

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: WILHELM KNAPPE

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12, m. 28, tel. 652-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 8.34-48.

Rok IX

WARSZAWA, 1 GRUDNIA 1932 R.

Nr. 48

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Spostrzeżenia nad działaniem promieni Roentgena w gruźlicy przedniego odcinka oka.

Podał

Leon ENDELMAN (Warszawa). *)

Jest, chyba, sprawą przesądzoną, że od czasu wojny europejskiej liczba przypadków gruźlicy oka, zwłaszcza tęczówki, ciała rzęskowego i naczyńówki, wzmożła się niepomniernie. Nie poruszam tu pytania, czemu przypisać fakt ten należy: udoskonaleniu naszych sposobów badania, czy też rzeczywistemu nasileniu w szerzeniu się zakażenia gruźliczego oka. Moje własne doświadczenie przemawia raczej za drugim przypuszczeniem. Opieram się na tem, że liczba przypadków zapaleń jagodówki wogóle w ostatnich latach kilkunastu podniosła się znacznie, statystyki zaś klinik okulistycznych na Zachodzie wskazują, że conajmniej połowa wszystkich tych przypadków jest pochodzenia gruźliczego.

Dla ilustracji biorę statystykę Kleina z kliniki uniwersyteckiej w Pécs (Węgry) z r. 1931. Zbadano 170 chorych z zapaleniem tęczówki i ciała rzęskowego i 70 z zapaleniem naczyńówki i siatkówki. W pierwszej grupie ustalono przyczynę: gruźlica 50,6%, kiła 15,8%, reumatyzm 5,3%, inne choroby 9,0%, przyczyna nie została rozpoznana 18,8%. W drugiej: gruźlica 64,3%, kiła 24,3%, niewyjaśnione 11,4%.

Już z tego względu, że tak powiem, społecznego sprawa leczenia tego tak wybitnie przewlekłego, a zarazem tak groźnego w skutkach (często zupełna utrata wzroku w jednym lub obu oczach) cierpienia posiada znaczenie nader doniosłe.

Nie chcąc przeładowywać tego doniesienia wyliczaniem wszystkich sposobów leczenia środkami fizykalnymi i farmaceutycznymi, jakie różnemi czasy próbowano stosować w gruźliczych schorzeniach oka, ograniczę się

do przedstawienia, jak sprawa ta stoi obecnie u nas i na Zachodzie.

Miejsce przodujące w naszym arsenale leczniczym zajmuje niezaprzeczenie leczenie swoiste rozmaitemi preparatami tuberkulinowymi, stosowanymi czy to w postaci zastrzykiwań do- i podskórnych, czy to pirquetyzacji, wreszcie wcierania maści tuberkulinowych (ektebina, ateban). Stosujemy je prawie wszyscy, i, zależnie od materiału klinicznego a, najprawdopodobniej, i naszego, że użyję tego wyrażenia, subiektywnego nastawienia, otrzymujemy niekiedy dobre, a nawet znakomite wyniki lecznicze. Na Zjeździe krakowskim doc. Brudzewski przedstawił wyniki stosowania tebeprotyny Toennissen'a w 53 przypadkach różnych cierpień błon wewnętrznych oka, podejrzanych o gruźlicze pochodzenie, więc przedewszystkiem w *iridocyclitis chronica*, w *chorioiditis*, w *periphlebitis retinae*, w *neuritis n. opt.*, w *keratoscleritis*, w *haemorrhagia juvenilis corp. vitrei*. Wyniki lecznicze, jak zaznacza sam autor, były bardzo dobre, nieraz przewyższały oczekiwania.

Drugi referent na Zjeździe Mirowski przedstawił doskonałe wyniki lecznicze, osiągnięte przy ambulatoryjnym stosowaniu ektebiny w najrozmaitszych schorzeniach gruźliczych oka, a w najczęstszej postaci — *iritis* i *iridocyclitis* miał 100% wyleczenia.

Rozporządzam nielicznym materiałem ze swej praktyki prywatnej, który, siłą rzeczy, nie daje się tak ściśle kontrolować, mam jednak i ja to przekonanie, że e k t e b i n a, jeśli nie w całych 100%, to w wielu przypadkach rzeczywiście daje doskonałe wyniki lecznicze, zwłaszcza, jak o tem niżej będzie mowa, jeśli ją stosować będziemy obok naświetlań promieniami Roentgena lub leczenia klimatycznego. Jest ona niewątpliwie preparatem najdogodniejszym dla chorych: nie wymaga tak ścisłej kontroli stanu ogólnego i miejscowego, jak preparaty, wprowadzane do- i podskórnie, chorzy wcierają ją sami, przez co wizyty u lekarza stają się znacznie rzadsze, co w czasach obecnych ma wartość niezaprzeczalną. Skutkiem tego, a mogłem się o tem przekonać niejednokrotnie, chorzy przeprowadzają leczenie ektebiną nieprzerwanie w ciągu miesięcy, a

*) Odczyt wygłoszony w Warszawskim Tow. Okulistycznym dn. 18 maja r. b.

nawet lat, a to wszak jest warunkiem koniecznym przy tuberkulinizacji.

Stosowanie ektebiny ma niewątpliwie tę wielce ujemną stronę, że nie możemy jej ściśle dawkować, lecz zważyć należy, że obecnie prawie powszechnie stosuje się wszelkie preparaty tuberkulinowe w dawkach minimalnych i zwiększa się je z wielką ostrożnością i pod ścisłą kontrolą stanu ogólnego i miejscowego. Dość często z powodu zbyt silnego odczynu musimy dawki zmniejszać i wracać do dawniejszych. Niekiedy zastrzykiwania podskórne tuberkuliny uczynniają sprawę płucną, i jesteśmy zmuszeni ich zupełnie zaniechać. Tych stron ujemnych, co prawda, na nielicznym swym materiale nie spostrzegaliśmy nigdy przy użyciu ektebiny. Z drugiej zaś strony, i przy stosowaniu ektebiny możemy ją w pewnych granicach dawkować, a to przez odpowiednie przygotowanie uprzednio skóry lub też przez dłuższe i częstsze jej wcierania. Postępuję zazwyczaj w sposób następujący: pierwszych parę wcierań chory wykonywa ściśle według załączonego do tego środka pouczenia, więc wciera ektebinę w skórę dołeczka nadbrzusza po uprzednim jej obmyciu ciepłą wodą i mydłem, licząc do 100, więc w ciągu mniej niż 2-ch minut i wcierania te powtarza co 5-y dzień. O ile odczyn skórny w postaci zaczerwienienia skóry i występowania w niej drobnych pęcherzyków jest nieznaczny, a ze strony oka również brak silniejszej reakcji w postaci większego nastrożnienia lub większego zamglenia wzroku, co sam chory łatwo stwierdzić może, zalecam choremu bardziej energiczne stosowanie ektebiny czy to przez dłuższe jej wcieranie, przyczem chory dwa lub trzy razy pobiera z tubki nieznaczną ilość maści, czy przez uprzednie energiczne wytarcie skóry wata, zwilżoną w eterze, wreszcie przez wcierania, powtarzane co drugi, trzeci lub czwarty dzień. Tą drogą do pewnego, co prawda, stopnia możemy dawkować i ektebinę.

Nie będę dłużej zatrzymywał się nad leczeniem grzylcy oka preparatami swoistymi i przechodzę do właściwej treści mego odczytu — leczenia naświetlaniami promieniami R o e n t g e n a. Po raz pierwszy zastosował je w ciężkich przypadkach grzylcy przedniego odcinka gałki S e e f e l d e r, a gdy wyniki jego wypadły zachęcająco, zaczęli inni stosować je i w przypadkach lżejszych (J e n d r a l s k i, S t o c k, S c h e e r e r, S c h a n z, M a r t e n s t e i n i i n.). Najważniejszym szkopułem do szerokiego rozpowszechnienia się tej metody leczniczej była obawa przed uszkodzeniem twardzi promieniami rentgenowskimi soczewki oka. Istotnie, dawniej, gdy dawkowanie promieni R o e n t g e n a nie było tak dokładnie przeprowadzane, jak to obecnie w nowych aparatach i przy stosowaniu odpowiednich filtrów ma miejsce, zdarzały się dość często w następstwie naświetlań postępujące zmętnienia soczewki. Teraz obawy te, przynajmniej w znacznej mierze, ustąpić powinny. Z e e m a n na posiedzeniu Hollenderskiego Tow. Okulistycznego w Amsterdamie w grudniu roku ubiegłego podał wyniki badań po upływie pewnego dłuższego czasu chorych, których naświetlano małymi dawkami promieni R o e n t g e n a z powodu różnych stanów zapalnych gałki ocznej. Zostało naświetlonych 62 chorych, z nich zbadano po upływie mniej lub więcej dłuższego czasu 43. U 10-ii nie można było zbadać dokładnie soczewki, u 25 soczewka była najzupełniej prawidłowa, u 5 stwierdzono zmiany, które istniały jeszcze przed naświetlaniami, u 2-ch rozpoznano typową zaćmę rentgenowską, a jeszcze u 2-ch

pierwsze zaczątki takiej zaćmy. Zdaniem Z e e m a n a, dobre wyniki, otrzymywane dzięki naświetlaniu oka małymi dawkami promieni R o e n t g e n a w uporczywych i nie poddających się innemu leczeniu przypadkach stanów zapalnych oka, powinny skierować naszą terapię w tym kierunku, aczkolwiek niekiedy mogą wstępować i jej skutki ujemne; do ciężkich jednak zaliczać ich nie należy.

Najbardziej zasłużyły się przy wprowadzeniu promieni rentgenowskich do lecznictwa grzylcy ocznej kliniki okulistyczne we Wrocławiu i Tybindze. Przytoczę tu ich statystyki z lat ostatnich. R i c h t e r z Wrocławia w r. 1927 podaje następujące liczby: z 40 przypadków grzylcy tęczówki i ciała rzęskowego, naświetlanych promieniami R., zostało wyleczonych 29 (72,5%), poprawa nastąpiła w 4-ch (10%), w reszcie przypadków nie zauważono zmian pod wpływem tego leczenia. Najlepsze wyniki osiągnięto w przypadkach świeżych: z 10-ii — 9 zostało doszczętnie wyleczonych, tak, że nawet po kilkuletniej obserwacji nie nastąpił nawrót, a w jednym nastąpiła tylko poprawa. Autor podkreśla, że w przypadkach świeżych nie miał ani razu wyniku ujemnego, aczkolwiek niekiedy objawy początkowe zapowiadały ciężkie schorzenie. Natomiast w przypadkach zastarzałych i zapuszczonych stosunek wyleczenia do poprawy i stanu bez zmian kształtował się znacznie gorzej: 23%. Zdaniem R i c h t e r a, wyniki, jakie otrzymujemy przy stosowaniu promieni R., są o wiele lepsze, aniżeli otrzymywane przy jakimkolwiek innym sposobie leczenia grzylczego zapalenia tęczówki i ciała rzęskowego.

B e h r e n d t z Tybingi podaje wyniki leczenia grzylcy oka w r. 1929. 5 przypadków grzylcy spojówki zostało doszczętnie wyleczonych. Z 35 przypadków zapalenia rogówki i białkówki (*keratitis sclerotisans*) uległo wyleczeniu bez blizn — 9, 2 dawały ciągle nawroty, a pozostałe zostały wyleczone, lecz z dużymi bliznami w rogówce. (Przypadków zapalenia tęczówki i ciała rzęskowego leczono naświetlaniami 77, z nich 58 zakończyło się wyraźną poprawą w stanie przedmiotowym i co do stanu wzroku, 4 przypadki zupełnie nie reagowały na promienie R., a w pozostałych 15 pomimo naświetlań wystąpiło nasilenie stanu zapalnego i pogorszenie wzroku.

W naszym piśmiennictwie o stosowaniu naświetlań promieniami R w grzylczych schorzeniach oka istnieje je prac bardzo niewiele.

O ile mi wiadomo, pierwszy wspomina o stosowaniu promieni R. w grzylcy oka S a b a t (niestety, pracy tej odszukać nie mogłem). Następnie w Polskim Przeglądzie Radiologicznym w r. 1929 ogłosili pracę p. t.: „Z doświadczeń radjoterapeutycznych w okulistyce“ Z a w a d o w s k i i Z o ł ę d z i o w s k i. Autorowie mieli bardzo dobre trwałe wyniki w grzylcy przedniego odcinka gałki w 50% przypadków, w pozostałych czasowa poprawa lub wynik ujemny. W przyszłym zapaleniu spojówki i rogówki, zdaniem autorów, najslabsze, często jednorazowe naświetlanie promieniami X daje pożądaný rezultat.

To niewielkie zainteresowanie u nas dla metody leczniczej, która, zdaniem mojem, chorym w wielu przypadkach okazać może pomoc rzetelną, skłania mnie do podzielenia się z kolegami wynikami, jakie otrzymałem przy jej stosowaniu w ciągu ostatnich lat pięciu u chorych w mej praktyce prywatnej. Samo przez się zrozumie się,

że wyniki te przedstawiać się będą liczbowo bardziej, aniżeli skromnie, w niektórych przypadkach będę zmuszony podawać nawet wyniki tylko doraźne, bo nie wszyscy chorzy zjawiali się następnie do kontroli. Nie wejdą do mojej statystyki przypadki, które szybko wycofały się z pod mojej obserwacji.

Brak miejsca i czasu nie pozwala mi na nieco bardziej szczegółowe podanie historii choroby moich chorych, ograniczę się przeto do bardzo krótkiego opisu klinicznego przypadku, przebiegu choroby pod wpływem rentgenoterapii i wreszcie do jej zejścia o ile przypadek był czas dłuższy spostrzegany. Nadmienię jeszcze muszę, że bardzo wiele przypadków otrzymywałem z drugiej ręki, to znaczy po bezskutecznym leczeniu u innych kolegów.

