźlicy należy szukać w podniesieniu zarobków i w polityce zapobiegawczej. Zarządzenia społeczno-polityczne doprowadziły do takiego obniżenia umieralności wśród kobiet, że w ostatnich czasach stała się ona niższa, niż wśród mężczyzn, w przeciwieństwie do tego, co było na początku okresu industrializacji. Umieralność na gruźlicę jest znacznie niższa w uprzemysłowionej Anglii, niż w robotniczej Irlandji, w Anglii jednak niższa jest na wsi, niż w mieście. Uzdrawotnienie zakładów przemysłowych, szczególnie walka z pyłem przyczyniła się do obniżenia gruźlicy. Stosunkowo niska umieralność na gruźlicę w niektórych zawodach, np. wśród górników, tłumaczy się nie zdrowotnością tych zawodów, lecz eliminacją nieodpowiedniego materiału ludzkiego.

Ósmy artykuł. Str. 225—239. A. Philipshorn. Autor omawia sprawę kosztów utrzymania szpitali i sposobu pokrywania ich z różnych źródeł. Rozpatrując sytuację szpitali publicznych w danej chwili, przychodzi do wniosku, że jest ona dość trudna. Obowiązki gmin miejskich w dziale opieki społecznej wzrosły niepomniernie i z tego powodu trudności finansowania szpitali stały się większe. Dążenie do oparcia szpitali na samowystarczalności jest nierealne, gdyż, jeśli postawimy jako zasadę pokrywanie istotnych kosztów przez chorych, to korzystać będą z opieki szpitalnej nie ci, którzy tego najbardziej potrzebują, ale ci, którym pozwalają na to środki. Wielkiem zagadnieniem jest opłata za członków Kas Chorych. Nieopłacanie całkowitych kosztów przez tę grupę ludności, pogarsza znacznie sytuację, która staje się coraz uciążliwsza, ze względu na coraz większy odsetek ludności, należących do Kas Chorych. W Berlinie już przed wojną szpitale dopłacały 35% do utrzymania członków Kas Chorych w szpitalach. Ale wówczas zaledwie dziesiąta część ludności niemieckiej była ubezpieczona. Obecnie zaś ubezpieczeni tworzą 3/5 ludności Niemiec. Autor jest zdania, że szpitale publiczne z jednej strony, Kasy Chorych z drugiej winny dążyć do utworzenia związków celowych dla uregulowania tej sprawy. Ciekawe są też wskazówki techniczne, które autor daje dla obliczenia kosztów własnych szpitali, co ma na celu racjonalizację w prowadzeniu szpitali (Fano k).

Dziewiąty artykuł. Str. 245 — 297. Anni Tüllmann. Służba społeczna w szpitalu. W dość długim wstępie autorka najpierw przytacza dane historyczne o rozwoju służby społecznej („trzeci rodzaj” służby w szpitalu), poczynając od najstarszych, bo sięgających 1875 roku poczynają amerykańskich. Przytoczone materiały liczbowe dotyczą Ameryki (Nowego Yorku), Francji (Paryża), Finlandji, Holandji, Anglii, Niemiec i nawet choć w postaci krótkich wzmianek, krajów tak egzotycznych, jak Honolulu i Chiny. Dużo miejsca poświęca autorka samemu pojęciu służby społecznej w szpitalu, opierając się głównie na piśmiennictwie anglo-saskim, a przedewszystkiem na C a b o t i e. Wreszcie czytamy w artykule regulaminy dla służby społecznej, wzięte w oryginale z różnych krajów, a następnie też same regulaminy, dotyczące poszczególnych instytucji. Kończy się artykuł organizacją samej pracy, również przedstawioną głównie w postaci wzorów z różnych krajów.

Dziesiąty artykuł. Str. 298 — 359. Fr. Burdger. Nowe niemieckie tablice wymieralności i wnioski z nich. Autor mówi najpierw o pierwszym matematycznym opracowaniu

umieralności przez Gra u n t a i P e t t y e g o, i o pierwszych tablicach wymieralności Halleya (XVIII stulecie), dalej wskazuje metodę wyliczenia tych tablic: prostą, mającą znaczenie raczej już historyczne, i pośrednią, głównie obecnie używaną. Szczegółowo przedstawione są niemieckie tablice wymieralności z okresu powojennego (lata 1924—1926). Z tablic tych wynika, że obecnie w Niemczech przychodzące na świat dziecko płci męskiej ma szansę życia 55,97 lat, dziecko płci żeńskiej — 58,82. (W Polsce dla wojew. zachodnich mamy: dziecko płci męskiej 47,82, dziecko płci żeńskiej — 50,82). Tak pomysłne liczby jednak nie cieszą autora, który po dość skomplikowanych obliczeniach przychodzi do wniosku, że jednak sytuacja Niemiec pod względem ruchu naturalnego ludności jest wprost katastrofalna, bowiem według tych obliczeń wypada, że przyrost naturalny w roku 1927 z 16,4, otrzymanych zwykłym sposobem, staje się — 1,5, a więc deficytowy. Ten stan rzeczy prowadzi do starzenia się narodu. W końcu autor bije na alarm, wołając, że dla przyszłości narodu ważniejsza jest wysoka płodność niż niska umieralność, i że żaden naród nie może utrzymać się przy życiu drogą tylko zmniejszenia umieralności.

Jedenasty artykuł. Str. 360-391. O. Schweers. Nadzór nad prostytucją w Berlinie. W roku 1929 została w Berlinie zniesiona reglamentacja prostytucji, a w zamian zostało wydane prawo o zwalczaniu chorób wenerycznych. Prawo nowo wydane unika w miarę możności interwencji policyjnej, a dąży do celu drogą ułatwiania leczenia się osobom chorym z zastosowaniem pewnych rygorów dla nieletnich, zakłócających spokój i ogólnie obowiązujące zasady obyczajności. Zachowana została kontrola nad osobami, utrzymującymi niestawne stosunki płciowe (obie płci!) z dużą władzą dyskrecyjną organów sanitarnych. Władza ta jest tak rozległa, że, praktycznie biorąc, może prowadzić tak do zamaskowanej reglamentacji jak i do zupełnego abolicjonizmu. Dotychczasowe wyniki są bardzo zadawalające, bo wpłynęły na bardzo znaczny wzrost leczonych wenerycznie chorych, którzy przedtem pomimo przymusu z pod opieki lekarskiej usuwali się. Ostateczne wnioski autora są bardzo ostrożne. Okres czasu od którego ustawa obowiązuje, jest zbyt krótki, ażeby można było wypowiedzieć stanowczy sąd o jej celowości. Zarządzenia, mające na celu zwalczanie chorób wenerycznych, są odniedawna wprowadzone w życie i oczekują dalszej rozbudowy. Siły lekarskie i powołany personel nie objęły jeszcze całokształtu nowych stosunków pracy. Praca wymaga doświadczenia i ulepszenia, które jest możliwe tylko przy dłuższej praktyce. Wolnopraktujący lekarze zaczynają dopiero wykorzystywać możliwości, stworzone przez nową ustawę, a publiczność dopiero się z nią zaznajamia. W sumie jednak wszystko przemawia za racjonalnością ustawy. I dziś już można przewidzieć, że daje ona możliwość przeprowadzenia należytego nadzoru nad prostytucją.

Artykuł dwunasty. Str. 392—423. S. Drucker. Opieka nad alkoholikami. Autor powiada, że opieka nad alkoholikami jest pasierbicą opieki społecznej, jednym z powodów tego jest — że cała sprawa znajduje się w rękach nielekarzy albo w rękach lekarzy niespecjalistów. Dalej autor rozpatruje samą istotę zagadnienia tej opieki, zwalczając między innymi sam zwrot „alkoholik” (Trinker), który wielu obraża i odstrasza. Szereg danych przytoczonych z różnych miast wskazuje, że liczba alkoholików, korzystających z opieki, waha się od 2,8 do 13,0 na 10,000 mieszkańców. Wbrew ogólnie przyjętemu twierdzeniu nieszczęśliwcy ci wcale nie są starcami, gdyż więcej niż 1/3 przypada na osoby poniżej lat 40. Liczba alkoholików, sądząc z danych, nadasyłanych z różnego rodzaju zakładów leczniczych, stale wzrasta. Ośrodkami opieki otwartej nad alkoholikami są poradnie wraz z całym ich personelem. Pijącego trzeba przedewszystkiem przekonać, że on może i po-

winien się wstrzymać od używania alkoholu, a następnie poprowadzić go odpowiednio, podtrzymać jego wolę. Trzeba zająć się sprawą gospód bezałkoholowych, zwrócić uwagę na kwestję mieszkaniową i brak zajęcia. Co do opieki zakładowej, to znajduje się ona dopiero w początkowym stadium rozwoju, Niemieckie zakłady dla alkoholików rozporządzają 2.000 łóżek; liczba ich ostatnio zaczęła szybko wzrastać. Działalność przeciwalkoholową trzeba spotęgować i scalić, scharmonizować, przyciągając, między innymi, Kasy Chorych, które, wydając na poradnie przeciwgruźlicze 9 fenigów na głowę, w tym samym czasie wydają na poradnię przeciwalkoholową 1 feniga na członka.

Trzynasty artykuł. Str. 424--492 R. B a n d e l. Specyficzna umieralność wśród mężczyzn jako wskaźnik alkoholizmu. Opierając się na statystyce zgonów za ubiegłe stulecie (Szwecja, Niemcy) i porównując umieralność mężczyzn i kobiet, autor wykazuje wielkie różnice między obupłciami. Różnice te, dotyczące przede wszystkim okresu wieku dojrzałego, są bardziej widoczne w miastach, niż na wsi, a więc w okresie wieku i w środowiskach, gdzie alkoholizm najbardziej się szerzy. Wielu działaczy społecznych widzi w tem skutki alkoholizmu. Autor przechyla się także ku tej opinii, ale dowodzi, że zmierzyć ten wpływ jest bardzo trudno, czy bodaj niemożliwe, choć nawet kilkumiesięczne ograniczanie konsumpcji odbija się na umieralności, albo dokładniej mówiąc, na stosunku umieralności męskiej do żeńskiej. Statystyka wykazuje, że przy ustaleniu przyczyny zejścia wielkiej wagi jest określenie, jaki był stopień zalkoholizowania organizmu w chwili rozpoczynającego się przełomowego okresu stanu zdrowia. Kryzysom podlegają od czasu do czasu wszystkie organizmy, zwłaszcza w późniejszym wieku — przełom mija jednak czasem niepostrzeżenie i nie dochodzi do wiadomości lekarza. Inaczej może się zdarzyć w przypadku arteriosklerozy (udar), wrzodu żołądka (krwotok) i t. d. Obliczenia statystyczne, które wykazują równoległe zmiany pomiędzy umieralnością a wysokością produkcji alkoholu, potwierdzają także wpływ pijaństwa na liczbę zgonów.

M. K a c p r z a k.

Bakterjologia i Serologia.

A. BERGEL. Porównawcze badania serologiczne nad uproszczoną metodą zlepną Müllera. (M. B. R. II) (Wien. klin. Wsch. Nr. 37/1930).

Uproszczona metoda zlepną Müllera okazała się w porównawczych badaniach serologicznych (odczyn Wassermann'a, odczyn zlepną Müllera i inne) jako bardzo czuła i wysoce swoista metoda serodagnostyczna. Nawet intensywnie przeciwkółowo leczone przypadki wykazują czasami także po wielu latach dodatni odczyn zlepną Müllera (M. B. R. II) wtedy, kiedy inne odczyny są już ujemne.

Wyniki uproszczonego odczynu zlepnego Müllera są łatwe do odczytania, a przeprowadzenie jego wymaga niewielkich ilości surowicy. Czas wykonania odczynu wynosi w całości tylko trzy godziny. Dojrzewanie antygeny, odbywające się w temperaturze pokojowej, wymaga tylko 12 minut.

Typowe zlepy, powtarzające się przy wykonywaniu uproszczonego odczynu Müllera, różnią się od zlepow, ujawniających się w zwykłym odczynie zlepnym Müllera (M. B. R.) bardziej luźną spójnością, mniej ostreimi zarysami i lekkim zmętnieniem płynu, otaczającego zlepy.

Nieswoiste wyniki uproszczonego odczynu zlepnego Müllera są łatwe do uchwycenia i występują bardzo rzadko.

Równie dobre wyniki daje uproszczony odczyn zlepną Müllera przy badaniu płynu mózgowodzeniowego.

Uproszczony odczyn zlepną Müllera jest istotnym uproszczeniem w stosunku do zwykłego, a dorównywa mu pod względem czułości i swoistości; nadaje się on więc do zastąpienia zwykłego odczynu pod każdym względem.

Henryk J. L a n d a u.

LUBIŃSKI. W sprawie uodparniania drogą doustną (D. m. W. Nr. 31. 1930).

Od bardzo dawna czynione są próby uodparniania czynnego ustroju drogą doustną. Sprawa o tyle jest ważna, iż uodparnianie drogą podskórną daje czasem nieprzyjemne objawy miejscowe i ogólne, powodujące niezdolność do pracy na pewien przeciąg czasu. W ostatnich 10 latach wiele się tem zajmowano w odniesieniu do duru brzuszego, paradurów, cholery i czerwoni, mniej natomiast w błonicy oraz zakażeniach dwóinkami zapalenia płuc i parciorkowcami.