Jeszcze tylko mała wzmianka co do samej techniki naświetlań, które w przeważającej liczbie przypadków były przeprowadzone w zakładzie rentgenologicznym kolegów J u d t ó w n y i S p i r o. Tak, jak to się prawie powszechnie dzieje, chorzy moi otrzymywali promienie średnio - twarde, więc z domieszką miękkich; KV. 140 przy 3-ch miliamperach, odległość ogniskowa 28 cm., filtr: 3 mm. Aluminium lub też 1 mm. Alum. i 0,1 mm. miedzi. Dawki obliczano w HED, t. z. dawkach rumieniowych skóry.

Rozpoznanie gruźlicy oka stawiałem na podstawie fizykalnego i rentgenologicznego badania płuc, ujemnego odczynu W a s s e r m a n n a, dodatniego odczynu tuberkulinowego (M a n t o u x lub podskórne zastrzyknięcie starej tuberkuliny).

A teraz opis naszych przypadków.

P r z y p a d e k 1. Chora R. D., lat 42, po raz pierwszy badana w r. 1920; O. P. — *cataracta stellata*, ostrość wzroku — 1/10; O. L. — *Hypermetropia*, przedni odcinek, dno oka bez zmian ostrość wzroku z korekcją — 5/8 — 5/6. Chora od lat choruje na płuca, mieszka stale w Otwocku. Po raz drugi zjawiała się po siedmiu latach dn. 5.II. 1927 ze skargami na pogorszenie się wzroku w lewym oku, które to pogorszenie nastąpiło jak twierdzi sama chora, w związku z obostrzeniem się sprawy w płucach. Stwierdziłem w lewym oku *Irido-cyclitis*: żrenica słabo się rozszerza, na błonie D e s c e m e t a świeże tłuste kuleczkowate szare osady; dno zamglone. VOS. 5/10. Początkowo zastosowałem preparaty salicylowe i leczenie miejscowe, które nie dało żadnego wyniku. 1, 11 i 26 marca 1927 r. naświetlenie promieniami R. po 10% HED. każde. Wyrażna poprawa w stanie przedmiotowym i podmiotowym: chora czuje poprawę wzroku, osady tylko dawniejsze, jest ich mniej i ulegają pigmentacji; VOS. 5/8. Chora nie pokazywała się do grudnia r. 1927, kiedy w następstwie przebytego zapalenia płucnego nastąpiło pogorszenie w stanie oka: świeże osady i pofałdowania błony D e s c e m e t a. VOS. 5/20. Chora otrzymała drugą serię naświetlań (trzy po 10% HED.) w odstępach parotygodniowych. Wobec poprawy zjawiała się u mnie dopiero dn. 2.I. 1929. Stwierdziłem wtedy: oko lewe niepodrażnione, lecz zjawily się 2 tylne szerokie zrosty (na godz. 5-ą i 8-ą); VOS. 5/8 (?). Po tym czasie obserwowała chorą koleż. K a t z Z y l b e r s z t a j n o w a.

Od niej otrzymałem następujące streszczenie dalszego przebiegu: chora przez cały czas czuła się nieźle. W końcu r. 1928 wobec lekkiego nawrotu otrzymała znów 3 naświetlania po 10% HED., poczem stan oka poprawił się wyraźnie. Ostrość wzroku podniosła się do 5/6. Dobry stan trwał do końca r. 1931, kiedy wystąpił nowy tylny zrost na godz. 10-ą. 15.II. 1932 kol. K. - Z. stwierdziła świeże osady w całej dolnej części rogówki. Chora otrzymuje 2 naświetlania po 10% HED. Chorą

widziałem 10.IV. r. b.: świeże szarawe kuleczkowate osady, głównie w dolnej części rogówki; rozległe zrośnięcie tęczówki z torebką soczewki na przestrzeni od 12-ej do 6-ej, wyciągnięty zrost na godz. 2-ej, cała przednia powierzchnia soczewki pokryta starymi złogami barwnikowymi; dno zawualowane, żyły na tarczy poszerzone. VOS. 5/15. Chora jest w okresie przekwitania, przed paroma miesiącami przebyła znów zapalenie płucny. Chorą widziałem po raz ostatni przed paroma dniami (13.V.): subiektywnie czuje się lepiej; zrosty pozostały, lecz osadów mniej, są one bardziej ostro zarysowane i nabierają barwy brunatnej. VOS. 5/12. Chora czyta J. Nr. 2.

P r z y p a d e k 2. Chora R. F., lat 29 w r. 1917 przebyła zapalenie płucny; od trzech lat lekki stan podgorączkowy. Przybyła do mnie 6.XI.1929 z powodu lekkiego bólu i zamglenia wzroku od paru dni w lewym oku. St. pr. O. P. bez zmian. O. L.: nieznaczne nastrzyknięcie gałki, żrenica zwężona, na tylnej powierzchni rogówki w dolnej części świeży kropelkowy osad. VOS. 5/10. W trzy dni później prócz zmian w przednim odcinku stwierdzono na dnie w okolicy plamki żółtej trzy drobne żółtawe ogniska w powierzchownej warstwie siatkówki. W polu widzenia mroczek pośrodkowy względny. Chora otrzymała prócz leczenia miejscowego ektebinę (początkowo co 5-ty dzień, następnie co 3-ci po uprzednim zmyciu skóry eterem); dn. 27.XI.29 naświetlanie promieniami R. w dawce 30% HED. Od 21.XII.29 nastąpiła wyraźna poprawa w stanie oka chorej: przedni odcinek najzupełniej prawidłowy, ogniska w siatkówce ulegają wyraźnemu wchłanianiu się, tak że wkrótce pozostały po nich zaledwie błyszczące punkciki. W kwietniu r. 1930 chora z mego zalecenia udała się na 7-tygodniowy pobyt do Zakopanego, skąd powróciła z dużą poprawą w stanie fizykalnym i rentgenowskim płuc, w oku zaś poza powyższymi błyszczącymi punkcikami w siatkówce nic nieprawidłowego stwierdzić nie można. VOS. 5/6 — 5/5. Chorą tą obserwuję po dzień dzisiejszy: raz jeden tylko nastąpił bardzo lekki nawrót w postaci żywego nastrzyknięcia gałki i lekkich bólów, który ustąpił pod wpływem leczenia miejscowego i ektebiny.

P r z y p a d e k 3. Chory A. G., lat 21, od czterech lat miewa często się powtarzające, po parę dni trwające stany przekrwienia jednego i drugiego oka, którym towarzyszą niewielkie bóle w oczach. Dn. 13.V.1930 stwierdzić mogłem: bardzo wydatne przekrwienie głębokie całej białkówki lewego oka; w obu oczach brzeg żreniczny wolny, lecz na przednich powierzchniach soczewek złogi barwnikowe. Badanie fizykalne płuc wykazało: *Pleuritis apicalis dextra*, prześwietlenie klatki piersiowej dość rozległe zmiany swoiste. Moje rozpoznanie brzmiało: *Sclero-iritis recidivans*. Chory otrzymał do stałego stosowania ektebinę i jednokrotne naświetlenie lewego oka dawką 30% HED. Po 10-iu dniach przekrwienie znikło zupełnie. 27.V. tegoż roku chory przybył do mnie z objawami silnego zapalenia białkówki prawego oka. Naświetlono prawe oko takąż samą dawką. Od tego czasu nawrotu scleritis w żadnym oku nie było. Z mego polecenia chory spędził trzy miesiące letnie w Zaleszczykach, stosując bez przerwy ektebinę. Przez cały czas czuł się dobrze. 16.X. 1930 przybył do mnie z powodu pogorszenia się stanu oka prawego. Stwierdziłem wtedy: w oku tem wydatne nastrzyknięcie rzęskowe, tylna powierzchnia rogówki machuchana, ciecz w komorze przedniej mętna, a na brzegu żrenicznym na godz. 4-ej wyraźny szarawy gruzełek, zlekka przyrośnięty do soczewki. Chory otrzymał jeszcze jedno naświetlenie (30% HED.), poczem sprawa zapalna w tęczęwce szybko ustąpiła. Przed niedawnym czasem był u mnie ojciec pacjenta, który oświadczył mi, że od półtora roku syn nie doznaje żadnych dolegliwości ze strony oczu.

P r z y p a d e k 4. Chora R. K., lat 51, zjawiała się u mnie 6.VI. 1929. Cierpi na oczy od dłuższego czasu, leczyla się u wybitnych specjalistów, którzy stosowali białko pozajeli-

towo, wlewania dożylnie atophanylu, jeździła do Karlsbadu i Trenczyna. Badanie stwierdziło: O. P.: żrenica dobrze rozszerza się od atropiny; na błonie Descemet'a u dołu parę szarych kuleczek; dno oczne zamglone; u wewnętrznego obwodu 3 niewielkich rozmiarów szare świeże ogniska w naczyniówce. VOD. 5/5 (niepewne). O. L.: lekkie przekrwienie, żrenica rozszerza się dobrze, okrągła; na tylnej powierzchni rogówki i na przedniej torebce soczewki bardzo obfite złogi barwnikowe; dno zupełnie zamglone z powodu gęstych mętów w szklistce. VOS. palce z 1 1/2 mtr. Odczyn Wassermann'a ujemny, natomiast Mantoux wyraźnie dodatni. Zdjęcie klatki piersiowej wykrywa zwapniałe gruczoły wętkowe i ślady wysiewu krwipochodnego. Zaleciłem chorej wyjazd do sanatorium dra Werdnberga w Davos. Chora przebyła tam od lipca 1929 do lutego 1930. Po jej powrocie stwierdzić mogłem wybitną poprawę w stanie jednego i drugiego oka. O. P. nie przedstawiało żadnych zmian chorobowych, O. L.: szczegóły dna dobrze widoczne, gdyż prawie na całym obwodzie występują drobne ogniska zapalenia naczyniówki rozsianego. VOS. 5/18. Chora w Davos otrzymała na prawe oko 20%, na lewe 35% HED., prócz tego leczenie zastrzykiwaniami starej tuberkuliny. W czerwcu r. 1930 nastąpił lekki nawrót: w oku prawym znów zmętnienie szklistki, które jednak pozwoliło dojrzeć drobne rozrzucone na obwodzie naczyniówki ogniska białawe, które ku dołowi zlewały się w większe z objawami rozpaczającego się zaniku tej błony. VOD. 1/0 (niepewnie); w oku lewym — tylne zrosty, świeże osady na torebce soczewki, w naczyniówce bardzo wiele świeżych i starszych ognisk w okolicy tylnego bieguna i na obwodzie. VOS. 5/24. Chora otrzymała z mego zlecenia 10% promieniami Roentgena na prawe i 20% na lewe, do dłuższego zaś stosowania w domu ektebinę. Dla kontroli przybyła 18.X. 1930. Stwierdzić mogłem zupełnie zadowalający stan oczu: objawów zapalnych niema, na dnie tylko stare zmiany w naczyniówce. VOD. — 5/5, VOS. 5/18 — 5/15. Po raz ostatni widziałem chorą 15.V. 1931: chora jest zupełnie zadowolona ze stanu swych oczu, czyta, pisze, oczy się nie czerwienią, i mlie występują okresy większego zamglenia wzroku. Stosuje stale ektebinę.

P r z y p a d e k 5. Chora E. R., lat 30 zjawiała się u mnie dn. 22.V. 1930, skarżąc się, że od tygodnia prawie zupełnie zaniewidziała na lewe oko. Zawsze silnie krótkowzroczna. St. pr.: O. P. bardzo znaczne zmiany, związane z wysoką krótkowzrocznością, VOD. z — 16 D. 5/30. O. L.: granice tarczy całkowicie zatarte, naczynia rozszerzone; tuż przy tarczy u jej brzegu zewnętrznego dość dużych rozmiarów (około 1/2 PD.) wyniesione szarawo-białe ognisko, połączone wąskim przesmykiem z drugim ogniskiem w okolicy plamki żółtej, wielkości 1 PD. Ogniska wyraźnie leżą pod naczyniami, w sąsiedztwie parę drobnych wybroczyn (*Chorio - retinitis juxtapapilaris*). VOS. z — 9 D. — ruchy ręki przed okiem. Po czterech dniach przylączyły się objawy zapalenia tęczówki i ciała rzęskowego: nastrożenie rzęskowe, szereg tylnych zrostów, dno zupełnie zamglone.

Początkowo stosowałem Yatren-Caseinę, preparaty jodu, lecz nie dały one poprawy. Wassermann ujemny, Pirquet wyraźnie dodatni. 24.VII.30 chora otrzymała 30% HED. i rozpoczęła wcieranie ektebin. Od tego czasu rozpoczęła się, acz wolna, lecz niewątpliwa poprawa. 28.VIII. 1930 mogłem stwierdzić: w przednim odcinku tylko dawne barwnikowe osady na Descemet'e; dno prześwieca dość wyraźnie: ogniska w naczyniówce obok tarczy jeszcze tylko nieznacznie wyniesione, nabierają wyraźnej barwy białej i są ostro odgraniczone od sąsiednich części siatkówki VOS. — 3/50. We wrześniu 1930 chora otrzymała drugą dawkę 30% HED. promieni R., stosując stale ektebinę. 7.X.30 stan oka lewego był następujący: w przednim odcinku zmian nie dostrze-

ga się, tarcza tylko w zewnętrznym odcinku ma brzegi zatarte; ogniska w okolicy plamki są wyraźnie zabliźnione: przebiega białówka, na niej sklerotyczne naczynia naczyniówki. VOS. z korekcją 5/50. Chorą po raz ostatni badałem 3.IV. 1931: tarza n. w. odbarwiona (częściowy zanik), zabliźnione ogniska siatkówkowo - naczyniówkowe. VOS. — 5/30.

P r z y p a d e k 6. Chory S. D., lat 28 przed 4-ma tygodniami zauważył zamglenie wzroku w prawym oku. 6.V. 1930. Obiektywnie na tylnej powierzchni rogówki oka prawego obfity osad, dno silnie zamglone, VOD. 5/10. Wassermann ujemny, Mantoux dodatni. Zaleciłem 25% HED. i ektebinę. 13.VI.30: osady zupełnie znikły, dno znacznie lepiej przegląda, VOD. 5/6 (?). Zaleciłem po upływie 6-iu tygodni jeszcze jedno naświetlenie, lecz chory od tego czasu u mnie się nie zjawił.

P r z y p a d e k 7. Chora S. G., lat 22, od paru miesięcy cierpi na prawe oko. 12.V. 1930. Oko prawe: żrenica dobrze rozszerzona po atropinie; nieco ku dołowi od środka rogówki na błonie Descemet'a duże skupienie zlewających się dużych kuleczkowatych osadów; dno zupełnie zamglone, tarcza z trudem widoczna; wzdłuż górnej nosowej tętnicy biała smuga; w jej przedłużeniu w odległości 4-ch średnic od tarczy ku górze i wewnątrz od tarczy duże ognisko białawej barwy, leżące pod naczyniami.

Badanie rentgenologiczne płuc wykryło: *TBC. pulmonum fibrosa densa*. Chora otrzymała 30% HED. i wcierania ektebin. 30.VI.30 mogłem stwierdzić zmniejszenie się osadów na Descemet'e, lecz dno skutkiem obfitych ruchomych mętów w szklistce prawie niedostępne badaniu. W lipcu powtórne naświetlenie dawką 30% HED., które poprawy jednak nie dało. Chora ektebinę nie wciera. W sierpniu stan oka bez zmian. VOD. palce z 2-ch mtr. We wrześniu 20% HED. 27.X.30: przedni odcinek najzupełniej prawidłowy; z dna ocznego otrzymuje się zaledwie szaro-różowy odbłask. Po raz ostatni badałem chorą 12.I. 1931: w przednim odcinku zmian nie dostrzega się, tarczę widać z trudem; na wewnętrznym obwodzie widoczne duże ognisko okrągłego kształtu, szaro-białe, pod naczyniami. VOD. 4/50.

P r z y p a d e k 8. Chora T. M., lat 22, cierpi na lewe oko od szeregu lat. 24.X.31 oko lewe: silne nastrożenie rzęskowe, pośrodku rogówki dość duży naciek w głębokich warstwach, żrenica słabo rozszerza się po atropinie, kilka tylnych zrostów; rana godz. 11-ej i 12-ej na brzegu żrenicznym tęczówki dwa różowo-żółte gruzelki; obfity osad na Descemet'e; dno nie przegląda. VOS. palce przed okiem. Chora jeszcze tego samego dnia otrzymała 25% HED. i co drugi dzień Pirquet'a. Już 28.X. stwierdzić mogłem wyraźną poprawę: przekrwienie znacznie mniejsze, wszystkie zrosty puściły, tarcza widoczna. VOS. 2/10. 19.XII.31: lekka hipotonja galki, na Descemet'e parę barwnikowych osadów, brak jakiegokolwiek podrażnienia, lekkie podciągnięcie żrenicy ku górze. Otrzymuje drugą dawkę R. — 25% HED VOS. 5/10. Ostatni raz widziałem chorą przed niedawnym czasem (9.V. 1932): chora przez cały czas czuje się doskonale na oko, choć stan ogólny pozostawia nieco do życzenia (miewa częsta stan podgorączkowy); w domu przeprowadza pirquetyzację. Stan oka: prócz podciągnięcia żrenicy i niewielkiego mętu starego w rogówce żadnych zmian nie stwierdza się. VOS. 5/8 — 5/6.

P r z y p a d e k 9. Chora S. R., lat 24, od 6-ciu tygodni cierpi na lewe oko. Zjawiała się 10.XI. 1931. Mocne nastrożenie rzęskowe, żrenica wąska, pomiędzy 6-ą a 7-ą szeroki tylny zrost; błona Descemet'a „nachuchana”, tarcza zamglona, żyły na tarczy poszerzone. Pirquet — silnie dodatni. Chora otrzymuje na lewe oko 25% HED., miejscowo atropina, co trzeci dzień Pirquet'a. 19.XI. stan oka

lewego lepszy: zrosty puściły, dno nieco jaśniejsze; natomiast wystąpiło wyraźne podrażnienie tęczówki w prawym oku. R o e n t g e n 25% HED. na prawe oko, ektebina. 10.XII. Wyraźna poprawa w obu oczach. VOD. 5/10, VOS. 5/10 — 5/8. 24.XII. — lekki nawrót w lewym oku. R o e n t g e n na lewe oko 30% HED. Chora stale stosuje ektebinę, wyjeżdża do Otwocka. 28.I. 1932: Stan oczu bardzo dobry. W obu oczach tylko ślady osadów na D e s c e m e c i e. VOD. 1.0 VOS. 5/6.

P r z y p a d e k 10. Chora L. G., lat 19, przybyła do mnie 17.XII. 1931, skarżąc się na zaczerwienienie i bóle w lewym oku. Stwierdziłem zapalenie białkówki i zaleciłem dīposal i domięśniowe zastrzyknięcie mleka. 23.XII: stan oka gorszy, gdyż źrenica słabo się rozszerza od atropiny, na D e s c e m e c i e zaś wystąpiły od dołu liczne drobne szarawe osady. Chora ma lekki stan podgorączkowy; M a n t o u x — silnie dodatni. VOD. 5/8. Chora otrzymuje 30% HED. na lewe oko. 5.I. 1932: wyraźna poprawa: przekrwienie minimalne, źrenica dobrze rozszerzona, osady mniej liczne, dno przegląda lepiej. 12.I. — od wczoraj przekrwienie i bóle w prawym oku. Tęczówka zlekka zmieniona w zabarwieniu, osadów niema, lecz wyraźna *neuritis optica*: tarcza o. p. wyraźnie zarumieniona, granica nosowa zatarta, żyły wydatnie obrzmiały, wzdłuż dołnych naczyń widoczny obrzęk siatkówki. VOD. 5/6. O. L. stan dobry, VOS. 5/6. Tegoż dnia chora otrzymuje po 15% HED. na każde oko i wyjeżdża do Otwocka. Ma stosować ektebinę. 24.I.32. W Otwocku stan oka prawego nie uległ polepszeniu: źrenica dobrze rozszerzona po atropinie, lecz ciecz wodna bardzo mętna, tarcza w stanie zapalnym. 1.II.32 w o. p. dużo świeżych osadów na D e s c e m e c i e, gałka silnie nastrzyknięta. 20% HED. na p. o. 13.II.: przekrwienie o. p. znikło zupełnie, tarcza n. w. wygląda lepiej. VOD. 5/8 — 5/6. 27.II. Przekrwienia, bólu gałek nie było od dwu tygodni; w obu oczach, głównie w lewym, pozostałości osadów na D e s c e m e c i e. Tarcza o. p. jeszcze wyraźnie neurytyczna. VOD. 5/10 — 5/8, VOS. 5/5. 20.III. W prawym oku tylko mała głęboka plamka rogówki nieco ku dołowi i nazewnątrz od środka; nosowy brzeg tarczy jeszcze nieostro zarysowany, żyły poszerzone. VOD. 5/6 — 5/5. Oko lewe: kilka punkcików brunatnawych na D e s c e m e c i e, tarcza lekko neurytyczna, VOS. 5/5. 6.V.32. Chora stosuje co trzeci dzień ektebinę. Stan obu oczu zupełnie dobry: ani w przednim odcinku, ani w dnie nie dostrzega się żadnych zmian. VOD. (z korekcją) 5/5, VOS. 5/4. (Pokaz chorej).

P r z y p a d e k 11. Chora M. F., lat 27, zjawiała się u mnie 12.III. 1932. Leczyła się u kol. A r k i n a od 4-ch tygodni z powodu silnego zaczerwienienia i osłabienia wzroku w pr. o. Dotychczas prócz atropiny, preparatów salicylowych otrzymywała dwukrotnie domięśniowo mleko. Wobec braku poprawy kol. A. zalecił naświetlenie promieniami R., które, zdaniem moim, były dane w zbyt silnej dawce: chora otrzymała w ciągu dwóch tygodni w czterech dawkach 50% HED. Stan oka nie uległ zmianie, wtenczas chora zwróciła się do mnie. Stwierdziłem wtedy: P i r q u e t daje bardzo żywy odczyn miejscowy i podniesienie się ciepłoty do 37,7 st. Przeswietlenie klatki piersiowej (kol. S e l l i g): szczyt prawy mniej powietrzny, wyjaśnia się słabiej przy kaszlu; w tymże szczycie zwapniałe ognisko na wysokości obojczyka, powyżej większe ognisko wielkości dużego grochu, ostro konturowane. Cienie wętkowe wybitnie gęstsze i szersze, o licznych powiększonych i zmienionych gruczołach, z silniejszym smugowatym promienianiem obustronnie, szczególnie w kierunku ku szczytom. Stan oka prawego: nastrzyknięcia niema, źrenica rozszerza się maksymalnie od atropiny, tęczówka sama niezmieniona, lecz na błonie D e s c e m e t a wszędzie bardzo liczne zlewające się duże, szare, płaskie plamy. Dno wydatnie zamglone, żyły na

tarczy wyraźnie poszerzone. VOD. z korekcją 5/10 (z trudem). Chora otrzymuje ektebinę, która, początkowo wcierana w niewielkich ilościach i krótko, dawała bardzo żywy odczyn skórny. 17.III. mogłem już stwierdzić znaczną poprawę w stanie subiektywnym i obiektywnym u chorej: osadów znacznie mniej, dno jaśniejsze, żyły na tarczy normalne. VOD. 5/8. 7.IV.32 po dwutygodniowym pobycie w Śródborowie i stosowaniu ektebiny, która teraz daje znacznie mniejszy odczyn miejscowy: wszystkie plamy na D e s c e m e c i e znikły, dno zupełnie czyste, VOD. 5/6. Od tego czasu chora jest zupełnie zdrowa (pokaz chorej).

P r z y p a d e k 12. Chora B. B., lat 15, przybyła do mnie 18.VI. 1931 po 9-iotygodniowym bezskutecznym leczeniu u bardzo wziętego kolegi. W oku lewym umiarkowane przekrwienie dookoła rogówki; prawie na całym rąbku, w rogówce i białkówce cały szereg świeżych i starych nacieków, skutkiem czego w wielu miejscach białkówka jakby nasuwa się na rogówkę. VOS. 5/15. Chora wyraźnie czyni wrażenie dziecka, dotkniętego zółtami. Otrzymuje 10% HED. i ektebinę, po czym wobec niemożności pozostania w Warszawie udaje się do rodziców, mieszkających na wsi. 27.VII.31. Stan oka znacznie lepszy: znikło przekrwienie i dokuczliwy światłowstręt. VOS. 6/10. R o e n t g e n 10% HED. 27.XII.31. Od pięciu miesięcy stan oka zupełnie dobry. Obiektywnie: w rogówce tylko stare białe plamy językowate od obwodu ku środkowi. VOS. (z cyl.) 5/6. W kwietniu r. b. ciotka chorej zapewniła mnie, że dziewczyna jest najzupełniej zdrowa.

P r z y p a d e k 13. Chora D. S., lat 24, od szeregu lat leczy się na oczy. 23.IV. 1930. Stan oczu: O. P.: na rąbku rogówki pomiędzy 12 1/2 a 11 1/2 dość duży naciek w głębokich warstwach żółtawy, obficie unaczyniony; prócz tego parę starych zmętnień, na tęczówce i przedniej torebce ślady przebytych tylnych zrostów. VOD. 5/10. O. L.: *seclusio pupillae*, w rogówce stare, gęste, głębokie męty. VOS. 5/10. W obu oczach odcinki białkówki dookoła rogówek ścięnczały, barwy niebieskawej (*herato - scleritis*). Chora otrzymała po 30% HED. na każde oko i ektebinę. 5.V.30. Świeży naciek w prawej rogówce zmniejszył się znacznie, jest bardziej szaro-biały. 20.VI. 30. Na miejscu nacieku w rąbku obecnie delikatna bliznka. Świeża duża *phlyctaena* na rąbku na godz. 9-ej. Chora niesystematycznie stosuje ektebinę. 8.X.30 w prawem oku żywe nastrzyknięcie, na godz. 8-ej koło rąbka świeży powierzchowny naciek w rogówce. Chora nie zgadza się na powtórne naświetlania (pozamiejscowa). 15.I. 1931 od pewnego czasu znów pogorszenie w obu oczach: gałki przekrwione, w obu rogówkach świeże nacieki blisko rąbka.

P r z y p a d e k 14. Chora H. R., lat 21 przybyła do mnie 18.VI. 1930: Choruje na lewe oko od lat prawie 10-iu. O. L. bardzo wydatne nastrzyknięcie rzęskowe, białkówka u rąbka na przestrzeni od godz. 7-ej do 11-ej wygórowana i bolesna na dotyk. Chora otrzymuje 20% HED. 30.VI. W dawne miejsce przekrwienie i wygórowanie mniejsze, lecz obecnie bolesność, przekrwienie i zmętnienie rogówki u rąbka pomiędzy 11/4 a 31/4. W 20% HED. 9.VII.30. Stan bez zmian; od dołu widoczne świeże smugi, drążące od rąbka w głąb rogówki.

Jak widać z powyższego, spostrzeżenia moje dotyczą 14-u przypadków schorzeń grucliczych przedniego odcinka gałki, z tego 11 *Irido - Cyclitidis tbc.* 3 zaś *Kerato - Scleritidis (Keratitis scleroticans) tbc.*

W pierwszej grupie w trzech przypadkach stwierdziłem ciężkie powikłania w dnie ocznym, mianowicie, po jednym przypadku: *chorioiditis disseminata*, *chorioretinitis juxtapapillaris* (J e n s e n), *retinitis proliferans (periphlebitis retinae)*. Bardzo często, nieomal w

większości przypadków, obserwowałem lekki stan zapalny brodawki nerwu wzrokowego, co uważam za objaw znamieny (dla gruźliczego zapalenia tęczówki i ciała rzęskowego).