Badania na zwierzętach, polegające na sprawdzaniu odporności przez następcze zakażenie ustroju żywymi zarazkami, względnie obliczanie ilości przeciwciał, wykazały bez wątpienia, iż tą drogą można uodpornić zwierzęta wrażliwe, jednak osiągnięte wyniki są tak dalece różnorodne i niezgodne, że trudno je oceniać w jakiś zdecydowany sposób.

Ocena rezultatów przeprowadzonych szczepień w okresach epidemii u ludzi, jest również bardzo trudna, czego dowodzi fakt, iż dziś nawet są autorzy, odmawiający skuteczności dokonanych szczepień przeciwdurowych w czasie wielkiej wojny światowej. Nie możemy również ustalić z całą pewnością, czy spadek nasilenia epidemii, który często przypada na okres najbardziej nasilonych szczepień, jest *propter hoc* czy też *post hoc*. Nie wiemy także, ilu osobników zostaje uodpornionych dzięki zakażeniu utajonemu. Badania surowicy ludzkiej na zdolności zlepną i bakterjologiczne względem bakterij duru brzuszego, paradurów, cholery i błonicy dają, pomimo wszystko, wyniki nieprzekonywujące. Rozcieńczenia surowicy, w których jeszcze można otrzymać odczyny dodatnie, są niskie. Nie znaleziono również dużej ilości przeciwciał błonicych we krwi.

Należy podnieść, że uodparnianie czynne, zapomocą bakterij żywych daje lepsze wyniki, niż bakterjami zabitemi byc może, iż chodzi tutaj o łatwiejsze przechodzenie bakterij żywych przez ścianę jelit.

Zdaniem autora, nie jest udowodniona zasada B e s s e r e d k i, iż nieprzepuszczalność ściany jelitowej dla zarazków przemawia za uodpornieniem zwierzęci. Nie mamy więc pewnych danych, przemawiających za należytem powstawaniem czynnego uodparniania ustroju drogą doustną i wobec tego narazie nie nadaje się ta metoda do zastosowania. Czasami można jednak otrzymać wyniki dodatnie, pod warunkiem zastosowania o wiele większej ilości zarazków, gdyż tylko pewna ich część może się wessać i przejawiać swą działalność.

St. L u x e n b u r g.

Choroby zakaźne.

OTTO. Uwagi w sprawie czynnego szczepienia przeciw błonicy. (D. m. W. 27. 1930).

Doświadczenia z czynnym uodpornieniem przeciw błonicy wykazują nieszkodliwość tego zabiegu. Jednak nie można wysuwać dalekoidących wniosków z powodu małej liczby dokonanych szczepień.

Znaczne zmniejszenie się liczby przypadków błonicy w szkołach w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej i Kanadzie oraz spadek liczby chorych spostrzegano dopiero od czasu poddania szczepieniom 83⁰/₀—85⁰/₀ dzieci. Jednak i tam nie zostały poddane szczepieniu dzieci w wieku przedszkolnym.

Dla ścisłej kontroli konieczne jest przeprowadzenie kontroli w zakładach zamkniętych. Badania ustaliły, iż z wiekiem liczba zachorowań na błonicę zmniejsza się znacznie, zaś we krwi zjawiają się przeciwciała w większej ilości, nawet u ludzi, którzy nigdy nie chorowali na błonicę. Powstawanie przeciwciał jest rzeczą swoistą, czego dowodzi ich wysokie miano we krwi nosicieli zarazków jak również i u personelu szpitalnego.

Z licznych statystyk wynika, iż w tych krajach, gdzie panuje błonica, przeciwciała zjawiają się we krwi przed 16 r. życia, natomiast stwierdzono brak lub ich b. małe miano w Grenlandji, wolnej od błonicy.

W Ameryce powszechnie jest stosowana metoda szczepienia zapomocą T. A. W praktyce b. rzadko wystarczy jednorazowe szczepienie.

Zdaniem autora, czynnościowe uodpornienie przeciw błonicy, jest potężnym środkiem dla zmniejszenia liczby zakażeń i wynikającego stąd ryzyka choroby. Błędem byłoby przerwać wszczęte w tej dziedzinie doświadczenie. Sprawa ta wymaga jaknajprędzszego rozwiązania dla dobra dzieci. Już dziś można polecić szczepienia, w razie konieczności u dzieci z dodatnim odczynem Schicka.

St. Luxemburg.

Elisabeth JRBANITZKY. W sprawie zapobiegania błonicy w zakładach zamkniętych zapomocą wcierania maści podług Loewensteina. (D. m. W. N. 32 1930).

Wszelkie metody zapobiegawcze winny być: 1) absolutnie nieszkodliwe, 2) łatwe do przeprowadzenia i 3) skuteczne.

Autorka, wychodząc z tego założenia, jak również doceniając znaczenie skóry w wytwarzaniu odporności, zastosowała, celem uodpornienia dzieci, maść w/g wskazań Loewensteina.

Technika zabiegu polega na wcieraniu w uprzednio oczyszczoną wodą, mydłem i eterem skórę, 1 cm³ maści przy pierwszym wcieraniu, 2 cm³ — na drugim i 3 cm³ — na trzecim posiedzeniu. Wcieranie dokonywano co 2 miesiące.

Żadnych objawów szkodliwych nie zauważono. Największe nasilenie odporności otrzymano w 4—6 miesiącu. Odczyn Schicka stawał się ujemny u ośesków i dzieci w 1—2 roku życia w 100%, u dzieci starszych i dorosłych w 87.5—63.4%. Wcieranie maści jest uodpornieniem czynnym, trwającym około 1 roku i najbardziej nadającym się do stosowania na szeroką skalę.

St. Luxemburg.

REICHE i REYE. W sprawie stosowania ilości przeciwciał w błonicy. (D. m. W. № 28. 1930).

Spostrzeżenia ze szpitala w Hamburgu — Barmbeck dotyczą zmniejszenia się śmiertelności z błonicy wśród dorosłych i dojścia do wyleczenia przypadków błonicy z objawami skazy krwotocznej wskutek stosowania dużych dawek surowicy uodparniającej Behringa. Tymczasem w drugim szpitalu w Hamburgu przebieg przypadków błonicy był podobny, pomimo stosowania znacznie mniejszych ilości surowicy uodparniającej. Ciekawe to spostrzeżenie rzuca nowe światło na leczenie błonicy. Dla rokowania kolosalne znaczenie ma jaknajwcześniejsze stosowanie surowicy uodparniającej.

Wanda Franzówna.

SCHOTTMÜLLER. O znaczeniu zapobiegawczego szczepienia przeciw szkarlatynie. (D. m. W. № 28. 1930).

Autor opisuje przebieg endemii szkarlatyny w szpitalu dziecięcym w Hamburgu, która zahamowana została po przeprowadzeniu uodpornienia biernego i czynnego. Dzieciom zdrowym wstrzyknięto 10 cm. surowicy paciorkowcowej odporność

ciowej Behringa i jednocześnie 1 cm toksyny Gabyrczewskiego. II-e wstrzyknięcie toksyny wykonano dopiero 14 dnia zamiast 8 z powodu trudności technicznych. 4 i 5 wstrzyknięcia nie uskutecznilo. Po 1-szem wstrzyknięciu surowicy zachorowało dwoje dzieci nieszczepionych, które jakoby błonicy nie przechodziły, a w 18 dni od dokonania szczepienia zachorowało dwoje dzieci pomimo jednorazowego otrzymania surowicy. Więcej przypadków płonicy nie zanotowano. Odczyn Dicka przed szczepieniem był dodatni w 87%, po III-im wstrzyknięciu toksyny w 8 dni był dodatni tylko w 36%. Zahamowanie endemii należy odnieść do szczepienia ochronnego i słusznem byłoby wprowadzenie tego szczepienia drogą ustawą. Zapobiegawczo szczepienie ma znaczenie nie tylko w płonicy, ale we wszelkich stanach chorobowych gdzie istnieje możliwość zakażenia paciorkowcem hemolizującym. Uodpornienie bierne lub czynne chroni przed zachorowaniem. Szczepienie surowicą wysokowartościową na początku choroby może znacznie zmniejszyć okres toksyczny, ale na powikłania nie ma już wpływu. Rezultaty szczepień surowicą paciorkowcową przemawiają za wywoływaniem płonicy przez paciorkowce hemolizujące.

Wanda Franzówna.

Gruźlica.

J. AMMONT. Przyczynek do leczenia gruźlicy złotem. (Paris Méd. № 2/1930).

Obok sanokryzyny i jej naśladownictw francuskich stosował autor preparat złotowy allokryzynę, różniącą się od sanokryzyny składem chemicznym i sposobem podawania, mianowicie, drogą śródmięśniową i podskórną, a nie śródżylną. Poza jednym przypadkiem nagłego podniesienia ciepłoty po zastrzyknięciu, allokryzyna nigdy nie powodowała żadnych odczynów. Do oceny działania preparatów złota w gruźlicy nie nadaje się, zdaniem autora, gruźlica płuc, mająca przebieg dość kapryśny i dająca zmiany fizyczne, trudne do uchwycenia tak dla klinicysty, jak i rentgenologa. Celowi temu bardziej odpowiada gruźlica chirurgiczna, gruźlica stawów, błon surowiczych i skóry. Otrzymywane w tych razach wyniki leczenia allokryzyną są bardzo dobre. Tak, w jednym przypadku daleko posuniętej obustronnej gruźlicy płuc z jednoczesną gruźlicą brodawkową skóry i ujemnym odczynem Pirqueta po 29 zastrzyknięciach allokryzyny nastąpiła bardzo znaczna poprawa objawów płucnych, zmiany skórne prawie całkowicie ustąpiły, a odczyn skórny stał się wybitnie dodatni. W drugim przypadku obustronnych zmian płucnych z podostrem gruźliczem zapaleniem otrzewny typu Fernet-Boulland i ujemną próbą Pirqueta, po zastosowaniu allokryzyny gorączka ustąpiła, płwocina nie zawierała prątków, chory przybrał 5 kg. na wadze, odczyn skórny stał się dodatni, a wszystkie objawy otrzewnowe zupełnie znikły.

Preparaty złota wywierają zabójcze działanie nie tylko na prątki gruźlicze, ale i na krętki blade, wobec czego nadają się specjalnie do leczenia gruźlików, obarczonych ponadto kiłą.

Henryk Landau.

F. HOFFSCHULTE. Leczenie odmą gruźlików rozedmowych. (Wien. klin. Woch. № 34/1930).

W jednym przypadku obustronnej gruźlicy płuc (po jednej stronie włóknistej, po drugiej rozpadowej) z rozedmą wyrównawczą próba założenia odmy sztucznej doprowadziła do powstania odmy podskórnej tak silnego stopnia, że cierpienia chorego trzeba było łagodzić ciągłymi zastrzyknięciami pantoponu. Dopiero po upływie 4 tygodni otwór w tkance płucnej się zamknął, i odma podskórna stopniowo się cofnęła, ale próba nałożenia odmy została okupiona morfinizmem. Odma była robiona w tym przypadku tępa igłą Denckego z boczn.

nym otworem, i być może, gdyby użyto ostrej igły Sang-manna, otwór w tkance płucnej byłby mniejszy i prędzejby się zasklepił.

W drugim przypadku marskiej gruźlicy całego lewego płuca z licznymi jamami i licznych ognisk w prawym szczycie i prawym dolnym płacie, przyszło do pęknięcia pęcherza rozdrownego, wskutek czego powstała samoistna odma wentylowa, powodująca objawy duszenia się chorego. Próby wyssania powietrza za pomocą odpowiednio zestawionego aparatu do odmy nie powiodły się. Dopiero wstawienie trójgrańca, który umocowano nastale przylepcem, doprowadziło do wyrównania ciśnienia wewnętrznego i zewnętrznego i do ustąpienia groźnych objawów. Zamknięcie się wentyla płucnego nastąpiło po 28 godzinach.

Na zasadzie doświadczenia z temi przypadkami przestrzega autor przed zakładaniem odmy u gruźlików z wyrównawczą rozedmą.

Henryk J. Landau.

O. FELSENFELD. Leczenie gruźlicy metodą Ferrána. (Wien. klin. Wschr. № 34/1930).

Ferrán wyhodował z czystych hodowli prątków gruźliczych nieodporne na działanie kwasów streptobakterje, zbliżone właściwościami morfologicznymi i biologicznymi do prątka okrężnicy, a w seryjnych doświadczeniach (t. j. w powtarzanych pasażach przez świnki morskie) wywołujące gruźlicę. Ta „postać alfa“ w odpowiednich warunkach przekształca się w ustroju w postać Kocha. Aby zapobiec tej „mutacji“ zaleca Ferrán uodparnianie ustroju przeciw prątkom alfa, gdyż w nich widzi prawie jedyne źródło prątka Kocha w ustroju a walkę przeciw „gotowym“ zaopatrzonym w otoczkę woskową prątkom gruźliczym uważa za beznadziejną.