Druga grupa należy do rzędu cierpień oka, nader trudno poddających się jakimkolwiek leczeniu, zwłaszcza wobec częstych nawrotów, jakie powstają po nawet dłuższych okresach względnego spokoju.

Zastanawia mnie okoliczność, że na 14 przypadków — 12 dotyczyły kobiet, a tylko 2 mężczyzn. Nie udało mi się w dostępnych mi pracach znaleźć potwierdzenia tej bijącej w oczy różnicy w zapadalności na gruźlicę oka pomiędzy jedną a drugą płcią. Okres przekwitania u kobiety ma niewątpliwie wpływ na występowanie sprawy gruźliczej w oku, co jest rzeczą znaną, i o czym na swym materiale mogłem się przekonać, lecz miałem takich przypadków zaledwie dwa, reszta dotyczyła osób w wieku młodym — pomiędzy 20-ym a 30-ym rokiem życia.

Wyniki lecznicze, jakie otrzymałem w pierwszej grupie, były bardzo dobre w 6-ciu przypadkach, dobre — w 2-ch, stan oczu pozostał bez zmiany w 3-ch.

Pogorszenia nie spostrzegałem ani razu. Do bardzo dobrych zaliczam przypadki, w których po przebytej sprawie nie pozostało żadnego śladu lub nikt tylko zmiany trwałe, które nie miały wpływu na czynność wzrokową; do dobrych — przypadki, w których dłuższa obserwacja nie wykryła nawrotu, ostrość zaś wzroku znaczej uległa poprawie, choć nie osiągnęła poziomu z przed początku choroby. Jeśli naświetlanie promieniami R. ma, jak o tem jestem najmocniej przekonany, wpływ dodatni na sprawę gruźliczą w tęczówce oka, na także sprawy w białkówce okazuje działanie znacznie słabsze, na sprawy zaś w dnieniu ocznym już bardzo problematyczne. Nie przeczę, że np. w moim przypadku zapalenia tęczówki, któremu towarzyszyło *chorio-retinitis juxtapapillaris*, i sprawa w siatkówce uległa wyraźnej poprawie, lecz dopiero wtedy, gdy tęczówka uległa już całkowitej *restitutio ad integrum*, więc nastąpiło to, że tak powiem, wtórnie, tak, jak ustępował stan zapalny w nerwie wzrokowym po wygaśnięciu sprawy w przednim odcinku gałki.

O dawkowaniu promieni R. powiem tylko ogólnikowo, że staram się stosować je bardzo oględnie, dając zazwyczaj dawki małe (10 do 20% HED.) i powtarzając je w odstępach od 3 — 6-tygodniowych. Kieruję się postacią zapalenia tęczówki, więc w przypadkach gruźlicy ostrej wysiękowej postępuję ze zdwojoną ostrożnością, natomiast w wytwórczej i włóknistej daję dawki większe aż do 30%. Najlepsze wyniki otrzymywałem w przypadkach względnie świeżych, zastrzała oddziaływają gorzej. Oczywiście, że naświetlanie nic nie mogą wpłynąć np. na stare szerokie tylnie zrosty. Miałem możność przekonania się, że nawet małe dawki promieni nie są rzeczą obojętną dla oka, bo w jednym przypadku *Keratitidis sclerotisantis* po dawce 10% HED. miałem wyraźne pogorszenie sprawy w rogówce. Jak to wyżej zazaczyłem, w mojej drugiej grupie miałem znacznie gorsze wyniki, bo z 3-ch przypadków nastąpiło wyraźne polepszenie tylko w jed-

nym, w pozostałych dwóch nie miałem wyniku dodatniego.

Jak to już wyżej powiedziałem, we wszystkich moich przypadkach stosowałem prócz naświetlań jeszcze i tuberkulinę, najczęściej w postaci ektebiny, rzadziej pirqetyzacji, a w jednym zastrzykiwałem starej tuberkuliny, więc może mnie spotkać zarzut, że lwia część zasługi w tych dodatkowych wynikach winna być przypisana leczeniu swoistemu. Lecz tak nie jest, gdyż dawniej, gdy u swoich chorych stosowałem tylko tuberkulinizację, wyniki były znacznie mniej zachęcające, a, co najważniejsza, występowały dopiero po upływie dość długiego czasu, podczas gdy po naświetlaniach zazwyczaj już w tydzień, dwa widzimy zmianę na lepsze w stanie subiektywnym i obiektywnym chorego oka, zwłaszcza w przypadkach świeżych.

Chciałbym w paru słowach omówić działanie jeszcze jednego czynnika leczniczego w gruźlicy oka, mianowicie, klimatoterapii. Bardzo gruntowne prace W e r d e n b e r g a wykazały niezbicie, że jednocześnie ze sprawą gruźliczą w oku prawie zawsze u chorych stwierdzić możemy czynną sprawę w płucach. Mój materiał chorych we wszystkich przypadkach, które były kierowane do badania fizykalnego i rentgenologicznego klatki piersiowej, (a czynię to bardzo często), potwierdza najzupełniej wyniki statystyczne W., oparte na dużych liczbach. W tych warunkach leczenie klimatyczne nasuwa się nam samo przez się. Niestety, nie posiadamy u nas w kraju miejscowości klimatycznej, gdzie chorzy mogliby jednocześnie znaleźć i opiekę okulistyczną. Zakopane, mające już od lat wielu zupełnie zasłużoną sławę stacji klimatycznej dla chorych gruźliczych, nie ma okulisty. Swoich chorych niezamożnych kieruję choćby na parę tygodni do Otwocka, skąd mogą od czasu do czasu przyjeżdżać do Warszawy dla sprawdzenia stanu oka lub naświetlenia. Zamożni udają się do sanatorium W e r d e n b e r g a w Davos. Trzy chore z bardzo ciężką gruźlicą całej jagodówki (u dwóch chodziło już o jedyne pozostałe oko), które miałem przez pewien czas w swej opiece, po dłuższym pobycie w Davos wróciły z wybitną poprawą.

Pozwalam sobie i na ten czynnik leczniczy zwrócić uwagę kolegów, bo, mam wrażenie, że o nim mało się pamięta.

W kwietniu roku przyszłego odbyć się ma w Madrycie XIV Międzynarodowy Zjazd Okulistów. Jednym z dwu t. zw. urzędowych tematów jest: „Gruźlica tęczówki i ciała rzęskowego”. Ten zaś temat podzielony został na trzy podrzędne: 1. Współczesne metody lecznicze, 2. Anatomja patologiczna i 3. Rozpoznanie i rozpoznanie różniczkowe.

Jak widać, wszędzie udoskonalenie naszych sposobów leczenia gruźlicy oka jest sprawą dnia. Przekonany jestem, że rentgenoterapia gruźliczych schorzeń przedniego odcinka gałki zajmie w Madrycie miejsce poczesne. W oczekiwaniu wyników Zjazdu Madryckiego pozwoliłem sobie przedstawić wyniki, jakie osiągnąłem dotąd, łącząc rentgenoterapię, którą stawiam na pierwszym miejscu, z tuberkulinoterapią i leczeniem klimatycznym.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z polikliniki chorób skórno-wenerycznych (Dr. S. Neumark)
Kasy Chorych w Łodzi.

Przyczynek do poznania trzeciorzędowej kiły gruczołów chłonnych (*lymphadenitis gummosa*).

Podał

Dr. S. NEUMARK (Łódź).

Kiła trzeciorzędowa gruczołów chłonnych (*lymphadenitis gummosa*) wzbudza szczególne zainteresowanie nie tylko ze względu na swą stosunkową rzadkość, lecz zarówno na możliwe błędy rozpoznawcze, zwłaszcza w kierunku gruźlicy oraz innych stanów zapalnych lub spraw nowotworowych. Postawienie rozpoznania może być niekiedy bardzo utrudnione, jeżeli zmiany chorobowe dotyczą tylko jednej grupy gruczołów chłonnych bez jednoczesnych objawów kiłowych ze strony skóry lub narządów wewnętrznych tembardziej, że często chorzy nie wiedzą wcale o przebytem zakażeniu.

Nie ulega wątpliwości, że z chwilą jak, zwłaszcza chirurdzy i wenerolodzy, w każdym przewlekłym przebiegającym schorzeniu gruczołów chłonnych będą brali pod uwagę możliwość kiły, tego rodzaju przypadki coraz bardziej mnożyć się będą.

Ze trzeciorzędowa kiła gruczołów chłonnych niezbyt często jest przedmiotem demonstracji, względnie publikacji naukowych, świadczy o tem statystyka Cummera z roku 1927, który skrupulatnie zebrał zaledwie 86 przypadków, notowanych w piśmiennictwie. Nawet jeżeli do tej liczby dołączyć niektóre spostrzeżenia, ominięte przez wymienionego autora, natomiast przytoczone w pracy H. Fasala (przypadki Buscha 1891), v. Zeissla (1894), Ehrmanna (1902), Fingera (1903), Verrotiego (1905), oraz w treściwej pracy Emila Zuhella, następnie przypadki opisane przez Miliana, Sauphara i Lelonga (1922), Miliana (1924), Nantaę (1924), dalej spostrzeżenia Krena (1929), Lapschewa (1929), Dufkego (1929), Pasztaya, Stefko (1932),*) oraz uwzględniając doświadczenia niektórych patologów (Buday, Schridde, Sternberg), to łączna liczba wszystkich dotychczas ogłoszonych spostrzeżeń trzeciorzędowej kiły gruczołów chłonnych u dorosłych osobników wyniesie zaledwie 100, gdyż w swej statystyce uwzględnia Cumer również szereg przypadków kiły wrodzonej. Natomiast wedle szeregu autorów (Vignolo-Lutati, Ménard i Moser, Nanta, Favre i Bernheim, Głagolewa) kilakowe zmiany gruczołów chłonnych są zjawiskiem dość częstym u dzieci, wykazujących pozatem inne objawy kiły wrodzonej.

Z powodu względnej rzadkości kilakowych schorzeń gruczołów chłonnych w przebiegu kiły nabytej należy szczególnie podkreślić każde tego rodzaju spostrzeżenie, toteż pozwalamy sobie zwrócić uwagę na nasz przypadek o typowym przebiegu, który pozatem przedstawia niektóre dość ciekawe szczegóły.

M. H. lat 30. *Lymphadenitis gummosa, partim ulcerosa glandularum inguinalium. Psoriasis gyrata et serpiginosa.*

12.VIII.31. Chora podaje, że w dzieciństwie nigdy nie chorowała. Będąc panną zawsze dobrze wyglądała, miała rumieńce na twarzy i doskonale się czuła. Kilka miesięcy po wyjściu zamąż, w 25-ym roku życia poroniła, później rodziła dwa razy; dzieci żyją i są naogół zdrowe. U starszego 5-letniego chłopca serologiczne badanie krwi wykazało odczyn Wassermana częściowo dodatni (++). Również klinicznie istniały pewne objawy, przemawiające za kiłą wrodzoną, mianowicie wadliwe uzębienie i uogólnione powiększenie gruczołów chłonnych. Co się tyczy drugiego chłopca, poza powiększonymi gruczołami chłonnymi nie istniały żadne inne zmiany chorobowe. Wynik badania krwi był również częściowo dodatni (Wasserman ++, Meinicke —).

Chora od zeszłego roku cierpi na uporczywe i silne bóle oraz zawroty głowy. Nigdy nie zauważyła ona jakiegokolwiek ranki lub owrzodzenia na częściach płciowych. Wysypka łuszczykowa umiejscowiona przeważnie na tułowiej datuje się od półtora roku, natomiast obecność guzów w obydwu pachwinach stwierdziła chora dopiero przed rokiem. Guzy te powoli się powiększały, lecz nie sprawiały jej żadnych dolegliwości; skóra ponad guzami miała wygląd zupełnie normalny. Dopiero pół roku temu chora poczuła rwanie w lewej pachwinie, przyczem, badając się, zauważyła zaczerwienienie i nacieczenie skóry ponad powiększonymi gruczołami chłonnymi w tejże okolicy. Po kilku tygodniach pokazały się w lewej pachwinie dwa owrzodzenia bez wszelkiego ropienia i zupełnie niebolesne, wskutek czego pacjentka nie uważała za wskazane się leczyć. Ponieważ jednak owrzodzenia te nie zagajały się, lecz wręcz przeciwnie, uległy stopniowemu powiększeniu, pozatem nastąpiło obrzmienie lewej dużej wargi sromnej, zwróciła się pacjentka do chirurga po poradę. Chirurg (Dr. Dobulewicz) stwierdził w obydwu pachwinach obecność dużych, twardych i niebolesnych guzów, owrzodziłych w okolicy lewej pachwiny, oraz wysypkę na tułowie, wskutek czego skierował uprzejmie chorą do nas z prośbą o zbadanie. Badanie krwi na odczyn Wassermana dało wynik wybitnie dodatni.

Status praesens. Chora wysokiego wzrostu, bardzo szczupła (wagi zaledwie 50 klg.), bardzo blada, o cierpiącym wyrazie twarzy, uskarża się na ustawiczne bóle głowy i ogólne osłabienie. Obiektywnie stwierdza się obecność wysypki, umiejscowionej w okolicy międzyłopatkowej, na bocznych stronach tułowia, na dolnej połowie brzucha, na wewnętrznej stronie obydwu pośladków, na zewnętrznej stronie lewego uda oraz na łokciach, a składającej się z poszczególnych nacieczonych blaszek, nieco wyniosłych ponad otaczającą skórę, wielkości ziarna maku do fasoli, kształtu przeważnie okrągłego, pojedynczo rozsiane lub łączące się ze sobą, tworząc ogniska o ułożeniu sierpowatym, łukowatym lub polycyklicznym. Blaszki te barwy różowo-czerwonej pokryte są szarawo-srebrzystymi łuseczkami, po których zeskrobaniu następuje kropkowane krwawienie.