Autor rozpoczyna leczenie u chorych niegorączkujących od próbnego zastrzyknięcia 0,05 cm.³ lub 0,1 cm.³ szczepionki pod skórę grzbietu. Dalsze zastrzyknięcia następują w odstępach 3—10 dniowych; ilość wzrasta od 0,1 cm.³ do 0,5 cm.³ — 1,0 cm.³ W razie silnego odczynu wraca się do poprzedniej mniejszej dawki, w razie średniosilnego powtarza się ostatnią dawkę. U gorączkujących zaczyna się od zastrzyknięcia 1 cm.³ surowicy przeciwałfa, po 3 dniach zastrzykuje się 0,05 cm.³ szczepionki, dalej po 3 dniach następuje zastrzyknięcie 1 cm.³ surowicy i znów po 3 dniach 0,05 cm.³, względnie 0,1 cm.³ szczepionki zależnie od stopnia odczynu. Dalsze postępowanie jest takie same, jak u niegorączkujących.

Autor poddał leczeniu tą metodą 108 chorych w wieku od 14 do 78 lat. Wyniki były zależne od stopnia zaawansowania gruźlicy: w I okresie Turbana gruźlicy płucnej poprawa nastąpiła w 96% przypadków, w II okresie — w 70%, a III okresie — w 46%, w gruźlicy pozapłucnej — w 65%.

Wobec tego zaleca autor metodę Ferrána jako nieszkodliwą, a jednak skuteczną w początkowych okresach gruźlicy z dobrymi warunkami odpornościowo-biologicznymi; w dalej posuniętych procesach — w połączeniu ze środkami wzmacniającymi i remineralizującymi; w rozległych zaś zmianach i wysiękowych szybko postępujących przypadkach — w kombinacji z preparatami złota. Za przeciwwskazania uważać należy uogólnioną gruźlicę, stany anergji, silne krwioplucie.

Henryk J. Landau.

Choroby narządów trawienia.

∞ Prof. Hilding BERGSTRAND. Über die akute und chronische gelbe Leberatrophie. G. Thieme. Lipsk. 1930.

W monografji, poświęconej sprawie ostrego i przewlekłego zaniku wątroby, autor omawia etiologję, klinikę oraz — bardzo szczegółowo — anatomję patologiczną wspo-

mnianego cierpienia. Ciężkie to i prawie że zawsze śmiertelne cierpienie początkowo bywa brane za grypę z objawami żółdkowemi, w późniejszym okresie — za t. zw. żółtaczkę kataralną. Dopiero, kiedy pojawiają się groźne objawy cholemi, jak skaza krwotoczna, przewlekły stan zapaści rozmaitego rodzaju wypryski i, wreszcie, zaburzenia świadomości oraz śpiączka — *coma hepaticum*, — cierpienie to daje się rozpoznać jako takie. Ani przebieg początkowego stanu gorączkowego, ani sam charakter żółtaczk lub czas jej trwania nie zawierają cech swoistych tej choroby. Autor zwraca uwagę, że w większości spostrzeganych przypadków stwierdzał nie, jak w zwykłej żółtaczce, zwolnienie, lecz przyspieszenie tętna. Odczyn na obecność kw. aminowych w moczu (leucyna, tyrozyna) za pomocą odczynnika Millona występuje dodatkowo nie we wszystkich przypadkach, i to tylko w stadiach końcowych tego cierpienia.

Autor omawia szczegółowo anatomję patologiczną żółtego zaniku wątroby, bogato ilustrując ją fotografiami własnych przypadków. Opierając się na bogatym doświadczeniu własnym oraz na danych piśmiennictwa, autor uważa zanik wątroby za cierpienie swoiste, wywołane przez nieznaną bliżej czynnik infekcyjny. Cięża, kłta, narkoza oraz inne czynniki toksyczne są li tylko momentem uszababiającym.

Bardzo ciekawą tę monografię uzupełnia dosyć szczegółowy opis kilkudziesięciu przypadków ostrego i przewlekłego zaniku wątroby z danymi klinicznymi i sekcijnymi.

M. Landsberg.

F. MANDL. W sprawie leczenia wrzodu dwunastnicy za pomocą jego wycięcia. (Wien. kl. Woch. № 31-1930).

Na zasadzie analizy materiału operacyjnego, odnoszącego się do wrzodu dwunastnicy, dochodził autor do następujących wniosków:

Również ważnem, jak wskazanie do zabiegu chirurgicznego jako takiego, jest wskazanie do zabiegu na żołądku podczas laparatomji.

Bez wyraźnego wrzodu nie należy wykonywać żadnego zabiegu, również i wycięcia żołądka.

Wycięcie (rezekcja) wrzodu dwunastnicy jest dzisiaj najlepszą metodą, gdyż wraz z usunięciem wrzodu zapobiega ono krwawieniu i przedziurawieniu. Nie zapobiega ono jednak z całkowitą pewnością wystąpieniu wrzodu trawiennego jelit czczych.

Zgodnie z teoretycznymi podstawami fizjologii i chemji żołądka okazuje się celowem usuwanie jamy oddźwiernikowej i oddźwiernika przy każdym wycinaniu wrzodu.

Wycięcie żołądka wraz z wyłączeniem wrzodu (operacja Finstera) wprowadzie przyspiesza gojenie się wrzodu dwunastnicy, ale nie daje całkowitej pewności wyleczenia. Operacja ta nie chroni przed późniejszym krwawieniem, ani też przed wystąpieniem wrzodu trawiennego jelita czczego. Ustępuje ona wycięciu wrzodu dwunastnicy, a nie można jeszcze twierdzić, czy należy ją przekładać nad zespolenie żołądkowo — jelitowe.

Henryk J. Landau

J. CAROLI. Zapalenia okołodwunastnicze krwotoczne z powiększeniem śledziony. (Paris Méd. Nr. 38-1930).

Autor podaje opis trzech przypadków, w których występowały krwawe wymioty, a śledziona była znacznie powiększona. W jednym przypadku wywiady nosiły cechy wywiadów wrzodowych. W dwóch przypadkach operacja, w jednym zaś badanie rentgenowskie wykazały brak wrzodu, natomiast istnienie wzrostu dwunastnicy z woreczkiem żółciowym.

Powiększenie śledziony i krwawe wymioty nasuwają

pewną analogię do choroby Bantiego, w której też istnieją zmiany w znaczeniu *parivisceritis*, a mianowicie: *perisplenitis* i *perihapatitis*.

Ponieważ krwawienia w przebiegu zwykłego nieżytu dwunastnicy nadają mu piętno wrzodu, z drugiej zaś strony obecność zrztów daje miejscowe zmiany radiologiczne, potwierdzające pozornie rozpoznanie wrzodu, ważnem więc jest

stwierdzenie dużej śledziony, która wskazuje, że proces chorobowy ma zakres o wiele bardziej rozległy, że nie chodzi tu o schorzenie, ograniczone do wąskich rozmiarów. Te rozważania mają tem większe znaczenie, że jak wskazuje jeden z przypadków autora, zespolenie żołądkowo — jelitowe może pozostać w tych razach bez dodatknych wyników.

Henryk Landau

Wskazówki praktyczne.

Eppinger miał doskonałe wyniki leczenia *ostrego zapalenia nerek* za pomocą *diatermji*. Stosuje się diatermję o sile prądu 2 — 3 amperów 2 razy dziennie po 2 godziny. (Kl. Woch. 1930 Nr. 44).

—o—

W zwalczaniu *rzucawki ciężarnych*, zdaniem Steinfortha, główny nacisk kłaść należy na zapobieganie. Od 6 miesiąca ciąży djeta uboga w tłuszcz i białko, przeważnie wegetariańska. W razie występowania objawów grożącej rzucawki: nadciśnienie, białkomocz, obrzęki i t. d. — leżenie w łóżku oraz 2 — 3 dniowa absolutna djeta głodowa i bezwodna, ewentualnie upust krwi. Potem dopiero djeta bezsolna. Smak potraw bezsolnych dobrze poprawia Hosal (sól djetetyczna wolna od chlorku sodu) (Mschrf. Geburtsh. 83).

—o—

Sellheim poleca do łagodzenia bólów porodowych *Scopan* (Hirschapotheke, Lipsk), zawierający około połowy

maksymalnej dawki pantoponu i skopolaminy. W okresie otwarcia daje się pół dawki skopanu, a na 30 — 45 minut przed oczekiwaniem przerznięciem się główki — całą dawkę. (Posiedz. Tow. położn. środk. i połudn. Niemiec. lipiec 1930).

—o—

P. Ogintz zaleca ostrożność w stosowaniu *Gynergenu*, który wywołać może groźne powikłania — od parestezji w kończynach do zgorzeli. W przypadku posocznicy połogowej po zastosowaniu 45 ampułek po 0,0005 ginergenu, t. j. po jednej ampułce co 4 godziny w ciągu 14 dni, doszło do zgorzeli palców jednej stopy. (Am. J. Obstetr. 19. Nr. 5).

—o—

Hauser poleca, jako środek *przeciwko krwotokom macicznym*, *Gravitol*, który ma tę wyższość nad sporyszem, że nie wpływa na układ naczyniowy obwodowy, a więc nie grozi wywołaniem zgorzeli nawet w razie działania kumulacyjnego. (W. m. W. 1930 Nr. 41).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

Posiedzenie z dnia 14 października 1930 r.

Obecnych członków Towarzystwa 37, gości 30.

Początek o godz. 8-iej punktualnie.

1. Kol. Prezes odczytał tytuły prac nadesłanych do Biblioteki.

2. Protokół posiedzenia naukowego z dn. 7. X. 1930 r. — przyjęto.

3. Kol. Higier przedstawił przypadek „*Paralysis traumatico-tardiva n. ulnaris*”. (Streszcz. własne). 29-letni piekarz, pracujący przeważnie prawą ręką, obserwuje u siebie od roku postępujący zanik mięśni drobnych kiści (*interossei, lumbricales, hypotenar, adductor pollicis*) bez wybitnego osłabienia siły. Zniekształcenie, *mass en griffe*, kontraktura Dupuytriena, osłabienie pobudliwości elektrycznej wspomnianych mięśni, nieznaczne drętwienie 4 i 5 palców.

Dokładne badanie stwierdza porażenie *n. ulnaris* bez wyrażnej etiologii zakaźnej, toksycznej, urazowej lub zawodowo-piekarskiej.

Badanie zajętego nerwu *in sulco n. ulnaris* stwierdza mocne zgrubienie jego, a zdjęcie rentgenowskie stawu łokciowego odkrywa zniekształcenie wskutek dawno zapomnianego urazu z lat dziecińczych mianowicie oderwanie *condyli externi humeri (Fractura condylia)*. Wskazana jest interwencja chirurgiczna. Taka Späthlingung Niemców, Paralysis tardive francuzów należy do rzadkości, tembardziej, że zanik dzieli od urazu z górą 20 lat.

Kol. N. Prytycki wygłosił odczyt p. t. „*Schorzenia nerwowe w przebiegu niedokrwistości złośliwej a leczenie wątroby*” (streszczenie własne).

Na wstępie prelegent omawia klinikę zaburzeń nerwowych w przebiegu niedokrwistości złośliwej i poszczególne postacie tych zaburzeń. Nieco dłużej prelegent zatrzymuje się nad cierpieniami, umiejscowionymi w rdzeniu kręgowym: zmiany w rdzeniu dotyczą głównie sznurów tylnych i bocz-

nych, a więc wyłącznie istoty białej, nie mają wcale cech zapalnych i polegają na ogniskowym lub o ile sprawa trwa dłużej, powróżkowym zwyrodnieniu rdzenia. Wykładnikiem, klinicznym procesu chorobowego, toczącego się w rdzeniu jest *myelosis funicularis posterior, lateralis lub posterior et lateralis*. Według Lauterbacha *melosis funicularis* w przebiegu niedokrwistości złośliwej może przybierać formy następujące: a) postać spastyczną, b) *ataxia spinalis*, c) *ataxia cerebellaris*, i d) tylko parestezje.

Po pobieżnem zobrazowaniu poglądów na patogenezę i etiologię schorzeń nerwowych w przebiegu n. z., prelegent szczegółowiej rozpatruje stosunek wzajemny tych dwóch cierpień; jest zagadnieniem wysoce ciekawem i niezmiernie zailem znalezienie ogniwa, łączącego obie sprawy. W chwili obecnej ścierają się dwa zasadnicze zapatrywania: według jednego oba cierpienia są zewnętrznym przejawem tej samej zasadniczej choroby, jakiegoś zatrucia ustroju, a zatem są to choroby niejako skoordynowane, zaś według drugiego są to dwa cierpienia, wzajemnie sobie podporządkowane, ale co do czasu niezależne od jakiegokolwiek kolejności, to znaczy że raz mogą wystąpić przedewszystkiem objawy n. z. Innym razem objawy tylko cierpienia nerwowego. Prelegent raczej przychylił się do poglądu pierwszego. Co do częstości występowania zaburzeń nerwowych łącznie lub w przebiegu n. z. według prelegenta, nie sposób wyrobić sobie jednego poglądu na tę kwestię, albowiem statystyki, podawane przez różnych autorów i różne kliniki, tak bardzo się różnią, że gdy np. Türk na 80 przypadków n. z. widział tylko 2 powikłane schorzeniem nerwowym a Gabot na 1200 tylko 129 — inni autorzy, jak Curschmann, Hamilton, Henneberg i inni, określają liczbę powikłań ze strony układu nerwowego w przebiegu n. z. na 75 — 100 procent. Zdaniem prelegenta zasługują na uwagę badania Rosenowa, Seyderhelma i in., które niejako wskazują na to, że zmiany w rdzeniu mogą istnieć od samego początku wystąpienia znamion niedokrwistości złośliwej, lecz mogą nie ujawniać się jakimkolwiek zespołem klinicznym, o ile chory zmarł wsku-

tek natężenia zmian chorobowych we krwi. Naturalnie, nie wolno przytem negować znaczenia momentu konstytucjonalnego, tembardziej, że niektórzy autorzy (Liepelt, Rothe, Mathes) mieli możność obserwowania rodzinnego występowania n. z., powikłanej zmianami w rdzeniu nawet w trzech pokoleniach.

Z kolei prelegent przechodzi do omówienia istoty i wartości teorii wątrobowej w przypadkach n. z., powikłanych zaburzeniami nerwowymi. Prelegent przytacza opinie różnych europejskich i amerykańskich badaczy, którzy stosowali leczenie wątroba w takich przypadkach, oraz ich spostrzeżenia. Prelegent nie zgadza się z twierdzeniem autorów amerykańskich Murphy'ego i Minota, że terapia wątrobową jest leczeniem przyczynowym i uzdrawiającym, oraz z twierdzeniem Pala, że, o ile wątroba będzie we właściwym czasie zastosowana, to nie dojdzie do zaburzeń nerwowych. Na zasadzie własnych spostrzeżeń, co prawda na skąpych jeszcze materiale, oraz na zasadzie licznych doniesień z piśmiennictwa, prelegent przychodzi do wniosku, że wątroba jest środkiem leczniczym objawowym, działającym jednostronnie i to tylko na układ krwiotwórczy, zaś zanotowane przez niego samego i przez innych autorów przypadki poprawy w zakresie centr. układu nerwowego, należy rozpatrywać tylko jako wynik podniesienia siły mięśniowej i ogólnej poprawy.

5. Dyskusja.

Kol. Apfelbaum (streszcz. własne). Skoro prelegent część referatu przeznaczył na omówienie zagadnienia patogenezy n. z., należało podkreślić przedewszystkiem najnowsze poglądy w tej dziedzinie. Zgodnie z temi poglądami czynnik bakteryjny i awitaminoza stanowią I-szy etap badań i odgrywają przypuszczalnie rolę dodatkową, głównie zaś wchodzą w rachubę zaburzenia biochemiczne ustroju, a przedewszystkiem bezsok żołądkowy, wyprzedzający stale wybuch choroby. Upośledzenie konstytucyjne niezawodnie wchodzi tu w rachubę, wpływając na czynność żołądka, wątroby i szpiku. Szereg badań w tym kierunku daje nowe wytyczne lecznictwu n. z. nie tylko wątroba, ale i tkanką żołądkową.

Co się tyczy wpływu podawanej wątroby na n. z., o czym też prelegent mówił, i tu można było potraktować zagadnienie to szerszej, opierając się na nowych statistikach w których mnożą się nie tylko zastrzeżenia w dziedzinie jej skuteczności, ale i ostrzeżenia o jej szkodliwości w szeregu przypadków.

Skoro prelegent już poruszył sprawę pierwszeństwa odkrycia leczenia n. z. wątroba, to nie sięgając do czasów zamierzchłych, o których prelegent wspomina, przypomnę jedynie, że myśl tę podał fizjolog Cooper, wyprzedzając o lat 10 Whipple'a i Minota.

Poprzestając na tych krótkich uwagach na temat patogenezy n. z., nie wchodzącej w zakres dzisiejszego referatu, przejdę do tematu właściwego, t. j. do omówienia szeregu zastrzeżeń w rozważanem przez prelegenta zagadnieniu zaburzeń nerwowych w przebiegu n. z.

Poruszony temat jest obecnie traktowany z największą ostrożnością przez czołowych badaczy w tej dziedzinie, to też uważam wniosek prelegenta za co najmniej przedwczesne i nieuzasadnione wobec nikłego materiału, jakim prelegent operuje (5 przypadków). Hematolodzy, cperujący dziś największym materiałem statystycznym, podają tylko przypadki kazuistyczne, nie wając się nietylko na omówienie skuteczności wątroby na przebieg cierpień nerwowych i psychicznych w n. z., ale nawet na próbę dokładniejszej klasyfikacji tych cierpień. Przyczyna tkwi w tem, że okres badań w tym zakresie jest zbyt krótki, a więc względna liczba przypadków w stosunku do skali cierpień jest zbyt mała.

Za pewnik uważać jedynie dziś można pogląd, że 1) nieznaną neurotoksyna atakuje układ nerwowy i wegetatywny w całości, 2) objawy kliniczne są najczęściej mało wspólne do zmian anat. patol. W zakresie zaburzeń psychicznych, rozciągających się od lekkiej depresji, aż do cięższych psychoz poprzez stany paranoidalne oraz objawy schizofrenji, cierpienia te nie mają żadnego wykładnika w zmianach anat. patol. mózgu, gdzie najczęściej spotykamy stale jednakowe obrazy w postaci ogniskowym zaników komórek kory, glejowacających w różnych miejscach guzków, wreszcie walów komórkowych dookoła martwiących tkanek. Spostrzega się nawet odczyn paradoksalne: leczenie wątroba powoduje zwolnienie choroby, a jednak objawy psychiczne, bądź nerwowe nasilają się.

Zmiany w rdzeniu dotyczą nie tylko, jak prelegent zaznaczył powrózków tylnych i bocznych, lecz niejednokrotnie spotyka się zmiany w rogach tylnych, a nawet przednich. Również nerwy obwodowe ulec mogą pewnemu zwyrodnieniu.

I tu zależności objawów klinicznych od zmian anat. patol. doszukać się jest rzeczą niełatwą, wbrew temu, co prelegent mówił.

Na podstawie większej liczby spostrzeżeń starano się przed 2-ma laty wysunąć koncepcję kliniczną 2-ch typów chorób nerwowych: 1) typu tabetycznego, poddającego się leczeniu wątroba, 2) oraz opornego typu spastycznego. Już dziś jednak w świetle większego materiału klinicznego koncepcja ta zdaje się być nierealną. Względny powyższe naprowadzają niektórych na myśl objawowego grupowania leczonych przypadków, np. przeważa zdanie, że o ile odruchy ścięgnowe są zachowane, wyleczenie jest możliwe.

Z powyższego widzimy, jak chwiejne są w tej dziedzinie poglądy i jak ryzykowne jest wyciąganie wniosków.

Niesłuszna jest uwaga prelegenta, opierająca na jednostronnym materiale statystycznym oraz na własnych kilku przypadkach (nie mogących wchodzić w rachubę), że większość przypadków niedokrewności złośliwej jest dotknięta, a nawet poprzedzona chorobami nerwowymi. Większe statystyki przeczą temu.

Pozatem muszę odrzucić inne wnioski kliniczne prelegenta, jako oparte na znikomym materiale klinicznym i niczem zresztą nieumotywowane, a więc: 1) powiedzenie: „zmiany w rdzeniu były małe, dlatego cofnęły się” — zagadnienie to jest przedmiotem szerokiej dyskusji i nie może być tak łatwo w jednym powiedzeniu rozstrzygane.

2) Wniosek: „leczenie wątrobowe doprowadzić może do cofnięcia się objawów nerwowych” jest nieścisły, gdyż większość zaburzeń nerwowych zachowuje się właśnie opornie na leczenie wątrobowe, jakkolwiek zdarzają się przypadki, podobne do omówionego przez prelegenta (Bubert, Mason i inni).

3) Spostrzeżenie: „żadnego ubocznego działania wątroby na ustrój nie było” jest przedwczesne i ogólnikowe, nad tem zagadnieniem, związanem z patogenezą n. z., toczy się szeroka dyskusja.

Kol. Modrakowski. Przy stosowaniu surowej wątroby lub niedostatecznie oczyszczanych wyciągów, możliwe jest występowanie objawów ubocznych. Do czystych wyciągów należy zaliczyć amerykański preparat Minota do wstrzykiwań. Zastosowanie leczenia wątrobowego niedokrewności złośliwej jest istotną zasługą Minota i Murphy'ego, bo odkryte zostało nanowo, choć Hippokratēs już stosował wątroba. Ciekawą jest rzeczą, czy w przypadkach, w których stwierdzono brak zjawienia się kwasu solnego pod wpływem leczenia wątrobowego, była robiona próba histaminowa i jakie dawała przed leczeniem wyniki. (Streszczenie własne).

Kol. Higier (Streszczenie własne) uważa, niedokrewność złośliwa i jej myelopatie są względnie radsze u nas, niż zagranicą, radsze we Francji i Włoszech, niż w Niemczech i Ameryce. W północnych Niemczech Nonne i Minnich przed laty opisywali dużo takich przypadków z Hamburga, a ostatnio Curschmann z małego miasta uniwersyteckiego (Rostock) 300 obserwacji, amerykańskie operują również materiałem ze stu i więcej spostrzeżeń jednego szpitala żydowskiego. Według częstości kręczą objawy patologiczne w następującym porządku: zmiany we krwi, *achlorhydria*, *glossitis*. Objawy rdzeniowe, mózgowe i psychiczne są o wiele, wiele radsze, ale nieraz poprzedzają wszystkie inne.

Gdzie poprawa występuje, to najbardziej dotyczy ona krwi, najradszej achlorhydrii, objawy zaś nerwowe zajmują miejsce pośrednie. Systemowe czyli układowe cierpienia rdzenia — kombinierter Systemerkrankung — z zajęciem pęczków przedniobocznych, bocznych i tylnych, znane są od bardzo dawna (Kahler — Pick z Wiednia przed laty 40—tu), a nazwę *myelosis funicularis* czyli myelopatii degeneracyjnej w odróżnieniu od *myelitis* czyli sprawy zapalnej wprowadził nie w r. 1928, lecz przed 15—tu laty Henneberg z Berlina.

Higier uważa, że stosowniejsza jest nazwa choroby Biermera, jako nie przesadzająca nic, tembardziej, że sama niedokrewność stanowi tylko jeden z objawów i to niekoniecznie pierwszy w przebiegu choroby.

Ciekawą jest rzeczą, że nie niedokrewność *per se* daje te zaburzenia w układzie nerwowym, gdyż w innych ciężkich krwotokach, ostrych i przewlekłych z następczą niedokrewnością (*anaemia posthaemorrhagica*, *anaemia ex cere gastro-intestinali*, *botrio* — *cephalica*, *haemolytica*, *malarica*, *carcinomatosa*, *heredo* — *luetica*, *pseudoleukaemica*, *leukaemica*) nie znajdujemy tych zmian.

Widocznie jad swoisty wywołuje współzależnie niedokrewność z rozpadem ciałek krwi oraz myelopatie z rozpadem myeliny, gleju i cylindrów osłowych. *Achyilia gastrica*

glossitis chronica nasuwają myśl, że jad, wewnątrz ustroju powstały, wsysa się przez błonę śluzową żołądka i kiszek i działa toksycznie na krew i tkankę nerwową. Pozostaje zagadnienie, dlaczego zwykła *achylia gastrica* w raku żołądka, *lues congenita* i w *potatorum chronicum* nie prowadzi stale do tych uszkodzeń rdzenia. Pierwotna koncepcja neurologów była ta, że nie wylewy do szarej substancji, lecz jad wybiórczy doprowadza do zwyrodnienia wybiórczego poszczególnych torów czyli pęczków. Zmienność, przelotność, obostrzenia i zwolnienia, zobojętnienie jadu przez produkty wątroby przemawiają również za autointoksykacją.

Co do działania wątroby, Higier nie posiada własnego doświadczenia, a z piśmiennictwa opinie brzmią nader rozbieżnie. Amerykanie naogół polecają ogromne dawki wątroby przez 1 do 2 lat bez przerw.

Kol. Filiński (streszczenie własne) oświadcza, że, sądząc z referatu prelegenta i z jego materiału, obejmującego pięć przypadków, i z których trzy były dotknięte poważnym cierpieniem układu nerwowego, można pomyśleć o ich niezwykłej częstotliwości w przebiegu niedokrewności złośliwej. W związku z tem kol. Filiński przytacza dane z materiału I kliniki chorób wewnętrznych U. W. za okres dziesięciolecia. Pomijając częściową lub całkowitą utratę przytomności, którą tłumaczy działaniem toksycznym lub niedokrewnością mózgu, pomijając drobne dolegliwości w postaci słabych pa, restezji, nieznacznego osłabienia odruchów i t. p., kol. Filiński na 30 przypadków widział tylko 3, w których były poważne zmiany w układzie nerwowym. Będąc też przez lat kilka konsultantem kliniki chorób nerwowych U. W., kol. Filiński spotkał tam wogóle 3 przypadki niedokrewności złośliwej, które trafiły do tej kliniki dzięki temu, oczywiście, że miały poważne zmiany w układzie nerwowym.

W leczeniu tych zmian chorobowych w układzie nerwowym, które polegają na zwyrodnieniu, nie można się spodziewać poprawy, chyba tylko wstrzymania dalszego rozwoju sprawy.

Kol. Goldman Mieczysław — starszy na 10 obserwowanych przez siebie przypadków niedokrewności złośliwej nie spostrzegł nigdy sennieści. Leczenie wątroba jest nieswoistym leczeniem objawowym. Przypadki, ulegające po leczeniu wątroba poprawie zarówno pod względem hematologicznym, jak też neurologicznym, mogą znajdować się w okresie przełomu samoistnego.