W okolicy prawej pachwiny widoczna jest wypukłość, spowodowana obecnością podskórnie ułożonego guza wielkości jaja gęsiego, kształtu owalnego, o spłistości wybitnie twardej, niebolesnego na ucisk. Guz ten o powierzchni gładkiej i jednolitej, składający się z powiększonych i zlepionych w jedną całość gruczołów chłonnych, nie daje się przesunąć prawdopodobnie wskutek istnienia zrostów z otaczającymi tkankami (*peradenitis*). Również w lewej pachwinie wyczuwa się obecność rozległego nacieku o nierównej, guzowatej powierzchni, o twardej spłistości, nie bolesnego na ucisk. W tejże okolicy istnieją dwa owrzodzenia. Owrzodzenie przysrodkowe kształtu

*) Cytowany według manuskryptu łaskawie oddanego przez autora.

podłużnego, wielkości jaja gołębiego ma ostro ścięte, nieregularne i nie podminowane brzegi oraz dno wdrażone, o nierównej powierzchni, pokryte szarawo-żółtawym nalotem. Drugie zaś owrzodzenie, znajdujące się w odległości 4 cm. nazewnątrz od pierwszego, kształtu owalnego, wielkości dwuzłotówki, o brzegach gładkich i ostro ściętych, wypełnione jest całkowicie guzem. Guz ten o spistości miękka - elastycznej występuje 1/2 cm. ponad powierzchnią skóry otaczającej i pokryty jest szarawo-żółtym nalotem. Skóra dokoła tych owrzodzeń jest sinawo-czerwona i zrosnięta ze znajdującym się pod nią naciekiem.

Lewa duża warga sromna jest znacznie obrzęknięta, o spistości elastyczno-twardawej, niebolesna na ucisk. Na dolnej jej powierzchni znajduje się płaska blizna kształtu okrągłego, wielkości małego grochu.

Inne gruczoły chłonne (podszczękowe, szyjne, pachowe, łokciowe), nie są powiększone.

W okolicy obydwu dołków kołanowych, zwłaszcza zaś w lewym, znajdują się liczne teleangiektazje i rozszerzenia żyłne o siatkowatym ułożeniu.

Kliniczne badanie serca i płuc żadnych zmian nie wykazało. Prześwietlenie płuc: miąższ płucny bez zmian widocznych. Prawidłowe cienie węłkowe. Dobrze ruchoma przepona.

Odczyny Moro i Pirqueta zupełnie ujemne. *)



przyp. M. H. *Lymphadenitis gummosa*.

22.XI.31. Już po pierwszych wlewaniach dożylnych Neosalvarsanu w dawkach 0,15 — 0,45 gr. oraz po kilku śródmięśniowych wstrzyknięciach emulsji azotanu bizmutu nastąpiło nader szybkie wchłanianie się guzów, zwłaszcza w okolicy lewej pachwiny z jednoczesnym gojeniem się owrzodzeń. Owrzodzenia te zablizniły się zupełnie po 9 Neo, plus 15 Bi, zaś guz w prawej pachwinie zmniejszył się do wielkości małego kurzego jaja. Obrzęk dużej wargi znikł bez śladu.

Obecnie po skończonej kuracji (12 Neo. plus 24 Bi.) stan jest następujący:

Chora czuje się znacznie lepiej, bólów i zawrotów głowy niema wcale; przybyło jej na wadze przeszło 2 kg. (wazy 52 1/2 kg.).

Wykwity łuszczykowe na bocznych stronach tułowia, na zewnętrznej stronie lewego uda, na lewym pośladku oraz na dolnej części brzucha przypłaszczono, barwy różowej, po części pozbawione łusek, niektóre z nich poniekąd wchłonięte z następczym lekkim odbarwieniem skóry (*leukoderma*), zwłaszcza na bocznych górnych częściach brzucha; natomiast w okolicy mię-

dyłopatkowej i na pośladkach brak zmian. W okolicy prawej pachwiny istnieje guz twardy, lecz niebolesny, kształtu owalnego, wielkości jaja gołębiego, o powierzchni gładkiej, nieco przesuwalny. W lewej pachwinie w miejscu zagojonych owrzodzeń widoczne są głęboko wciągnięte i przyrośnięte do podłoża blizny, kształtu podłużnego, barwy sinawo-czerwonej; dokoła tych blizn wyczuwają się resztki poprzednio istniejącego nacieku, o spistości elastycznej i niebolesnego na ucisk. Części płciowe zewnętrzne bez zmian.

Serologiczne badanie krwi wykazało odczyny Wassermann'a i Meinickiego wybitnie dodatnie.

Badanie morfologiczne krwi: Hemoglobiny 68% (metoda Autenrieth-Sahli), krwinek czerwonych — 4,300,000, białych — 7,500, z tych obojętnochłonnych — 72%, kwasochłonnych — 2%, limfocytów — 20%, monocytów i postaci przejściowych — 6%.

20.I.32. Po dłuższym podawaniu doustnym jodku potasu (10.0/200.0) stan bez większych zmian. W okolicy lewej pachwiny istnieją tylko dwie blizny o normalnym zabarwieniu, nieco wciągnięte, lecz przesuwalne; nacieku nie wyczuwa się wcale. W prawej pachwinie guz nieco się zmniejszył, również jest cokolwiek więcej ruchomy. Wysypka łuszczykowa znika powoli po zastosowaniu środków zewnętrznych.

Histologiczne badanie skrawka owrzodzonego guza, umiejscowionego w lewej pachwinie, przy zastosowaniu różnych barwień (Hematoksylina-Eozyna, Van Gieson, Weigert oraz Fränkel (na włókna sprężyste), Unna-Pappenheim) wykazało następujące zmiany**):

Torebka oraz powierzchowne warstwy gruczołu są zserowaciałe i przedstawiają jednorodną masę, miejscami usianą bardzo licznymi chromatofilnymi ziaretkami i bryłkami (resztki jąder znekrotyzowanych komórek). Pomiędzy tą warstwą a znajdującą się pod nią ziarniną istnieją miejscami skupienia leukocytów, również wykazujące zmiany nekrobiotyczne. Wymieniona ziarnina składa się z komórek o podłużnych lub owalnych jądrach (komórki nabłonkowe), z licznych komórek plazmatycznych i limfocytów, z niewielu leukocytów kwasochłonnych i komórek tłuszcznych; pozatem znajdują się komórki o dużych, owalnych, słabo zabarwionych jądrach (śródbłonki dróg limfatycznych) i gdzieś tam pojedyncze komórki olbrzymie, po części typu Langerhansa. W niektórych miejscach ziarnina składa się przeważnie z komórek nabłonkowych, w innych zaś istnieją mniej lub więcej odgraniczone skupienia komórek plazmatycznych i limfocytów z nieznaną przymieszką komórek nabłonkowych. Komórki olbrzymie znajdują się przeważnie w pobliżu zserowaciałej części ziarniny. W tej ziarninie stwierdza się obecność licznych, młodych włókienek klejnorodnych z podłużnymi jądrami. Znajdujące się tutaj naczynia włosowate są rozszerzone i wypełnione krwinkami czerwonymi. Również rozszerzone drogi limfatyczne są wyścielane przerosłym śródbłonkiem o dużych, owalnych jądrach i zawierają liczne ciała białe.

W głębszych warstwach znajdują się po części dobrze zachowane grudki chłonne; pozatem tkanka ziarninowa składa się przeważnie z limfocytów i komórek plazmatycznych, z niewielu kwasochłonnych leukocytów oraz z komórek, pochodzących z dróg limfatycznych; miejscami znajdują się skupienia komórek nabłonkowych i leukocytów, gdzieś tam istnieją mniej lub więcej odgraniczone ogniska nekrobiotyczne.

Naczynia krwionośne wykazują zmiany zapalne przeważnie błony wewnętrznej i warstwy zewnętrznej; ściany naczyń

**) Panu Doktorowi Ściesińskiemu, Kierownikowi pracowni anatomo-patologicznej Szpitala im. Prez. Mościckiego Kasy Chorych w Łodzi, wyrażam serdeczne podziękowanie za uprzejme wykonanie preparatów histologicznych.

*) Inne fotografie tegoż przypadku przed i po leczeniu swoim zarówno jak rysunki mikroskopowe załączone są do pracy, która się wkrótce ukaże w Urologic and Cutaneous Review.

są przez to zgrubiałe i nacieczone. Wskutek bujania błony wewnętrznej występuje znaczne zwężenie lub też zarośnięcie światła naczyń (*Endo- et Perivascutitis obliterans*).

Niektóre z tych naczyń wykazują zmiany rozpadowe z pozostawieniem ułamków włókien sprężystych i następnie łącznotkankowym przeistoczeniem. Dokoła zmienionych naczyń tkanka łączna jest szczególnie rozrosła i składa się z gęsto ułożonych smug, które, rozszczepiając się w coraz cieńsze włókna i włókienka, wnikać w ziarninę, obejmując i oddzielając od siebie poszczególne skupienia komórkowe. Sklerotyczna tkanka łączna zawiera włókienka sprężyste o postaci podłużnych lub rozgałęzionych ułamków.

Streszczając się, mamy tutaj do czynienia z trzeciorzędowymi zmianami gruczołów chłonnych u 30-letniej kobiety, która prawdopodobnie przed 6 laty, po zamążpójściu, zaraziła się kiłą. Pacjentka nie wiedziała o istnieniu choroby. U chorej tej wystąpiły mniej więcej przed rokiem powoli się powiększające, niebolesne guzy w obydwu pachwinach, podczas gdy inne gruczoły chłonne nie były klinicznie zmienione. Poza to badanie ogólne nie wykazało obecności jakichkolwiek innych objawów kiłowych skóry lub narządów wewnętrznych. W lewej pachwinie umiejscowione były dwa owrzodzenia, powstałe wskutek zrośnięcia się guzowatego nacieku ze skórą z następczą perforacją. Odpowiednio do tych zmian istniał u chorej dość znaczny, lecz niebolesny obrzęk lewej dużej wargi sromnej, a na jej dolnej powierzchni stwierdzić można było obecność powierzchownej blizny kształtu okrągłego. Obrzęk ten zjawiał się, zgodnie z zeznaniem chorej, dopiero po wystąpieniu owrzodzeń w lewej pachwinie. Tego rodzaju zmiany obrzękowe występują nierzadko, zwłaszcza u kobiet, wskutek miejscowego zastojów limfatycznego w związku z operacyjnym usunięciem lub niedrożnością odpowiednich gruczołów chłonnych. U chorej istniała poza to wysypka, umiejscowiona przeważnie na tułowiu.

Zdaleka wysypka ta była poniekąd podobna do późnych zmian przymiotowych o postaci guzkowo - pełzającej ze względu na łukowate lub sierpowate ułożenie poszczególnych ognisk. Jednakże zabarwienie różowo - czerwone wykwitów, szarawo-srebrzyste łuski, kropkowate krwawienie po zeszkrobaniu tychże oraz obraz histologiczny przemawiają za tem, że rozchodzi się tutaj o łuszczycę, która mniej więcej 1/2 roku przed ukazaniem się guzów w obydwu pachwinach po raz pierwszy w życiu u chorej się zjawiała.

Badanie histologiczne owrzodzonego guza wykazało, obok zserowaciałych zmian torebki i warstw powierzchownych gruczołu, obecność ziarniny, składającej się z komórek nabłonkowych, z nader licznych limfocytów i komórek plazmatycznych, z komórek o dużych i owalnych jądrach, prawdopodobnie pochodzących z dróg limfatycznych, z pojedynczych komórek olbrzymich oraz z nielicznych leukocytów kwasochłonnych i komórek tucznych. Oprócz powyższych istniały zaznaczone zmiany zapalne naczyń krwionośnych, zwłaszcza warstwy zewnętrznej i śródbłonna ze zwężeniem lub zupełnym zarośnięciem światła naczyń. Niektóre z tych naczyń wykazywały zmiany rozpadowe z następczym łącznotkankowym przeistoczeniem. Wreszcie stwierdzić można było przerost tkanki łącznej, szczególnie uwydatniony dokoła schorzałych naczyń krwionośnych.

Przeprowadzone leczenie przeciwikiłowe przyczyniło się do nader szybkiego zagojenia owrzodzeń i wchłonięcia nacieku w okolicy lewej pachwiny oraz znacznego zmniejszenia się guza w prawej pachwinie. Natomiast wpływ leczenia na zniknięcie ognisk łuszczycowych był stosunkowo nieznaczny. Równoległe do tej miejscowej poprawy nastąpiło znaczne polepszenie ogólnego stanu chorej. Uporczywe bóle głowy, silne osłabienie, zaznaczona anemja ustąpiły zupełnie, poza to chorej przybyło na wadze przeszło 2 1/2 klg.

(Dok. nast.).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

Seksualizm wieku dziecięcego.

Podał

M. ZAMENHOF (Warszawa).

Seksualizm wieku dziecięcego jest dziedziną, którą pedjatrja dotychczas bardzo mało się zajmowała. W obszernych podręcznikach pedjatrji możemy znaleźć najwyżej opis takich stanów, które wywołują zmiany somatyczne, jak np. *pubertas praecox*, infantylnizm i t. p. Z przejawów życia płciowego omawiany jest przeważnie onanizm. Pedjatrja pozostawiła badanie seksualizmu dziecięcego psychologom i psychiatrom, im więc głównie zawdzięczamy to, co z tej dziedziny wiemy. Zlekceważenie tej dziedziny przez pedjatrów jest niesłuszne, bo przecież matka, która zauważy u swego dziecka jakiś przejaw seksualizmu, coś, co ją słusznie lub niesłusznie zaniepokoi, nie zwróci się z tem do psychiatry, tylko do lekarza, który stale dziecko obserwuje, to jest przedewszystkiem do pedjatrji. Niniejszy referat ma więc na celu zainteresowanie lekarzy - praktyków tą kwestją.