Kol. Roguski wypowiada się przeciwko przypisywaniu zbyt wielkiej wagi obecności prątków okrężnicy w posiewach zawartości żołądka. Jałowe pobieranie soku żołądkowego jest bardzo trudne. Obecność zaś bakterij w soku żołądkowym, pozbawionym kwasu solnego, wydaje się być zjawiskiem zupełnie zrozumiałym (streszcz. własne).

Kol. W. Orłowski podkreśla, iż klinika rozpoznaje obecnie chorobę Biermera w znacznie wcześniejszym okresie jej rozwoju nawet wtedy, gdy krew zawiera więcej, niż 100 proc. hemoglobiny, a krwinek czerwonych więcej niż 5 milionów. Warunkiem koniecznym dla uznania choroby za chorobę Biermera jest bezsoczność żołądka. Objawy nerwowe w przebiegu omawianego cierpienia spotyka się obecnie częściej, niż dawniej. Dzięki leczeniu wątroba doprowadzamy chorych do okresu rozwiniętych zmian nerwowych, gdy dawniej chorzy umierali już przed wystąpieniem tych zmian. W początkowych okresach choroby Biermera bardzo często występują parestezie. (streszczenie własne).

Kol. Prylucki w odpowiedzi podkreśla istnienie w wyciągu wątrobowym 2 ciał: jednego o działaniu dodatnim, leczniczym, drugiego zaś — szkodliwym. Rozpoznanie neurologiczne u chorych prelegenta było ustalone przez neurologa.

6. Kol. Grott z serji „Badań nad rozpoznaniem cukrzycy” wygłosił doniesienie II p. t. „Znaczenia krzywej cukru we krwi po obciążeniu glukozą dla rozpoznawania i leczenia cukrzycy” (streszczenie własne).

Na podstawie zbadania krzywej cukru we krwi po 50 gr. glukozy u przeszło 200 chorych na cukrzycę w ciągu ostatnich kilku lat autor w następujący sposób streszcza wyniki swej pracy. —

Badanie krzywej cukru we krwi po obciążeniu ustroju 50 gr. glukozy jest, jak dotąd, rozstrzygającym czynnikiem w rozpoznawaniu cukrzycy.

Uniezależniając nas w ocenie przypadku od progu nerkowego, pozwala uniknąć błędów dwójakiego rodzaju:

1) w razie stwierdzenia cukromoczu, powstałego tylko wskutek patologicznie obniżonego progu nerkowego, uniknie-

my rozpoznania, a następnie i zbytecznego leczenia cukrzycy tam, gdzie jej nie ma.

2) w razie braku cukromoczu wskutek nienormalnie wysokiego progu nerkowego u chorych na cukrzycę, krzywa cukru we krwi po obciążeniu ustroju glukozą pozwala wykryć patologiczną przemianę węglowodanową, a co za tem idzie, uchroni lekarza oraz chorego od przeoczenia potrzeby leczenia tam, gdzie ono jest nieodzowne.

Podczas wykonywania próby obciążania ustroju 50 gr. glukozy dokładność badania wymaga:

- 1) by próbę wykonywano na czczo w 12 — 14 godz. po ostatnim posiłku.
- 2) by przynajmniej na 2—3 dni przed próbą badany znajdował się na normalnej mieszanej diecie,
- 3) by przynajmniej na 2—3 dni przed próbą badany prowadził normalny tryb życia i to ze specjalnem uwzględnieniem potrzeby zachowania równowagi psychicznej,
- 4) próbę należy wykonywać w porze normalnego ранnego posiłku,
- 5) podczas próby badany winien znajdować się w spoczynku i unikać zdenerwowania.

Zachowanie powyższych warunków należy specjalnie ściśle przestrzegać w przypadkach, wymagających rozstrzygnięcia co do możliwości istnienia początkowej cukrzycy.

W razie stwierdzenia cukrzycy ocena ciężkości przypadku powinna odbywać się na podstawie wzajemnego porównania wysokości krzywej cukru we krwi oraz cukromoczu. Wysokie krzywe zwykle odpowiadają cięższemu przypadkom cukrzycy, niskie, lżejszym.

Na podstawie porównania 67 krzywych, otrzymanych przed leczeniem u chorych, leczonych djetą tylko (gr. I), oraz 70 krzywych, otrzymanych u chorych, leczonych djetą i insuliną, otrzymano następujące krzywe przeciętne

Czas:	0'	60'	90'	2 g.	3 g.	4 g.	cukromocz.
I	175	310	287	311	200	170	9,42
II	266	402	399	374	337	272	29,47

Liczby wyrażają w miligramach ilości cukru w 100 cm³ krwi.

Krzywe te, jako orientacyjne, wskazują tylko, że, jeśli chory, zbadany przed leczeniem, ma wykres, zbliżony do wykresu gr. I, to istnieje duże prawdopodobieństwo utrzymania go w dobrym stanie przy diecie około W. 100 B. 80, Tl. 120 i 500 gr. zielonych jarzyn, bez insuliny. Jeśli zaś wykres jest zbliżony do krzywej gr. II, to raczej należy oczekiwać równoczesnego stosowania insuliny.

Powtórne wykonanie próby obciążania glukozą u chorego na cukrzycę pozwala porównać zachowanie się przemiany węglowodanowej w ustroju na początku leczenia z chwilą obecną. Możemy w ten sposób stwierdzać cofanie się lub postępowanie choroby naprzód.

W przypadku cukrzycy lekkiej lub w razie wysokiego progu nerkowego, maskującego chorobę, powtórzenie próby stanowi nadzwyczaj cenny argument, dobitnie przekonywający zarówno lekarza, jak i chorego o potrzebie dalszego leczenia cukrzycy.

7. Dyskusja.

Kol. W. Orłowski wyraża zadowolenie, iż prelegent odstąpił od proponowanej przez siebie w roku ubiegłym próby obciążania ustroju węglowodanami przy pomocy miodu. Badanie krzywej cukru we krwi po obciążeniu glukozą jest bardzo wartościowe dla rozpoznania lekkich przypadków oraz pod koniec leczenia dla sprawdzania jego wyników, natomiast w przebiegu leczenia i dla ustalenia ciężkości przypadku krzywa cukru nie ma wielkiego znaczenia. Inne warunki rozstrzygają o ciężkości przypadku, a nawet o leczeniu; ma tu znaczenie przede wszystkim zakwaszenie: miarą jego nie jest jednak ketonuria, a raczej ketonemia. Drugim czynnikiem, odgrywającym rolę w ocenie ciężkości przypadku, jest stan odżywiania chorego; mimo jednakowych krzywych cukru we krwi chorego, źle odżywionego potraktujemy raczej insuliną, gdy otyłemu możemy zalecić parodiową (1-2 dni) nawet głodówkę.

Należy również nadawać znaczenie nie tyle wysokości krzywej cukru, ile czasowi, po którym poziom cukru we krwi powraca do normy; im dłużej trwa wzmożenie zawartości cukru we krwi, tem przypadek należy uważać za cięższy (streszczenie własne).

Kol. Grott (streszczenie własne). Uwagi Pana Prof. Orłowskiego są słuszne i zupełnie zgodne z poglądami, wyrażonymi w mej pracy. Doceniając należycie znaczenie innych metod badania oprócz krzywej cukru we krwi po ob-

ciążeniu glukozy, na wstępie swego referatu zaznaczyłem: „Rozpoznawanie cukrzycy opiera się na 2-ch kategoriach objawów. Do pierwszej z nich zaliczyć należy wszystko to, co nam daje bezpośrednie badanie chorego, połączone z wywiadami i obserwacją, do drugiej zaś dane uzyskane drogą badań pracownianych”, a następnie omawiając znaczenie krzywych przeciętnych, podkreśliłem jeszcze raz to samo w słowach: „Rzecz oczywista, że krzywa cukru we krwi wzięta oddzielnie stanowi tylko jeden z objawów, na których klinicysta musi oprzeć swe wnioski”.

Również podkreśliłem, że najistotniejszą cechą krzywej cukrzyczej stanowi opóźnienie powrotu do normy. O sprawie tej bardziej szczegółowo będę mówił w ostatniej części moich badań.

Być może, że powyższe zdania za mało zostały podkreślone w toku obszernego referatu, wobec czego łatwo mogły uciec uwagi słuchacza. Dlatego też jestem bardzo wdzięczny Panu Profesorowi za zwrócenie mi uwagi na potrzebę lepszego uwydatnienia moich poglądów.

Jedynie co do próby miódowej, podanej przezemnie przed rokiem, muszę sprostować, że zaszło tu pewne nieporozumienie. Obciążenie ustroju rano naczczo w postaci: 100 gr. miodu, 75 gr. bułki i 2 szklanek herbaty nieocukrzanej zaproponowałem nie dla oznaczenia krzywej cukru we krwi, lecz jedynie, jako próbne śniadanie węglowodanowe, po którym w praktyce powinno się badać mocz, oddany w 2 godz. później, na zawartość cukru. Należy tak postępować dlatego, że ujemny odczyn na cukier w moczu tylko wtedy ma znaczenie, gdy badamy mocz, oddany w 2 godz. po obciążeniu węglowodanami.

Według moich poglądów, wygłoszonych tu przed rokiem, miód ma służyć do wyeliminowania z pośród ludzi zdrowych osoby z podejrzanym cukromoczem. W razie najmniejszego podejrzenia co do możliwości istnienia cukrzycy, lub w razie stwierdzenia jakiegokolwiek cukromoczu, dla dalszego różnicowania przypadku zawsze proponowałem i proponuję zbadanie krzywej cukru we krwi po obciążeniu ustroju 50 gr. glukozy.

Posiedzenie zakończono o godz. 11-tej.

Prezes: Witold Orłowski.

Sekretarz doroczny: Jan Roguski.

Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.

Jednym z referentów na 21-ym Zjeździe medycyny francuskiej we wrześniu r. b., był Bickel z Genewy, który mówił o *stosowaniu insuliny w leczeniu schorzeń sercowo-naczyniowych*. Wspominał on o tem, że dawno już notowano działanie hipotensyjne wyciągów z trzustki, niezależne wyłącznie od obecności histaminy i choliny. Wiadomo już obecnie, że pod wpływem insuliny po krótkotrwałym wzmożeniu się ciśnienia następuje jego spadek, poczem ciśnienie znów wzrasta, co odpowiada wystąpieniu hipoglikemii. Aczkolwiek referent podziela zdanie Villareta i jego współpracowników, według którego działanie hipotonizujące wyciągów trzustkowych jest zależne od obecności peptonów, histaminy, choliny i jest naogół niewielkie, jednak sądzi, że odpowiednie stosowanie insuliny może okazać się skuteczne w pewnych stanach nadciśnienia, działając na metabolizm. Przemiana węglowodanowa często ulega zaburzeniu w tych stanach, powodując hiperlikemję, bądźto naskutek miażdżycy tętniczej trzustki, bądź też skutkiem skurczu tych naczyń. Insulina, dzięki swemu działaniu troficznemu dostarcza widocznie tętniczkom trzustkowym niezbadanych substancji, wpływając tą drogą lepiej, niż można było osiągnąć samem ograniczeniem węglowodanów, i prowadząc do spadku ciśnienia. Na skutek tych samych przesłanek widywał B. dobry wynik stosowania insuliny w ciężkich postaciach miażdżycy, w których można było się obawiać zatkania naczyń. Podobnie działa insulina w przypadkach *arteriitis obliterans*, *arteriitis juvenilis*, w pewnych postaciach zgorzeli kończyn samoistnej. W *angina pectoris* B. widział również dobre skutki stosowania insuliny, choć nie takie, jak to opisywali Vaquez i jego uczniowie. I tu najlepiej reagują przypadki z zaburzeniami przemiany węglowodanowej. Tam, gdzie tego nie ma, należy podawać jednocześnie dostateczne ilości węglowodanów, by nie wywołać ciężkich napadów anginowych przez zmniejszenie rezerwy glukozy w mięśniu sercowym.

Wreszcie u osób starszych insulina może okazać się wielce korzystną przez naprawę metabolizmu węglowodanowego i cholesterynowego, uszkodzonego skutkiem zmniejszonej czynności wewnątrzwydzielniczej trzustki. Jest to więc swego rodzaju opoterapia na wzór leczenia obrzęku śluzakowatego czy menopauz.

Z j a z d y

Międzynarodowa organizacja przeciwjaglicza.

XIII Międzynarodowy Kongres Okulistyczny, obradujący w 1929 roku w Amsterdamie, uznał, że zagadnienie jaglicy ze względu na jego rozległość i doniosłość winno być przedmiotem troski oddzielnej międzynarodowej Organizacji, ściśle współpracującej z międzynarodową Radą Okulistyczną. Jednocześnie Kongres powołał komitet organizacyjny na czele z profesorem Emilem Groszem (Budapeszt), jako prezesem, i Dr. F. Wibaut (Amsterdam), jako sekretarzem, któremu polecił przygotowanie statutu i ostateczne ukonstytuowanie tej instytucji.