Przedewszystkiem zajmijmy się źródłami, z których możemy czerpać nasze wiadomości o seksualizmie

wieku dziecięcego. Źródła te są dwojakie: obserwacja i wspomnienia. Obserwacje mogą być robione przez rodziców, wychowawców, psychologów i lekarzy. Obserwacje, dokonywane przez rodziców, to jest głównie przez matki, mają małą wartość. Matki przeważnie nic nie wiedzą o życiu płciowym dzieci. Winne jest temu częściowo wychowanie. Dziecko w zaraniu swego życia jest całkowicie bezwstydnym, to znaczy, nie zna ono uczucia wstydu. Dla niego, na przykład, *genitalia* są taką samą częścią ciała, jak i inne, nie widzi ono potrzeby ich ukrywania. Ale matka zaczyna uczyć dziecko, że pewne części ciała należy ukrywać, że o niektórych rzeczach nie należy mówić i t. d. Zwolna dziecko zaczyna rozumieć, że *genitalia* i seksualizm są to sprawy, z którymi należy się kryć. Można wprowadzić o tem pomówić z towarzyszącymi zabaw, z rówieśnikami, ale co do matki, to lepiej, żeby się o tem nie dowiedziała. W ten sposób dziecko uczy się obłudy. Matki myślały przeważnie, że ich dzieci są aseksualne. Na przykład, jedna z matek zapewniała, że jej siedmioletni syn jest zupełnie obojętny na punkcie zagadnień seksualnych; chłopca tego wkrótce potem przyłapano *in flagranti* na *masturbatio mutuality* z rówieśnikami. Widzimy więc, że negatywne zeznania matek nie mają żadnej wartości. Pewną wartość mogą mieć tylko zezna-

nia pozytywne, jeśli matka coś zaobserwowała u dziecka. W tym wypadku jednak niejednokrotnie przecenia ona znaczenie swych spostrzeżeń. Obserwacje wychowawców i nauczycieli mają nie o wiele większą wartość. W rzadkich wypadkach zdarza się, że dziecko ma większe zaufanie do nauczyciela, niż do rodziców, i opowiada mu o swych przeżyciach. Co do obserwacji, czynionych przez psychologów i lekarzy, to niezawsz są one zupełnie wiarogodne. Jeżeli bowiem dany obserwator jest bezwzględny zwolennikiem pewnego kierunku (np. psychoanalizy), to będzie wszystko ujmował w duchu swej szkoły, przez co otrzymujemy obserwacje, zabarwione subiektywnie przez badacza.

O wiele większą wartość mają wspomnienia ludzi dorosłych. Oczywiście, lepiej brać wspomnienia ludzi młodych, którzy lepiej swe dzieciństwo pamiętają. Wspomnień z okresu niemowlęcego nikt nie posiada. Natomiast w wielu przypadkach istnieją wspomnienia z okresu wczesnego dzieciństwa (4 — 5 lat).

Przedewszystkiem należy odpowiedzieć na pytanie, czy wogóle istnieje seksualizm u dzieci. Wśród laików, a nawet wśród wielu lekarzy rozpowszechnione jest mniemanie, że popęd płciowy zjawia się dopiero w okresie *pubertas*. Dotychczas popęd był uśpiony, i oto nagle zjawia się owo „przebudzenie się wiosny”. Na drugim krańcu stoją psychoanalitycy, którzy w każdym niemal ruchu dziecka dopatrują się przejawów seksualizmu. W licznych dyskusjach na ten temat wchodzi w grę nawet czynniki polityczne. Naprzykład *Ochsenius*, polemizując z *Friedjungiem*, mówi, że wszystkie przejawy seksualizmu, zaobserwowane przez tego ostatniego, może zdarzają się u dzieci rasy wschodniej, ale nie u moralnej młodzieży rasy germańskiej. Jednakże liczni czysto germańscy autorzy, stwierdzają często, jak silnie jest rozwinięty seksualizm u dzieci niemieckich.

Gdybyśmy mieli za kryterjum brać teorię celowości, to musielibyśmy powiedzieć, że seksualizm u dzieci nie istnieje, bo nie jest potrzebny. Popęd płciowy został nam dany, abyśmy się mogli rozmnażać, a więc zjawia się podczas pokwitania, znika przy przekwitaniu. Ale właśnie w dziedzinie seksualizmu teoria teleologiczna okazuje się niedostateczna. Mężczyzna z podwiązaniem nasieniowodami, czy kobieta z analogiczną operacją na jajowodach są niezdolni do rozmnażania; mimo to mogą mieć zupełnie normalny popęd płciowy. Podobnie i dzieci, choć niezdolne do rozmnażania, mogą niemniej mieć swój seksualizm. Powinniśmy więc pytanie postawić nie w tej płaszczyźnie, czy seksualizm powinien być u dzieci, tylko czy może być. Zobaczmy, co mówią o tem badania anatomiczne.

Jajniki dzieci zawierają bardzo dużo pęcherzyków *Graafa*, które ulegają atrezji i wytwarzają coś podobnego do przyszłego ciała żółtego z jego komórkami wewnątrzwydzielniczymi. Jądra chłopców zawierają komórki podstawne *Sertollego* i *spermatogonia*, zawarte w wąskich, pozbawionych światła kanalikach nasiennych. Jest rzeczą ciekawą, że komórki śródmiaższowe *Leydiga*, którym przypisujemy własności wewnątrzwydzielnicze, spotykamy w dużej liczbie u noworodków, potem jakby zanikają one i wracają dopiero w kresie *pubertas*. Podczas całego dzieciństwa ich nie spotykamy; jak jednak wielu badaczy uważa, ulegają one tylko pewnym przeobrażeniom, lecz istnieją cały czas. A więc komórki wewnątrzwydzielnicze, które warunkują powstanie popędu płciowe-

go, istnieją najprawdopodobniej przez cały okres dzieciństwa.

Rozpatrzmy teraz rozwój seksualizmu zależnie od wieku. Jak wiadomo, psychoanalitycy uważają, że seksualizm występuje już u niemowlęcia. Przejawem tego seksualizmu ma być przedewszystkiem ssanie czyli cmokanie. Wyraz błogości, malujący się na twarzy ssącego dziecka, ma być dowodem zadowolenia płciowego. Oczywiście, da się przeciw temu wiele powiedzieć. Zaspokojenie uczucia głodu słodkim, smacznym pokarmem, ciepło piersi matczyńskiej i t. d. są wystarczającymi powodami do wywołania zadowolenia dziecka bez wkraczania w sferę seksualną.

Niektóre jednak momenty zdają się przemawiać częściowo za teorią *Freuda*. Dziecko lubi ssać, nawet gdy jest syte. Można stwierdzić z całą pewnością, że sam akt ssania, niezależnie od uczucia zaspokojenia głodu, sprawia dziecku przyjemność. Wystarczy w wielu przypadkach wsadzić dziecku smoczek do ust, aby je uspokoić. Następnie, ssanie rozciąga się czasem poza okres niemowlęcy i nawet pierwsze dzieciństwo. *Gallant* cytuje przypadek ssania smoczka u starszej dziewczynki, która mogła dokładnie już opisać swe wrażenia przy ssaniu. Miały one niewątpliwie wyraźny podkład seksualny. Jak jednak przedstawia się ssanie u niemowląt, których jedynym źródłem poznania jest czysta obserwacja, czy i jaki związek istnieje u nich między ssaniem a seksualizmem, na to odpowiedzieć z pewnością nie można.

Dalszym objawem seksualizmu niemowląt jest onanizm, o którym będzie później mowa.

Źródłem, z którego płynie podniecenie seksualne czyli tak zwanym obrębem erogenetycznym może być, według *Freuda*, u niemowląt początkowo całe ciało, później pierwszeństwem mają usta, czego wyrazem ma być cmokanie. Następnym obrębem erogenetycznym jest odbytnica. Drażnienie błony śluzowej odbytnicy przez kał lub pewne zabiegi ma sprawiać dziecku przyjemność. Dlatego, według *Freuda*, dzieci lubią przetrzymywać kał, i tem ma się tłumaczyć u niektórych skłonność do obstrukcji. Zdaje się, że tłumaczenie to jest dość sztuczne. Jeśli chodzi o manipulacje w obrębie odbytnicy, to trudno stwierdzić, aby wywoływały zadowolenie. Mierzenie naprzykład gorączki lub lawatywa wywołuje zwykle nieprzyjemne zdziwienie i płacz dziecka. W każdym razie faktem jest, że dziecko nie odczuwa wstrętu w stosunku do odbytnicy lub kału. Dzieci często mażą się kałem, niektóre uprawiają nawet koprofagję. Trudno jednak odpowiedzieć na pytanie, czy ma to związek z seksualizmem.

Należy jeszcze zwrócić uwagę na jeden fakt, który mylnie może być uważany za przejaw seksualizmu dziecięcego. Jest nim erekcja, którą dość często możemy stwierdzić u niemowląt. Erekcja u niemowląt powstaje wskutek dużej wrażliwości błony śluzowej cewki moczowej, która, podrażniona przez mocz, wywołuje następnie na drodze odruchowej erekcję. Zjawisko to ma więc raczej związek z oddawaniem moczu, niż ze sferą seksualną. Zaniepokojone stwierdzeniem erekcji matki należy uspokoić, dodając, że nie wymaga to żadnej interwencji prócz przykrycia dziecka pieluszką (w obawie fontanny).

W okresie niemowlęcym dziecko interesuje się przedewszystkiem sobą, jeżeli istnieje więc erotyzm niemowlęcy, to okres ten musimy nazwać autoerotycznym. Po okresie niemowlęcym następuje jakby okres utaje-

nia. Przejawy seksualizmu, które widzieliśmy w wieku niemowlęcym, występują mniej wyraźnie bądź to pod wpływem wychowania, bądź też pod wpływem powstawania nowych uczuć, jak wstręt, wstyd i t. d.

Po czwartym, piątym roku seksualizm zaczyna się nanowo budzić. Cały ten okres *Freud* nazwał „wielokształtnie perwersyjnym“, ponieważ dziecko jest w tym okresie skłonne do najrozmaitszych perwersyj. Cóż jednak jest u dziecka perwersją? Perwersją nazywamy jakiegokolwiek odchylenie od normalnego życia płciowego ze względu na rodzaj popędu, przedmiot, cel i t. d. Ale norm życia płciowego dorosłych nie można przecież przenosić na dzieci. To, bowiem, co u dorosłych jest normalne, nie będzie niem u dziecka, i odwrotnie. Tak zwany normalny popęd płciowy możemy w niektórych przypadkach stwierdzić i u dzieci. U siedmio-, ośmioletnich dzieci można nierzadko stwierdzić popęd, skierowany ku osobom płci przeciwnej przeważnie ku dorosłym. Czasem istnieją próby stosunku płciowego. Prawie nigdy próby takie nie powstają samoistnie, lecz wywołane są przez podpatrzenie stosunku u dorosłych, rzadziej u zwierząt. Dlatego też ważne jest, aby w miarę możliwości dzieci miały osobne sypialnie. Oczywiście, w domach proletariackich, gdzie w jednej izbie mieści się jedna, a nawet kilka rodzin, dziecko niejednokrotnie jest świadkiem życia płciowego dorosłych, którzy przeważnie sądzą, że dzieci i tak z tego nic nie rozumieją.

Czasem popęd kieruje się do rówieśników płci przeciwnej. *Schönfeld* podaje szereg przypadków chorób wenerycznych u dzieci, gdzie jedno dziecko zarażało się od drugiego przy próbie stosunku. Oczywiście, pierwsze z tych dzieci zarażało się od osoby dorosłej, przyczem należy nadmienić, że zarażenia takie nie następują, jak to często sądzą laicy, wskutek gwałtu, ale poprostu wskutek spania w jednym łóżku. Najmłodsze dziecko, u którego opisano próbę czynnego stosunku, był to 2½ letni chłopiec (przypadek *Budaka*). Nierzadko popęd dzieci kieruje się ku rodzicom płci przeciwnej. Psychoanalitycy zbyt często jednak podkreślają ten moment i usiłują wszędzie dopatrzyć się tak zwanego *kompleksu Edypa*.

Przechodzimy teraz do tak zwanych perwersyj. Jedną z najczęstszych jest homoseksualizm. Po okresie autoerotycznym dziecko przenosi zainteresowania z własnego ciała na swych rówieśników. Dzięki podobieństwu charakterów dzieci wybierają na towarzyszy swych zabaw przeważnie rówieśników własnej płci. Bardzo często zdarza się, że zainteresowanie, jakie im okazują, ma charakter seksualny. Interesuje ich ciało towarzyszy, ich części płciowe; często w tym okresie rozwija się wzajemna masturbacja. Bardzo rzadko występuje natomiast w tym czasie jakieś głębsze uczucie, coś w rodzaju miłości. Uczucie takie pojawia się dopiero w okresie, poprzedzającym pokwitanie, i może trwać przez całą *pubertas*. Znane są powszechnie w tym wieku marzycielskie przysjażanie między chłopcami lub między dziewczętami. W literaturze pięknej, w utworach, mających cechy autobiografii, spotykamy często opis podobnych uczuć (*Goethe*, *De la Gard*, *Gide*, *Glaeser* i t. d.).

Po okresie *pubertas* u większości osobników homoseksualizm znika bez śladu, ustępując miejsca heteroseksualizmowi. Niektórzy pozostają nadal homoseksualistami. Homoseksualizm dziecięcy może mieć więc wpływ na rozwój homoseksualizmu dorosłych lub

też nie być z nim w żadnym związku. Od czegoż to zależy? Obecnie przyjmujemy, że popęd płciowy zależy przede wszystkim od wewnątrzwydzielniczej części gruczołów płciowych. Nieliczne badania anatomiczne homoseksualistów wykazały, że mają oni komórki wewnątrzwydzielnicze przeciwnej płci, co warunkuje ich odmienny popęd. Operacja, dokonana w swoim czasie przez *Steinacha* na pewnym pederście, dobitnie potwierdziła ten fakt. Jeszcze przed temi badaniami *Weininger* wysunął teorię, że istnieje stuprocentowy mężczyzna i stuprocentowa kobieta, między niemi zaś szereg typów pośrednich. Im bardziej te typy pośrednie zbliżają się do płci przeciwnej, tem częściej wśród nich możemy spotkać homoseksualistów. Istnieją więc dwa typy homoseksualistów. Pierwszy to homoseksualista prawdziwy, mający znaczną przewagę lub też wyłącznie komórki wewnątrzwydzielnicze płci przeciwnej, drugi to homoseksualista rzekomy lub okolicznościowy, a właściwie biseksualista. Biseksualizm występuje u znacznej liczby ludzi, a nawet u zwierząt. U dzieci w przeważającej liczbie przypadków występuje tylko ów rzekomy homoseksualizm, który po okresie pokwitania znika.

Homoseksualistów prawdziwych często można rozpoznać już w dzieciństwie. Jeżeli chłopiec unika hałaśliwych zabaw z rówieśnikami, zamiast żołnierzy i zbójców woli się bawić lalkami i szyć im sukienki, to prawdopodobnie jest to przyszły homoseksualista. Niezawsze jednak homoseksualizm idzie w parze ze zmianą charakteru. Czasem chłopiec ma charakter, zupełnie odpowiadający swej płci; w okresie pokwitania zjawia się u niego, podobnie jak u większości innych chłopców, pogarda i niechęć do dziewcząt. Podczas jednak, kiedy u innych chłopców stan ten ustępuje wkrótce wręcz przeciwnym uczuciom, u niego zostaje utrwalony.

Duże znaczenie ma pytanie, czy wychowanie może mieć jakiś wpływ na rozwój inwersji, a więc, czy, na przykład, ubieranie chłopca w sukienki, niestrzyżenie mu włosów, dawanie lalek do zabawy i t. d. może z niego zrobić homoseksualistę. Niektórzy zwolennicy *Freuda*, np. *Friedjung*, dają odpowiedź twierdzącą. Biorąc jednak pod uwagę badania anatomiczne, należy temu zaprzeczyć. Homoseksualizm ma u nas bardzo małe znaczenie społeczne. Inaczej rzecz się ma w Niemczech, gdzie odgrywa on dużą rolę w organizacjach młodzieży. (*Wandervogelbewegung*, ostatnio *Hitlerjugend* i t. d.).

Z innych zbroceń mogą się rozwinąć w wieku dziecięcym sadyzm i masochizm. Jedną z najczęstszych przyczyn powstania ich jest kara cielesna. Podczas bicia w pośladki mogą być podrażnione jednocześnie narządy rodne. Obok bólu dziecko odczuwa również wtedy pewne, niezwykle dotąd przyjemne sensacje. Jeżeli wrażenie to zostaje utrwalone, to dziecko będzie stale odtąd łączyło pojęcie bólu i rozkoszy, i w ten sposób rozwinie się masochizm. Widok bitemu dziecka zwłaszcza obnażonego, budzi często w przyglądających się rówieśnikach uczucie wprost przeciwne, mianowicie sadyzm. Zwykle potem chcą one wypróbować tego samego na słabszych rówieśnikach, lub zwierzętach. Kara cielesna może więc mieć wpływ na rozwój seksualny dziecka. Pewną nieznaczną domieszkę sadyzmu lub masochizmu możemy stwierdzić w każdym normalnym popędzie płciowym. Błędy wychowania mogą jednak wywołać rozwój prawdziwej perwersji.

Inne perwersje, np. narcyzm, biorący swój po-

czątek w autoerotyzmie dziecięcym, nie będą tu omawiane, ze względu na ich rzadkość.

Przechodzimy teraz do najczęstszego przejawu seksualizmu dziecięcego, to jest do onanizmu. Jak często występuje onanizm? Jeden z seksuologów wyraził się, że onanizuje się w różnych okresach swego życia 99% ludzi, a ten jeden procent również tylko nie chce się do tego przyznać. Jeżeli nawet uznać te słowa za przesadę, to trzeba się jednak zgodzić, że ogromna większość ludzi się onanizuje. Co do wieku, to niema tu określonych granic. W pewnym wieku występuje on jednak częściej, a więc przedewszystkiem w okresie niemowlęcym; potem w okresie wczesnego dzieciństwa, czyli utajenia seksualnego jest nieco rzadszy. Poczynając od 5 — 6 lat jest znów coraz częstszy i osiąga swój szczyt w okresie pokwitania. Po 20 roku życia występuje coraz rzadziej.

W jaki sposób zaczyna się onanizm niemowlęcy? Niemowlę jest niestrudzonym badaczem, interesuje je przedewszystkiem własne ciało; a więc wsadza nóżkę do buzi, targa się za ucho, nos i wreszcie dociera do narządów płciowych. Prawdopodobnie spostrzega, że dotykanie tej części ciała sprawia większą przyjemność, niż innych części, i w ten sposób zaczyna się onanizować. Na rozwój onanizmu mogą mieć wpływ różne zabiegi higieniczne (czyszczenie okolicy krocza). Onanizm niemowlęcy jest dość umiarkowany. Niektórzy badacze stwierdzili u niemowląt coś w rodzaju orgazmu, co zdarza się jednak bardzo rzadko. Niepowściągliwy onanizm spotykamy zwykle tylko u idjotów, co dało powód do mylnego twierdzenia, że onanizm prowadzi do zidjocenia. We wczesnym dzieciństwie onanizm dość łatwo daje się stłumić. W 6 — 7 roku życia zaczyna występować nanowo, najczęściej za namową rówieśników. Trzeba wziąć pod uwagę, że pewne wpływy wewnętrzne mogą być w niektórych przypadkach również przyczyną onanizmu, np. *oxyuris vermicularis*, egzema i t. d. Onanizm niemowlęcy i wczesnego dzieciństwa różni się zasadniczo od onanizmu, występującego w okresie *pubertas*. Początkowo bowiem onanizm jest celem samym w sobie, w okresie pokwitania zaś samogwałtowi towarzyszą różne obrazy i fantazje. Na tem polega większa szkodliwość późniejszego onanizmu od dość niewinnego zresztą onanizmu dziecięcego. Należy zaznaczyć, że niweszyscy uznają istnienie onanizmu niemowlęcego, uważając, że jest to tylko niewinna zabawa dziecka, podobnie, jak targanie nosa, ucha. Odwrotnie, psychoanalizyści uważają wspomniane czynności za pewną namiastkę onanizmu.

Czy onanizm jest szkodliwy? Od czasu ukazania się znanego dzieła T i s s o t zjawiały się coraz to nowe prace, traktujące o ogromnej szkodliwości onanizmu. Namnożyło się również dużo pseudonaukowych popularnych broszur, które w odpowiedni sposób uświadamiały publiczność. Dziś przeważa naogół pogląd, że największe niebezpieczeństwo tkwi właśnie w

owych broszurach. Niejeden onanista, przeczytawszy taką broszurkę, czuje się zgubiony i zaczyna dostrzegać u siebie symptomy chorób, o których przeczytał, stając się w ten sposób neurastenikiem. Wobec ogromnego rozpowszechnienia onanizmu możnaby sądzić, że jest on zjawiskiem normalnem. G o t t słusznie jednak przyrównywa onanizm do próchnicy zębów, która również nie oszczędza prawie żadnego człowieka, nie będąc jednak zjawiskiem fizjologicznym. Szkodliwość onanizmu polega głównie na tem, że sposobność do wykonywania go jest nader częsta, wobec tego, jak każde inne nadużycie płciowe, może doprowadzić do wyczerpania, tembardziej, że chodzi tu o niedojrzały organizm dziecka. Duże znaczenie pod względem praktycznym ma zagadnienie terapii onanizmu. Matki bardzo często zwracają się do lekarza z odnośnymi pytaniami. Autorzy wyżej wspomnianych broszurek zalecają drakońskie środki, np. specjalne krążki, zakładane na *penis*, dla dziewczynek ubrania, przypominające słynne średniowieczne pasy cnoty. Dziś takie środki należą do historii. Współcześni autorzy zalecają przedewszystkiem psychoterapię, która niezawsze jednak odnosi zamierzony skutek. F r i e d j u n g u małych dzieci i niemowląt radzi tylko ciągle usuwać rączkę dziecka z okolic narządów płciowych. U starszych usiłuje wzbudzić uczucie wstrętu, mówiąc, że ręka, która dotykała narządów płciowych, jest nieczysta. R o h l e d e r radzi wmawiać dziewczętom, że onanizm wpłynie ujemnie na urodę, chłopcom zaś, że osłabi to ich pamięć i sprawność fizyczną. Czasem nieumiejętne przekonywanie może spowodować skutek wręcz przeciwny, naprzykład, wmawianie dziecku, że onanizm jest rzeczą nieestetyczną, może wywołać ten skutek, że dziecko zacznie się onanizować w ukryciu. W każdym razie nie można dawać wskazówek ogólnych, lecz w każdym przypadku trzeba postępować indywidualnie.

Dobry skutek wywołuje często skierowanie energii dziecka na inne dziedziny, np. sport. W pewnych nielicznych przypadkach, gdy onanizm i podniecenie płciowe jest bardzo intensywne, trzeba się uciec do preparatów farmakologicznych, jak przedewszystkiem brom i walerjana, następnie *camphora monobromata*, lupulina i t. d. Gdy te środki zawiodą, należy wypróbować preparaty organoterapeutyczne, a mianowicie, preparaty szyszynki, działającej, jak wiadomo, antagonistycznie w stosunku do gruczołów płciowych, jak epiglandol, epitotal i t. p.

PIŚMIENICTWO.

Freud: 3 Abhandlungen zur Sexualtheorie. Wien 1915. Moll: Sexualeben des Kindes. Berlin 1909. Friedjung: Die kindliche Sexualität. Berlin 1923. Gött, Friedjung: Physiologie und Pathologie der Sexualität. Boenheim: Onanie und Nervensystem beim Kinde. Mon. f. Kind. T. 51, zesz. 5, 6, 1932. Bodek, Gumpert, Schönfeld: Dtsch. Med. Wschr. 1924. Rohleder: Dtsch. Med. Wschr. 1928 zesz. 5.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Zagadnienia ogólne.

■ Pamiętnik Kliniczny Szpitala Św. Łazarza. T. I. Zeszyt I i 2. Warszawa 1931.

W pięknej szacie ukazały się pierwsze 2 zeszyty nowego wydawnictwa pod zbiorową redakcją kol. B e r n h a r d t a, B r u n e r a, K w a z e b a r t a i P o t r z o b o w-

s k i e g o, a obejmujące pokazy na posiedzeniach wewnątrzszpitalnych Oddziałów Szpitala Św. Łazarza. Wśród obfitego materiału, pięknie na dobrym papierze ilustrowanego, neurolog znajdzie dużo dla siebie ciekawego zwłaszcza z dziedziny przyniotu wrodzonego i z pogranicza neurodermatologii, pogranicza nader rozległego.

H. H i g i e r.

■ W. MARLE. *Grundbegriffe der klinischen Medizin.* (Urban i Schwarzenberg, Berlin i Wiedeń 1932, str. 604 + VI z 704 ilustracjami, cena Rmk. 19, w oprawie Rmk. 21).

Jest to drugie, zupełnie przerobione wydanie podręcznika p. t. „Einfuehrung in die klinische Medizin“. Podręcznik ten jest przeznaczony przede wszystkim dla słuchaczy wydziału lekarskiego, którzy rozpoczynają pracę na semestrach klinicznych. Obejmuje on wszystkie specjalności i ma na celu zapoznanie z terminologią kliniczną i anatomo - patologiczną, co autor uwidacznia w podtytule, z metodami badań klinicznych i laboratoryjnych (jedynie najważniejszymi) oraz z symptomatologią najważniejszych jednostek chorobowych. W dziedzinie specjalności chirurgicznych opisane są wszystkie ważniejsze zabiegi oraz używane przy nich przyrządy. Dużą zaletą podręcznika stanowią bardzo liczne ilustracje, które często o wiele łatwiej wyjaśniają wiele zagadnień, aniżeli długie objaśnienia w tekście. Podręcznik napisany jest nader prosto, przystępnie, czyta się łatwo. Rozkład materiału jest bardzo przejrzysty. Korzystanie z podręcznika ułatwia dobrze zestawiony skorynek. Uwzględnione zostały najnowsze zdobycze wiedzy i techniki lekarskiej. Z pożytkiem korzystać mogą z podręcznika nie tylko studenci, lecz również lekarze, zwłaszcza lekarze — praktycy, którzy poza leczeniem mogą znaleźć w nim wszystko, czego im potrzeba, w przystępnej, skondensowanej postaci.

Henryk J. L a n d a u.

■ Prof. Dr. H. HERXHEIMER. *Grundriss der Sportmedizin für Ärzte und Studierende.* Mit 45 Abbildungen, 192 str. G. Thieme. Lipsk. 1933.