Komitet organizacyjny w szybkim tempie przeprowadził prace przygotowawcze oraz nawiązał kontakt z organizacjami okulistycznymi przeciwjagliczmi w różnych krajach i uzyskał od nich poparcie dla zamierzonej organizacji. W celu formalnego ukonstytuowania tej organizacji komitet organizacyjny zaprosił wyznaczonych przez różne organizacje okulistyczne delegatów ze wszystkich krajów, najbardziej zainteresowanych sprawą jaglicy, na konferencję konstytucyjną. W dniu 26 lipca 1930 roku odbyło się w Genewie w pałacu Ligi Narodów organizacyjne zebranie międzynarodowej organizacji przeciwjagliczej pod przewodnictwem Prof. E. Grosza z udziałem 40 delegatów, reprezentujących 21 krajów, oraz zaproszonych gości w charakterze obserwatorów, a mianowicie: Prof. Van der Hoeve, prezesa międzynarodowej Rady Okulistycznej, Dra Lutrario i Dra Gaala, przedstawicieli Komitetu i Sekcji Higieny Ligi Narodów i Prof. Dr. Lapersonnera i Dra Humbert'a, przedstawicieli Międzynarodowej Organizacji dla zapobiegania ślepotcie.

Delegatami Polski byli: Prof. J. Szymański, Marszałek Senatu, i Dr. M. Zachert, kierownik referatu zwalczania jaglicy w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych.

Przedmiotem narad konferencji były wyłącznie sprawy administracyjne, a mianowicie:

1. Przyjęcie statutu i utworzenie międzynarodowej organizacji przeciwjagliczej.
2. Wybór Komitetu Wykonawczego.
3. Ułożenie programu na najbliższą przyszłość.

Opracowany przez Komitet Organizacyjny statut Międzynarodowej Organizacji Przeciwjagliczej po przeprowadzeniu wyczerpującej dyskusji i wprowadzeniu szeregu poprawek został jednogłośnie przez wszystkich delegatów przyjęty i w ten sposób Międzynarodowa Organizacja Przeciwjaglicza została formalnie zawiązana.

Wszyscy delegaci, obecni na tem zebraniu, zostali uznani za założycieli organizacji i pierwszych jej członków. Nowi członkowie będą przyjmowani przez Komitet Wykonawczy na wniosek odpowiednich organizacji krajowych. Do obowiązków członka należy: a) wpłacenie składki rocznej w wysokości 10 fr. sz. i b) popieranie zadań i działalności organizacji.

W myśl statutu organizacja ma za zadanie:

- a) ułatwiać współpracę poszczególnym krajowym organizacjom przeciwjagliczym;
- b) współpracować z międzynarodowymi organizacjami higieny publicznej w zakresie zwalczania jaglicy;
- c) podejmować i inicjować studia nad poszczególnymi zagadnieniami, dotyczącymi jaglicy;
- d) badanie metod zwalczania jaglicy, popieranie i propagowanie ich;
- e) urządzenie konferencji dla ustalenia podstaw naukowych walki z jaglicą, wyśniewania etjologii, rozpoznawania leczenia i zapobiegania tej chorobie, jak również spraw naukowych i socjalnych, z tem związanych, i wreszcie dla opracowywania niezbędnych projektów prawnych zarządzeń.

Dla wykonania tych zadań i kierowania działalnością or

ganizacji został powołany zgodnie ze statutem na 5 lat Komitet Wykonawczy w następującym składzie:

Prezes — Prof. Emil Grosz (Budapeszt).

Wiceprezisi: Prof. Angelucci (Neapol); Prof. Birch-Hirschfeld (Królewiec); Dr. Mac Callan (Londyn); Prof. Marquez (Madryt); Dr. V. Morax (Paryż); Dr. Park Levis (Buffalo); Prof. Szymański (Wilno); Sekretarz Generalny — Dr. Wibaut (Amsterdam); Sekretarz — Dr. Tewfik (Kair); Członkowie: Dr. Brandes (Anvers); Prof. Kadlicky (Praga); Prof. Dr. Lapersonne (Paryż); Prof. Myashita (Tokio); Prof. Van der Hoeve (Leida).

Prócz tego powołano do Komitetu Wykonawczego w charakterze obserwatorów Dra Jita i Dra Lutrario, członków Komitetów Higieny L. N.

Po dokonaniu tych czynności organizacyjnych przystąpiono do omówienia programu prac Komitetu na najbliższą przyszłość. Sekretarz Komitetu Dr. Wibaut odczytał na ten temat obszerny referat o zadaniach Międzynarodowej Organizacji Przeciwigagliczej i zakreślił Komitetowi Wykonawczemu prace następujące do wykonania w najbliższej przyszłości:

1. Nawiązanie współpracy z rządami wszystkich krajów, zainteresowanych jaglicą, przez:

- a) zawiadomienie ich o powstaniu Międzynarodowej Organizacji Przeciwigagliczej i jej celach;
- b) wskazanie na ważność jaglicy oraz na niebezpieczeństwo i szkody, wynikające z jej rozpowszechnienia się;
- c) wskazanie na skuteczność akcji, podjętej przeciwko jaglicy przez różne państwa i konieczność dla tem skuteczniejszego jej zwalczania prowadzenia systematycznej akcji centralnej międzynarodowej;
- d) zapewnienie organizacjom narodowym (krajowym) wszelkiej pomocy przy organizowaniu akcji;
- e) zwrócenie się do wszystkich rządów w myśl postanowienia Komitetu Higieny Ligi Narodów (C. 158 1930 III. str. 7 paragraf 8) o udzielanie Międzynarodowej Organizacji Przeciwigagliczej jak najwyższego poparcia moralnego i materialnego.

II. Utworzenie międzynarodowego archiwum (biblioteki) jagliczego z wszelkich wydawnictw i publikacji, dotyczących ja-

glicy, oraz publikowanie przeglądu prac, poświęconych jaglicy, w najważniejszych periodykach okulistycznych.

III. Przystąpienie do opracowania następujących problemów naukowych:

- a) etiologia mikro-biologiczna jaglicy,
- b) rola konstytucji w jaglicy,
- c) jaglica początkowa u dzieci, i
- d) przeprowadzenie ankiety wśród okulistów wszystkich krajów w sprawie jaglicy początkowej, a w szczególności co do:

1. rozpoznawania jaglicy u dzieci przed ukazaniem się powikłań.
2. częstości występowania takich form wśród ludności wogóle,
3. czasu trwania form początkowych przed ukazaniem się powikłań.

Komitet Wykonawczy opracowanie ankiety i tych tematów poruczy odpowiednim referentom, którzy wyniki swych prac przedłożą na sesji Międzynarodowej Organizacji Przeciwigagliczej, która odbędzie się w Madrycie w 1932 r. jednocześnie z XIV Międzynarodowym Kongresem Okulistycznym.

W celu umożliwienia wszechstronnego wyczerpania tematu i gruntownej dyskusji na kongresie referaty te wcześniej zostaną opublikowane i rozesłane wszystkim członkom Międzynarodowej Organizacji Przeciwigagliczej.

W razie, jeśli delegaci uważali za stosowne wysunięcie na najbliższe posiedzenie Międzynarodowej Organizacji Przeciwigagliczej jeszcze innych problemów, sekretariat prosi o wcześniejsze ich zgłaszanie w celu umożliwienia innym delegatom odpowiedniego przygotowania się.

Ten program prac po dłuższej dyskusji został przyjęty i na tem właściwa główna część została wyczerpana.

W drugiej części Dr. Olitsky (New York) z Instytutu Rockefellera wygłosił odczyt „o doniosłości odkrycia łasecznika jaglicy przez Noguchiego”, Dr. Addario (Palermo) demonstrował preparaty histologiczne proliferacji naczyń w jaglicy i Dr. Mayon (Londyn) fotografie, ilustrujące organizację szpitała jagliczego dla dzieci w Londynie.

(—) Dr. Marjan Zacher t.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Z zagadnień epidemiologicznych doby obecnej*)

Podał

Stanisława ADAMOWICZOWA (Warszawa).

I. Nagminne zapalenie mózgowia.

Cały szereg chorób zakaźnych znany jest oddawna, nieraz od tysiącleci, widzimy jednak, iż obok tego powstają inne choroby lub odżywają stare, co do których byliśmy pewni, że wyginęły doszczętnie.

Do liczby tych chorób zapomnianych „maladies éteintes qui renaissent”, jak je określa Ch. Anglada, należy również nagminne zapalenie mózgowia. Choroba ta wzbudzała zawsze żywe zainteresowanie, być może, dlatego, iż jak słusznie zaznacza von Economo najbardziej przykuwają naszą uwagę zwykle te objawy chorobowe, które pozornie są tylko pogłębieniem normalnych przejawów życiowych.

Stale poprzez wszystkie niemal wieki spotykamy wzmianki o występowaniu *encephalitis lethargica*, ostatnia fala epidemiczna poprzedzała wielką pandemię grypy 1918 roku.

Epidemia nagminnego zapalenia mózgowia pojawiła się w czasie wojny w kilku państwach, przede wszystkim we Francji i w Austrii. W kwietniu

1917 roku Cruchot na posiedzeniu Société médicale des Hôpitaux wspomniał o 40 przypadkach *encephalitis lethargica*, obserwowanych w zimie 1915—16 roku w Verdun. W 1916—17 roku epidemia wystąpiła w Wiedniu i ogarnęła całą Austrię. Potem fala epidemii przerzuciła się do innych krajów, porażając je w różnych okresach czasu. Najwięcej ucierpiały kraje północne, liczba zachorowań na 100.000 ludności wynosiła w Szwecji 25,6, w Finlandji wznosiła się do 32,5.

W Anglii pierwsze nasilenie epidemii miało miejsce w 1921 roku. Zgłoszono wtedy 1.470 przypadków. Epidemia doszła do szczytu w 1924 roku, kiedy zameldowano 3,039 przypadków. Ta druga fala nawiedziła również Szkocję, powodując 631 zachorowań. Od tego czasu następuje w Wielkiej Brytanji powolny spadek epidemii, który trwa dotąd.

We Włoszech, Szwajcarii i Danii epidemia wzbuchła z wielką siłą w 1920 r. Po pewnym spadku fala wzmogła się ponownie w roku 1924—25, nie była jednak tak potężna, jak pierwsza, potem zaznacza się stały spadek. W Czechosłowacji największa liczba zachorowań miała miejsce w 1923 roku, i od tego czasu liczba przypadków *encephalitis lethargica* stale utrzymuje się na wysokim poziomie. W Związku Sowieckich Republik Rad największą liczbę przypadków

*) Oparte na danych Sekcji Higieny Ligi Narodów.

TABLICA N. I.

Zachorowania i zgony z nagminnego zapalenia mózgowia w latach 1919 — 1929

P A Ń S T W O	1919		1920		1921		1922		1923		1924		1925		1926		1927		1928		1929	
	Zach.	Zgony	Zach.	Zgony	Zach.	Zgony	Zach.	Zgony	Zach.	Zgony	Zach.	Zgony	Zach.	Zgony	Zach.	Zgony	Zach.	Zgony	Zach.	Zgony	Zach.	Zgony
Anglia z Walją .	541	290	890	471	1.470	729	454	339	1.025	531	5.039	1.407	2.635	1.372	2.267	1.325	1.617	1.155	1.318	1.072	1.042	1.037
Dania .	—	—	223	—	138	57	42	39	87	30	107	57	150	76	72	65	116	—	105	—	139	—
Szkocja (16 miast) .	—	—	—	—	—	61	—	45	—	125	631	181	206	154	194	169	130	117	127	114	78	115
Finlandja .	—	—	239	—	1.095	—	46	—	83	—	43	—	31	—	13	—	6	—	5	—	2	—
Włochy .	—	—	5.009	—	278	—	477	—	277	—	619	—	681	—	450	—	347	—	253	—	227	—
Norwegia (miasta) .	—	—	—	—	55	—	7	—	10	—	10	—	14	—	15	—	5	—	16	—	20	—
Holandja .	—	—	—	—	—	85	—	47	—	41	35	53	120	59	85	59	101	64	67	47	85	39
Szwecja .	—	5	352	134	1.512	370	192	79	530	181	301	119	198	114	153	107	129	91	144	80	136	—
Czechosłowacja .	—	—	—	—	—	—	150	59	366	119	97	32	141	29	35	25	71	19	51	26	72	32
Szwajcaria .	—	—	—	290	—	79	—	42	—	103	—	78	—	70	—	55	—	44	—	49	—	45
Związek Sow. Rep. Rad	—	—	—	—	—	—	—	—	960	—	2.076	—	2.132	—	2.362	—	1.296	—	1.778	—	1.589	—
Stany Zjedn. Ameryki	—	—	—	—	—	1.334	—	1.242	—	1.939	—	1.410	—	1.630	—	1.499	—	1.326	—	1.260	—	—

zgłoszono dopiero w 1926 roku, co jest zapewne w pewnej mierze wynikiem ulepszonej rejestracji.

Z chwilą spadku nasilenia, zarówno pierwotnej fali, jak i fali wtórnej 1924—25 roku, zapadalność na nagminne zapalenie mózgowia zmniejszyła się nietylko we wszystkich krajach europejskich, ale, chociaż znacznie wolniej, i w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej.

W latach późniejszych Japonia była jedynym krajem, w którym nowe dość silne fale epidemiczne powstały w roku 1926 i 1929. Podczas epidemii 1929 roku w ciągu dwóch miesięcy sierpnia i września zachorowało 2.000 osób (6,551 w 1924), z których zmarło 52,8 proc.

Tablica Nr. II daje podział zachorowań w Japonii w 1929 roku według wieku.

TABLICA Nr. II.
Japonia. Zapadalność, umieralność i śmiertelność z nagminnego zapalenia mózgowia w 1929 roku.

Grupy wieku	Ogółem	0—9	10—19	20—29	30—39	40—49	50—59	60—69	70—
Liczba przypadków na 100.000	1.931 3,23	264 1,74	192 1,52	143 1,51	142 1,98	150 2,39	247 2,56	381 13,31	412 23,86
Liczba zgonów na 100.000	1.019 1,71	96 0,63	75 0,59	67 0,71	66 0,92	76 1,21	137 3,08	225 7,86	277 16,04
Śmiertelność w ‰	52,77	36,36	39,06	46,85	46,48	50,67	55,47	59,06	67,23

Tablica wykazuje, że współczynnik zapadalności, umieralności i śmiertelności wzrasta z wiekiem. Zarejestrowane przypadki *encephalitis lethargica* dla wszystkich grup wieku — wynoszą 3,2 na 100.000, wahając się od około 2 w grupach wieku poniżej 40, — do 23,9 w grupie wieku 70 i wyżej. Śmiertel-

ność wynosiła około 30 proc. poniżej lat 20-u, 50 pr. w grupie wieku 40 — 50 i 70 proc. w wieku lat 70 i wyżej.

Z krajów europejskich w 1929 roku najwięcej ucierpiał Danja (3,9 przypadków na 100,000 ludności), Szkocja (3,2 w miastach), Anglja i Walja (2,6), wreszcie Szwecja (2,2). Zapadalność w Finlandji, uprzednio bardzo wysoka, w 1929 roku należała do najniższych (0,1).

Epidemie nagminnego zapalenia mózgowia ostatniego dziesięciolecia posiadały, przynajmniej na początku, wyraźnie zaznaczone sezonowe okresy nasilenia. W Europie szczyt epidemji przypadał zwykle na pierwsze dwa, trzy miesiące roku. Jednakże od roku 1925 regularny wzrost nasilenia sezonowego zaczyna stopniowo zanikać, chociaż liczba zgłoszonych zachorowań jest zwykle wyższa w pierwszym półroczu, niż w drugim.

W Japonji spotykamy się z odmiennym stanem rzeczy. Epidemja nagminnego zapalenia mózgowia dochodzi tam do najwyższego punktu nie w lutym, lub w marcu, jak w Europie, ale w sierpniu i wrześniu, a pierwsze miesiące roku należą do najpomyślniejszych. Nie od rzeczy będzie wspomnieć, iż w najbardziej porażonych prowincjach japońskich nie spotyka się wcale przypadków nagminnego zapalenia mózgowia pomiędzy jedną a drugą epidemją; tymczasem w wielkich miastach, jak na przykład Tokio lub Osaka, gdzie epidemie zwykle nie przybierają większych rozmiarów, sporadyczne przypadki spotykają się stale. Natomiast na południowej półkuli w Nowej Zelandji i Australji nie można uchwycić stałego rytmu epidemji; każdego roku fala dochodzi do szczytu w innym okresie czasu.

Reasumując, powiedzieć należy, iż w ciągu ostatnich paru lat epidemja nagminnego zapalenia mózgowia wykazuje wszędzie znaczny spadek. Zaznaczyło się to wyraźnie już w roku 1929, wzmożło się zaś jeszcze bardziej w ciągu pierwszego półrocza 1930 roku we wszystkich krajach, z wyjątkiem Holandji. Zasługuje również na uwagę, iż zmniejszenie się liczby zachorowań wystąpiło zarówno w krajach, które były widownią prawdziwych epidemji, jak również w tych, w których można było mówić zaledwie o zwiększeniu się liczby zachorowań na *encephalitis lethargica*.

Pamiętać jednakże trzeba, iż nagminne zapalenie mózgowia nie wygasło zupełnie, że przybrało tylko formę endemiczną. Z uwagi na brak dostatecznych wiadomości epidemicznych, dotyczących tego schorzenia oraz wysokiej śmiertelności przypadków rozpoznanych, służba zdrowia winna stale i bacznie śledzić rozwój wypadków w omawianej dziedzinie.

II. Nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

Porównywanie liczb, dotyczących szerzenia się nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w różnych krajach, jest ogromnie utrudnione z uwagi na różnice w: 1) stanie rejestracji chorób zakaźnych i przyczyn zgonów, 2) zaopatrzeniu ludności w pomoc lekarską, 3) udostępnieniu rozpoznania bakteriologicznego itd. Jednakże istniejące liczby pozwalają na zapoznanie się z rozwojem wypadków w poszczególnych krajach oraz na zorientowanie się w rozmieszczeniu geograficznem nagminnego zapalenia

opon mózgowo-rdzeniowych w okresie ostatnich lat kilku.

Pierwszym wnioskiem, jaki się nasuwa przy badaniu tych liczb, jest nieregularność i, jak to określa Biuletyn Sekcji Higieny, „brak logiki” występujących zjawisk. Nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych nie poraża specjalnie żadnej części świata, żadnej grupy państw, trudno zorientować się w przebiegu fali epidemicznej, wysoki współczynnik zapadalności w jednym roku nie pociąga za sobą spadku w następnym, ani też odwrotnie.

Ogólna liczba przypadków w 60 krajach, z których Sekcja Higieny posiada dane, wynosiła w 1929/30 roku 17.180 w porównaniu z 16.165 w roku poprzednim. W 14 krajach liczba zachorowań wzmożła się w 1929/30 r., w niektórych nawet bardzo wyraźnie. Do tych krajów nie pozostających ze sobą w żadnym związku, należy Litwa, Algier, Sudan, Meksyk, Jawa. Na Jawie epidemja wybuchła nagle na niewielkim, wyraźnie ograniczonym terenie i równie szybko znikła. Na Litwie liczba zachorowań wzrosła w ostatnim roku o 300% i utrzymuje się nadal na wysokim poziomie. W Sudanie znaczna liczba przypadków występowała już od 1926 roku, a znaczne bardzo wzmożenie się fali epidemicznej nastąpiło w 1929 roku.

T A B L I C A Nr. I.

Zapadalność na nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych w niektórych państwach w latach 1926 — 1930.

P A Ń S T W O	Okres sprawozdawczy			
	1/VII 1926 — 30 VI 1927	1/VII 1927 — 30 VI 1928	1/VII 1928 — 30 VI 1929	1/VII 1930 — 30 VI 1929
Niemcy	780	846	993	769
Anglja i Walja	479	421	582	624
Danja	127	92	91	93
Szkocja (16 miast) . .	220	265	390	400
Francja	432	376	429	413
Włochy	463	461	754	516
Łotwa	36	70	110	106
Litwa	10	31	13	50
Holandja	103	113	123	162
Polska	483	684	800	712
Szwecja	131	140	127	96
Szwajcarja	43	42	79	37
Rodezja Północna . .	6	28	60	133
Rodezja Południowa .	7	29	64	59
Sudan ang. egip. . .	449	16	430	1.276
Japonja	384	320	306	303

Przykład Sudanu i innych państw zdaje się wskazywać, że, o ile zakażenie ludności dosięgnie pewnego poziomu, spadek krzywej następuje bardzo wolno. W ośmiu krajach, w których współczynnik zapadalności 1929/30 roku przekraczał 3 na 100.000, liczby z 1928/29 nie były niższe, czasem nawet wyższe.

T A B L I C A Nr. II.

Śmiertelność z nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w pięciu państwach: 1924 — 1929 r.

P A Ń S T W O		1924	1925	1926	1927	1928	1929
Niemcy	Zach.	742	758	703	830	823	995
	Zgony	458	448	417	474	451	450
	‰	61,7	59,1	57,1	57,1	54,8	45,2
Szkocja	Zach.	170	157	188	269	281	466
	Zgony	62	58	74	99	105	227
	‰	36,5	36,9	39,4	36,8	37,4	48,7
Polska	Zach.	414	396	543	489	715	869
	Zgony	256	181	281	181	223	259
	‰	61,8	45,7	51,7	37,0	31,2	29,8
Japonja	Zach.	1,349	445	401	331	296	350
	Zgony	849	272	253	215	179	206
	‰	62,9	61,1	63,1	65,0	60,5	58,9
Nowa Zelandja	Zach.	31	27	35	22	23	28
	Zgony	13	9	4	2	2	8
	‰	41,9	33,3	11,4	9,1	8,7	28,6

Najwyższy współczynnik zachorowań 1929/30 r. dała Szkocja (miasta), wynosi on aż 16,5 na 100.000 (Glasgow 29,3). Podobnie wysokie liczby spotykamy tylko w okręgu miejskim Düsseldorf w Niemczech (15,7).

Co do sezonowego nasilenia epidemii nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, występuje ono przeważnie w pierwszej połowie roku. Tylko w Rodezji i Japonji epidemia dochodzi zwykle do szczytu we wrześniu. Ponieważ te dwa kraje znajdują się na dwu różnych półkulach, poszukiwanie przyczyny tego podobieństwa w warunkach atmosferycznych wydaje się mało uzasadnione. Uwagi te mają szczególne znaczenie dla kraju, w których nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych istnieje endemicznie, i gdzie się zmienia tylko stopień nasilenia choroby (np. Niemcy). Maksimum endemiczne trwa tam zwykle od marca do maja. O ile epidemia wybuchła nagle, nie pozostaje ona przeważnie w związku z nasileniem sezonowym (Rodezja, Sudan, Litwa).

Statystyka zgonów z nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych ze względów, podanych na początku artykułu, nie nadaje się również do porównań w drodze międzynarodowej.

Tablica Nr. II. wykazuje śmiertelność z tej choroby w 5-ciu krajach, na których statystyce można polegać.

Zostaliśmy zaszczytnie wyróżnieni: w liczbie tych 5-ciu państw umieszczona została i Polska. Musimy jednak sobie powiedzieć, że na wyróżnienie to bynajmniej nie zasłużyliśmy. Nie mówiąc już o całym terenie kraju, w stosunku do statystyki nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, nie możemy oprzeć się na danych większych miast, nawet ze stolicy.

W Państwowej Szkole Higieny przeprowadzone zostały badanie na materiale warszawskim z 1926 roku, zmierzające do wyjaśnienia dokładności rozpoznania przypadków nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.

Stwierdzono, co następuje: dla diagnozy prawie wyłącznie jest stawiana klinicznie, w świadectwach zgonów rozpoznawanie jest najczęściej podane niedokładnie. Na 190 zgonów z rozpoznaniem „meningitis” w 89 przypadkach był użyty ogólnikowy wyraz „meningitis”, w 38 — *meningitis cerebrospinalis epidemica*, w 15 — *meningitis cerebrospinalis*, w 48 — *meningitis* różnych rodzajów. Niewątpliwie grupa „meningitis” jest bardzo niejednolita pod względem etiologicznym, i można przypuścić, że zawiera również przypadki drętwicy karku. A już z całą pewnością można powiedzieć, że prawie wszystkie przypadki *meningitis cerebrospinalis* należą do grupy „epidemic”, co potwierdzają klinicyści. Bliższe zaznajomienie się z materiałami szpitalnymi wykazuje, iż nawet na kartach szpitalnych drętwica karku jest niekiedy utożsamiana z zapaleniem nagminnym mózgowia. Niestety, trudno polegać na takiej statystyce.

Tablica Nr. II wykazuje znaczne różnice w krzywej śmiertelności poszczególnych państw. W niektórych krajach, np. w Szkocji i Japonji, krzywa utrzymuje się stale na jednym poziomie, w innych, np. Niemcy, Polska, zwolna opada (w Polsce jest to wyrazem stale choć wolno ulepszającej się rejestracji), w innych jeszcze krajach np. w Nowej Zelandji w rozwoju krzywej niema żadnej prawidłowości.

Porównyując rozwój krzywej zachorowań z krzywą śmiertelności, widzimy, że stosunek tych dwóch krzywych jest inny w różnych krajach, w niektórych z nich, np. w Szkocji, przebieg obu krzywych jest jednakowy, w innych, jak na przykład w Niemczech, śmiertelność jest najwyższa w miesiącach jesiennych i zimowych, tymczasem krzywa zachorowań wtedy spada. Podobne zjawisko spotykamy również w Japonji, i tu śmiertelność nie jest najwyższa w okresie największego nasilenia epidemii lub bezpośrednio potem, lecz w miesiącach zimowych.

Wiadomości bieżące

— Państwowa Szkoła Higieny.

Rok szkolny 1930/31.

Kurs Nr. 71.

P R O G R A M

VI-go kursu trachomatologii i organizacji walki społecznej z jaglicą od dnia 9—17 grudnia 1930 r.

Kierownik Kursu: Dr. M. Zachert.

I. W y k ł a d y.

	Godz.
1. Rola medycyny zapobiegawczej w jaglicy. Dr. W. Chodźko	1
2. Współczesne poglądy na istotę jaglicy. Prof. J. Szymański (Wilno).	1
3. Objawy i przebieg kliniczny jaglicy. Prof. Kapuściński (Poznań).	2
4. Patogeneza jaglicy. Prof. H. W. Melanowski	1
5. Epidemiologia jaglicy. Dr. M. Zachert	2
6. Jaglica, jako przyczyna ślopoty. Prof. Melanowski	1
7. Leczenie nieżyłtów spojówki. Dr. Z. Wojno	2
8. Leczenie jaglicy prostej. Dr. M. Zachert	2
9. Leczenie operacyjne jaglicy. Prof. Melanowski	1
10. Zasady zwalczania i zapobiegania jaglicy. Dr. M. Zachert	2
11. Organizacja i zadania przychodni przeciwjagl. Dr. M. Zachert	2
12. Seminarjum dyskusyjne: Zadania lekarza w zwalczaniu jaglicy	3
Razem godzin	20

II. Z a j ę c i a p r a k t y c z n e.

Zajęcia praktyczne w zakresie rozpoznawania i leczenia jaglicy odbywać się będą:

a) na oddziałach:

1. Kliniki Ocznej Uniwersytetu Warszawskiego (4 godz.).—Elektoralna 12.
2. Instytutu Oftalmicznego—(4 godz.).—Smolna 8.
3. Szpitala Ujazdowskiego—(2 godz.).—Górnośląska 45.
4. „ Starozakonnych. — Czyste Dworska 17. — (2 godz.).

b) w przychodniach przeciwjagliczych:

1. I-go Ośrodka Zdrowia — Puławska 91 — (4 godz.).
2. II-go „ „ — Górnośląska 26 — (4 godz.).
3. III-go „ „ — Spokojna 15 — (4 godz.).
4. VIII-go „ „ — Grochowska 36 — (4 godz.).

c) Wycieczki do Ośrodków Zdrowia w celu zapoznania się z organizacją medycyny zapobiegawczej (2 godz.). Razem godzin 30.

Zajęciami kierować będą pp. Ordynatorzy poszczególnych oddziałów.

— Dnia 15 listopada odbyło się w Państwowej Szkole Higieny pod przewodnictwem P. Dr. W. Chodźki zebranie konstytucyjne Polskiego Komitetu Organizacyjnego VI Międzynarodowego Kongresu Lekarskiego w sprawie wypadków przy pracy i medycyny pracy. W skład komitetu wchodzi: z Warszawy Dr. W. Chodźko (przewodniczący), Prof. Dr. Grzywo-Dąbrowski, Dr. H. Kłuszyński, Dr. J. Luxemburg (zastępca przewodniczącego), Dr. Br. Nowakowski (sekretarz), Dr. W. Reklewski, Dr. J. Sęczyk i Docent Dr. A. Wojciechowski; z Wilna: Prof. Dr. K. Karaffa-Korbut; z Krakowa: Dr. St. Jankowski; z Katowic: Dr. H. Jarczyk.

Kongres międzynarodowy odbędzie się w Genewie na początku sierpnia 1931.

Tematy główne sekcji A, poświęconej wypadkom przy pracy, zostały ustalone jak następuje:

- 1) Późne zmiany i przystosowanie się po uszkodzeniach kręgosłupa, referują: Prof. Dr. Magnus, Bochum, Prof. Dr. Michel, Nancy, Prof. Dr. Ackermann, Stockholm, Prof. Dr. Fauquez, Paryż, Prof. Dr. Crouzon, Paryż.
- 2) Uszkodzenia naczyń krwionośnych, referują: Prof. Dr. Imbert, Marseille, Prof. Dr. Diez, Rzym, Prof. Dr. Danis Bruksela.
- 3) Zawodowe uszkodzenia skóry (wypadki i choroby zawodowe), referują: Prof. Dr. Prosse White, Whigan (Anglia), Prof. Dr. Koelsch, Monachjum, Prof. Dr. Oppenheim, Wiedeń.
- 4) Wpływ stanu zdrowia, poprzedzającego wypadek, na jego skutki, referują: Dr. Pometta, Lucerna, Prof. Dr. Tovo, Turyn, Prof. Dr. Linger, Frankfurt n. M.

Tematy główne sekcji B, poświęconej medycynie pracy:

- 1) Patologia zawodowa robotników w przemyśle cementowym i sztucznych kamieni, referują: Prof. Dr. Joetter, Monaster, Dr. Glibert, Belgja, Dr. Thompson, Waszyngton, Prof. Dr. Agasse-Lafont, Paryż, Dr. Van Bemmel, Broda (Holandia).
- 2) Wrażliwość ustroju na trutki zawodowe, referują: Prof. Dr. Teleky, Duesseldorf, Prof. Dr. Devoto, Medjolan, Dr. Mauro, Medjolan, Dr. Gelman, Moskwa, Dr. Loewy, Praga.
- 3) Zmęczenie, referują: Prof. Dr. Atzler, Dortmund — pracę mięśniową, Prof. Dr. Henderson i Dr. Dill, Boston — biochemja zmęczenia, Dr. Vernon, Londyn — środowisko pracy, Dr. Teruoka, Japonja — czynnik ludzki.

Z kongresem połączona będzie wystawa zdjęć rentgenowskich, fotografii mufaży. Co do udziału w tej wystawie należy się skomunikować bezpośrednio z Dr. Jentzer, Genewa, 8 rue de l'Université.

Z Polski zgłoszono dotąd następujące komunikaty:

- 1) Dr. Antoni Goldman, Warszawa, stosunek urazu do nowotworów.
- 2) Dr. Henryk Kłuszyński, Warszawa. Badanie młodocianych a ubezpieczenie społeczne.
- 3) Dr. Brunon Nowakowski, Warszawa. Sezonowość objawów ołowicy zawodowej.

Pozatem Dr. Henryk Mierzecki, Lwów, zapowiedział komunikat z zakresu chorób zawodowych o temacie jeszcze nieustalonym.

Językami oficjalnymi są: francuski, angielski, włoski i niemiecki. Zarówno do wymienionych tematów głównych, jak również na tematy inne, wchodzące w zakres zapobiegania, leczenia i ubezpieczenia wypadków przy pracy i chorób zawodowych mogą być zgłoszone 10-cio minutowe komunikaty. Termin zgłoszenia przed końcem grudnia 1930 r. Streszczenia, nieprzekraczające 4 stron ósemki winny być nadesłane przed końcem kwietnia r. 1931. Polski Komitet Organizacyjny zwraca się z gorącym apelem o zgłoszenie komunikatów oraz liczny udział w Kongresie. Zgłoszenia należy skierować do Sekretariatu Komitetu, Dr. Brunon Nowakowski, Warszawa, Chocimska 24, który udziela wszelkich informacji.

Komitet Polski postanowił jednomyślnie przekształcić się na organizację stałą. W dyskusji wskazano na poważne braki w organizacji pierwszej pomocy na terenie zakładów pracy, udzielenia racjonalnej pomocy ofiarom wypadków, leczenia i opieki lekarskiej dla inwalidów pracy i kalek, brak

katedr medycyny pracy, niedostateczność środków badawczych, braki w organizacji lekarskiej, szczególnie długoterminowych ubezpieczeń społecznych. Zadaniem stałego Komitetu będzie skupić rozproszone dotąd siły, pobudzić prace badawcze, wpływać na czynniki właściwe w kierunku rozbudowy ośrodków badawczych i leczniczych, na zewnątrz zaś przygotowanie udziału Polski w kongresach międzynarodowych. Zarząd Komitetu został upoważniony do kooptowania dwóch dalszych członków zarządu i zaproszenia do współudziału w Komitecie lekarzy czynnych na polu medycyny pracy, lecznictwa i orzecznictwa w zakresie wypadków i chorób zawodowych.

Sekretarz: Przewodniczący Zarządu:
(—) Dr. B. Nowakowski (—) Dr. W. Chodźko

— Konkurs na pracę lekarską ogłoszony przez Tow. „Pomoc Lekarska” przy ul. Grzybowskiej Nr. 11.

Sąd konkursowy po przejrzeniu prac nadesłanych nie zakwalifikował żadnej do nagrody.

Wobec tego termin nadsyłania prac zostaje przedłużony do stycznia roku 1932.

Warunki konkursu będą ogłoszone ponownie.

— XIII Międzynarodowy kurs uzupełniający dla lekarzy w Karlsbadzie ze szczególnem uwzględnieniem balneologii i balneoterapii odbędzie się w r. 1931 w czasie od dn. 13 do dn. 19 września.

— Nr. 22-gi dwutygodnika „Dziecko i Matka” przynosi następujące artykuły: „Znaczenie manipulacji dla umysłowego rozwoju dziecka” Prof. d-ra St. Szumana, „Jaką powinna być niania i wychowawczyni” J. Hikiertowej, „Matki niezaradne” 7. Brykalskiej, „Miłość dziecka”, „Jak starsi”, „Harmonja”, „Złem złego zbywamy”, „Powiększone gruczoły”, „Wysypka u niemowląt”, „Ucz płókać gardło” (w dziele „Ważne drobiazgi”), „Karmienie naturalne” M. Morzkowskiej, „Szczepienie przeciw szkarlatynie” Dr. N. Biehler, „Robaki jelitowe” Dr. F. Łuniewskiej, zagadnienia wychowawcze poruszone są w dziele „Rodzice między sobą”.

ZMARLI:

Prof. Jan Piltz, dyrektor kliniki psychiatrycznej w Krakowie.

Prof. Gley, znakomity fizjolog francuski w Paryżu.

Prof. Fuchs, słynny okulista, były dyrektor kliniki ocznej w Wiedniu.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

29. XI. Warszawskie Koło Tow. Internistów Polskich.

I. Pokazy

1. A. Fidler: Przypadek krwimoczu. 2. A. Fiumel: Przypadek pierwotnego nowotworu wątroby. 3. K. Rachon: Przypadek kilaka tarczycy. 4. K. Tokarski: Przypadek długotrwałego skurczu przełyku. 5. Z. Franio: Przypadek czerwienicy. 6. K. Rachon, D. Kohan, Rosnowska: Przypadek obcych ciał dużych rozmiarów w dwunastnicy.

II. Aktualności z dziedziny interny i jej pogranicza: 1. Remigjusz Stankiewicz: Nowe poglądy na patogenę zapalenia płuc u dzieci.

2. XII. Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

A. Odczytanie protokołu poprzedniego posiedzenia.

B. Pokazy:

1. H. Landau: Przypadek cystynurji. 2. D. Cytrynik: a. Przypadek pierwotnego owrzodzenia przymiotowego na wardze dolnej u dziecka 10-miesięcznego. b. Przypadek owrzodzenia pierwotnego na sutkach u matki wyżej wymienionego dziecka, zarażonego ubocznie. c. Przypadek zakażenia pozapłciowego u dziewczynki 6-letniej. 3. M. Orłowski: a. Przypadek ciała obcego w drogach oddechowych (pokaz rentgenogramu). b. Kilka przypadków wrzodu odźwiernika, stwierdzonych operacyjnie (pokaz rentgenogramów).

B. Odczyty:

A. Galewski: Czynności układu chłonnego i szpiku kostnego oraz ich wzajemny stosunek z punktu widzenia biologicznego i klinicznego.

7. XII. Polskie Towarzystwo Otolaryngologiczne

(Zakł. D-ra Czarneckiego, Zgoda 8, godz. 10 rano).

1. J. Czarnecki: działalność Towarzystwa za czas 1920 — 1930 r. 2. Z. Srebrny: od Tureka i Czermarka do naszych czasów (75 lat laryngo-rhinoskopji). 3. L. Lubliner: udział lekarzy polskich w rozwoju otolaryngologii. 4. J. Pieniążek: prof. Przemysław Pieniążek i krakowska klinika laryngologiczna. 5. Wybór członków honorowych Towarzystwa.

Walne zebranie odbędzie się tegoż dnia i w tymże lokalu o godz. 4. popołudniu.

3.XII. Polskie Towarzystwo Pedjatryczne.

1. Półtorzycka i Filipowiczówna: Omówienie przypadku zżerzenia światła tchawicy przez zserowacjal gruczoł z zejściem śmiertelnem. 2. Szymon Starkiewicz: O leczeniu przewlekłe chorych dzieci w „Kolonji Lecznicej Dziecięcej im. Rektora Brudzińskiego przy Zdroju w Busku (na Górze)“.

TREŚĆ: WŁ. STERLING. Endokrynologia dziecięcych stanów oligofrenicznych. — J. MACKIEWICZ. O korrelacji anatomicznej guzów mózgu. — E. LANDAU. Zespół kliniczny zawału mięśnia sercowego (Infarctus myokardii) (Str. zbior. dok.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy — St. ADAMOWICZOWA. Z zagadnień epidemiologicznych doby obecnej. — Wiadomości bieżące. — Zmarli — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: L. STERLING. L'endocrinologie des états oligophréniques infantiles. — J. MACKIEWICZ. Sur la corrélation anatomoclinique des tumeurs du cerveau. — E. LANDAU. Syndrome clinique de l'infarcté du myocarde. (Rev. gén. fin). — St. ADAMOWICZ. Quelques problèmes épidémiologiques d'aujourd'hui

WARUNKI PRENUMERATY:

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

CENY OGŁOSZEŃ:

Okladka tytułowa złotych 500.—Inne okładki 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. 140.—, ćwierć str. 80 zł.—, ósma część str. zł. 50.—

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

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

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

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

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