Wobec rosnących stale prac monograficznych, przyczynków i spostrzeżeń z dziedziny higieny sportu i wobec stale zwiększającego się zaciekania temi zagadnieniami ze strony lekarzy, powstaje potrzeba zebrania rozproszonej literatury i zsumowania wyników. Ten cel postawił przed sobą autor i osiągnął go w dużej mierze. Praca podzielona jest na trzy duże części. Pierwsza nosi nazwę — podstawy fizjologiczne, druga — doświadczenie kliniczne, trzecia, — zewnętrzne wpływy pracy. Najszerszej i najlepiej opracowana wydaje się być część pierwsza, nad którą dotąd najwięcej pracowano. Całość nosi charakter pracy źródłowej, opartej na bardzo licznych materiałach, każda stronica niemal usiana jest dziesiątkami prac i nazwisk autorów, niestety, prawie, że bez polskich, z polaków wymieniony jest R o s n o w s k i i M i s s i u r o, wzięte z przeglądu sportowo-lekarskiego i ze sprawozdania z zawodów w Zakopanem, którzy wypowiadali się w danej sprawie, a poruszone są wszystkie najważniejsze sprawy higieny sportu. Wskutek tego o poglądach samego autora pracy wogóle mówić trudno. Praca nie nadaje się też do streszczenia, a winna być traktowana raczej jako podręcznik. Należy przypuszczać, że w obecnym czasie entuzjazmu dla sportu i wszelkiego rodzaju ćwiczeń fizycznych praca prof. H e r x h e i m e r a znajdzie bardzo wielu czytelników wśród lekarzy, którzy słusznie zupełnie mają coraz więcej do powiedzenia we wszystkich kwestiach, dotyczących wychowania fizycznego. Pod względem zewnętrznym omawiana praca z przyjemnością bierze się do ręki, jest bowiem wydana starannie, nawet luksusowo.

M. K.

Historja i Filozofja Medycyny.

■ Emilian OSTACHOWSKI. *Jan Baptysta van Helmont i jego filozofja przyrody.* Kraków 1932.

W kolei historycznej po P a r a c e l s i e v a n H e l m o n t zdawien dawna uważany jest za najplodniejszego reformatora medycyny teoretycznej. Postać v a n H e l m o n t a dotychczas nie przyciągała zbyt wielu autorów, może dlatego,

że, że poglądy jego na poły tkwią jeszcze w mistycyzmie lat, poprzedzających jego działalność, na poły otwierają drogę medycynie doświadczalnej. Jednocześnie wszelako przenikają się one tak bardzo nawzajem, że pisma jego przedstawiają dużo trudności przy rozczytywaniu się. Najbardziej bodaj mgliste jest jego pojęcie „archeusza“. Nauka natomiast o gazie i o fermentacji już stoi na przełomie do nauk przyrodniczych wieku odrodzenia. O fermentacji zwłaszcza mówi v a n H e l m o n t zdaniami niemal takimi, jakimi i w trzy stulecia po nim wyrażać się było można. A wszakże wiadomo, że po dzień dzisiejszy istota fermentu całkowicie nie jest zbadana. V a n H e l m o n t był mniej więcej współczesny (1577 — 1644) wielkim reformatorom nauk przyrodniczych na przełomie szesnastego i siedemnastego stulecia. Wówczas, gdy budziły się pierwsze myśli B a c o n a o doświadczeniu w naukach przyrody i medycynie, niezależnie od siebie kilku znakomitych uczonych odbywało się w sposób podobny. Znamienny jest fakt, że powstanie przy wydziałach lekarskich polskich kilku katedr historii medycyny znakomicie pomnożyło liczbę pracowników na tem polu naszej wiedzy. O ile mi wiadomo, kol. O s t a c h o w s k i występuje na widowni literackiej z pierwszą swoją pracą, której powiniנוszować mu należy, albowiem jest wykonana z dużym mozolem, sumiennocią i stanowi lekturę, niewątpliwie zającą mogącą każdego lekarza.

M. F.

Medycyna Społeczna, Higjena, Epidemjologia i Statystyka.

■ Henryk KLUSZYŃSKI. *Regulacja urodzeń.* Str. 62. Warszawa 1932.

W małej broszurce znanego u nas obrońcy regulacji urodzeń znajdujemy obfity materiał, dotyczący tej sprawy. Autor argumentuje od początku do końca, przytacza mnóstwo cytat z powieści, z prasy codziennej, przyjaznych opinii różnych autorytetów, faktów, niekiedy mało znanych i z zapalem publicysty broni drogiej mu sprawy. Najpierw stara się uzasadnić swoje poglądy dowodami historycznymi, wskazując, że dążenie do ograniczenia potomstwa istniało od czasów biblijnych i, wrażliwając w rozmiarach, doszło do takiego stanu, że trudno go dziś nie spostrzegać i nie uznawać jego wagi. Dalej stara się dowieść, że ograniczenie potomstwa jest konieczne przede wszystkim ze względów ekonomicznych i w warstwach niezamożnych. Dużo też autor mówi o stronie zdrowotnej sprawy, porusza sprawę sztucznych poronień, za którymi wypowiada się całkowicie, wolałby jednak właśnie ze względów zdrowotnych pójść w kierunku zapobiegania zapłodnieniu, uważa je bowiem za pewne i nieszkodliwe, natomiast poronienia traktuje zawsze jako zabieg, nawet w rękach lekarza „poważny i ciężki“. Wreszcie autor daje przegląd metod, obecnie stosowanych, aby do ciąży nie dopuścić, i dochodzi do wniosku, że „przy umiejętnym stosowaniu i kontroli można przez kombinowanie środków chemicznych i fizycznych, zwłaszcza czapeczek, otrzymać 95% pewności“. Można, naturalnie, z autorem nie zgadzać się, można traktować jego argumentację jako jednostronną, co jaskrawie przebiega w wielu miejscach, należy jednak uważać omawianą publikację za najlepszą pracę polską, najpoważniej traktującą sprawę ograniczenia rozrodczości. Niska cena (1zł. 50) umożliwia nabycie broszury każdemu.

M. K.

Z. CZEŻOWSKA, W. GRABOWSKI i S. HORNUNG. *Wyniki badań masowych na uniwersytecie we Lwowie w r. 1930.* (Z. Tbk. t. 66, z. 1, 1930).

Od szkolnego roku akademickiego 1930/31 każdy, kto pragnie studjować na Uniwersytecie Jana Kazimierza we Lwowie musi poddać się badaniu lekarskiemu, kandydatów z zara-

liwą gruźlicą płuc nie dopuszcza się do imatrykulacji. Obowiązkowe badanie obejmuje, poza badaniem wewnętrznym, w każdym przypadku również prześwietlenie rentgenowskie, ewentualnie zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej i pomiary ciepłoty; prócz tego, w odpowiednich przypadkach przeprowadza się badanie płwociny na prątki gruźlicze, odczyn opadania czerwonych ciałek krwi i inne badania pomocnicze. Wśród 3005 badanych osób (2089 mężczyzn i 916 kobiet) 6 internistów i 4 rentgenologów stwierdziło w ciągu 13 dni: zmiany gruźlicze wymagające leczenia (grupa I) w 1,69%, wymagające obserwacji (grupa II) — w 5,5%, wyleczone zmiany gruźlicze (grupa III) — w 13,9%. Nie przyjęto 35 kandydatów, t. j. 1,1% zgłaszających się. W rozmaitych grupach wieku rozmaita była częstość występowania gruźlicy wymagającej leczenia i nadzoru. Zmiany gruźlicze w grupie I wykazują naogół stopniowe wzrastanie między 18 a 30 laty od 0,79% do 2,8%, w grupie II — przyrost między 18 a 23 laty, zaś później dość nagły spadek. W przeważającej liczbie przypadków, w których stwierdzono zmiany, jak w grupie I i II — czasami nawet bardzo rozległe — chorzy nie wiedzieli zupełnie o swojej chorobie. W wielu przypadkach wykazywało badanie rentgenowskie zmiany, których nie można było stwierdzić zapomocą metod fizykalnych: opukiwania i osłuchiwania (*tuberculosis inapparente* B r a e u n g a). Obowiązkowe badanie stanowi jeden z najważniejszych środków ochronnych przed gruźlicą na wyższych uczelniach; czyni ono zadość głównym wymagom zwalczania gruźlicy, gdyż 1) umożliwia usunięcie źródła zakażenia, 2) dzięki możliwości wykrycia w porę wczesnych postaci gruźlicy płuc można oddać natychmiast pod stały dozór przychodni przeciwgruźliczych tych studentów, których dopuszczono do studjów, gdyż nie są oni bezpośrednio niebezpieczni dla swojego otoczenia. W interesie społecznego zwalczania gruźlicy należy postawić odosobnienie zaraźliwych gruźliczo chorych jako pierwsze żądanie, dalej należy dążyć do tego, ażeby wykryć gruźlicę płuc w jej najwcześniejszych okresach zapomocą nowoczesnych metod i organizowania masowych prześwietlań pozornie zdrowych w wieku od 18 do 25 lat. Praca niniejsza wykazuje, że przeprowadzenie tych racjonalnych metod jest możliwe; dowodzi ona też, jak cenne są masowe badania.

Henryk J. L a n d a u.

Farmakologia kliniczna i doświadczalna oraz Toksykologia.

■ HOESSLIN u. MÜLLER. Theoretische und klinische Pharmakologie. G. Thieme. Lipsk. 1933.

Często doprawdy zazdrość bierze, gdy dostajemy do ręki cudzoziemski podręcznik lekarski i pomyślimy jednocześnie, że nasza literatura podręcznikowa wciąż jeszcze pierwsze dopiero kielki wypuszcza. Przychodzi to na myśl np. przy wertowaniu ostatniego, czwartego wydania Farmakologii powyżej zatyłowanej. Złożyło się na nią dwu autorów, lecz tej współpracy nie dostrzega się bynajmniej; tak bowiem spoicie całość jest obmyślona i wykonana. Wydanie staranne zawiera na około 250 stronicach dużej ósemki ścisłego dosyć druku, wykład średnich rozmiarów, który zarówno stanowić może pierwszy podręcznik dla studującego, jak i *vadecum* dla lekarza w praktyce codziennej. Główne dwa działy: farmakologia ogólna i szczegółowa opracowane są pod każdym względem wzorowo. Nie pominięto tu niczego, co w dzisiejszym stanie naszej nauki lekarskiej może czytelnika interesować. Mniejsze podręczniki niemieckie farmakologii rażą niekiedy ogłoszeniami nowych leków, wklejanymi w tekście na oddzielnych zresztą kartkach. Sprawia to wrażenie niemiłe. W poważnym bardzo podręczniku H o e s s l i n a i M ü l l e r a wydawcy zaniechali tego zwyczaju, stanowiącego *signum temporis* współczesnej literatury lekarskiej nie tylko czasopiśmienniczej. Książka pod każdym względem jest poważna

i wielce pouczająca. Szczegółowo treści jej przytaczać nie zamierzam, jakkolwiek już sam układ zaleca się wielu zaletami, w innych podręcznikach nie spotykanymi.

M. F.

Gruźlica.

W. NEUMANN. Jakimi rozporządzamy metodami w leczeniu uciskowym? (Wien. kl. Woch. N. 49, 1931).

Samoistnego marszczenia się można oczekiwać jedynie przy [mniejszych] jamach przy pomyślnych warunkach zewnętrznych i długotrwałej kuracji; poza tem wchodzi w rachubę jedynie leczenie uciskowe (Kollapstherapie). Częstych przedtem wysięków opłucnowych, daje się obecnie prawie zawsze uniknąć dzięki jednoczesnemu stosowaniu tuberkuliny. Jeśli powrózki i zrosty opłucnowe przeszkadzają całkowitemu spadnięciu się płuca, można na przeciąg czasu do 4 miesięcy zająć stanowisko wyczekujące. Jeśli powrózki nie ulegną same przez się przerwaniu, należy je przeciąć, stosując metodę J a k o b a e u s a. Jeśli opłucna uległa zarośnięciu, lub zrosty noszą charakter powierzchniowy, a co zatem idzie, stosowanie odmy sztucznej jest niemożliwe, wtedy można przy małych (wielkości około orzecha laskowego) jamach wykonać wyrwanie nerwu przeponowego (*Phrenicoexhaëresis*), które działa nawet na jamy, położone w górnym płacie. Jeśli to postępowanie nie prowadzi do celu, lub też jamy są nadbyt duże, to przy umiędłowieniu ich w górnym płacie wchodzi w rachubę założenie plomb parafinowej, zabieg, który nie ma zupełnie pierwotnych przypadków śmiertelnych, a w 45% przypadków daje dobre wyniki, ale jeszcze w 20% przypadków wykazuje wydalenie masy plombowej przez wytopienie. Pomimo to autor zaleca stosowanie tej metody, gdyż wchodząca poza nią w rachubę torakoplastyka przedstawia ciężki zabieg operacyjny, który należy właściwie wykonywać jedynie u jednostronnie chorych, nie gorączkujących pacjentów, nie wyżej 50 lat, u których choroba nie trwa dłużej niż 2 — 4 lat, i którzy mają zdrowe serce, gdyż torakoplastyka jest jednym z najpoważniejszych zabiegów, który przy niezachowaniu wyżej opisanych warunków pociąga za sobą zbyt wiele przypadków śmiertelnych.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gaimfarn).

HARMS i GRUNEWALD. W sprawie dwustronnej odmy sztucznej. (D. m. W. N. 1, 1932).

Dwustronna odma sztuczna była po raz pierwszy zastosowana w 1911 roku przez F o r l a n i n i e g o. Dalsze leczenie tą metodą doprowadziło do zakładania odmy o niskiem ciśnieniu w myśl wskazań A s c o l i e g o, a w przeciwieństwie do odmy o wysokiem ciśnieniu. Tego samego zdania są autorowie francuscy, włoscy, amerykańscy i samyjscy. W Niemczech odma dwustronna była stosunkowo późno zastosowana, skutkiem opinii fizjologów, którzy widzieli w tem znaczne ograniczenie czynności życiowych całego ustroju. Pierwsze kroki, uczynione przez H a r m s a, spotkały się początkowo z ogólnem powątpiewaniem, spostrzeżenia lat ostatnich jednak przeczą temu. Względnie łatwe jest wskazanie do założenia odmy dwustronnej tam, gdzie była założona odma jednostronna, a wystąpiła świeża sprawa w zdrowym płucu. Można wówczas zmniejszyć ilość powietrza w płucu pierwszym, a dopełnić tę ilość w płucu dotychczas zdrowym. Dwustronną odmę zakładamy także wtedy, gdy w jednym płucu toczy się proces postępujący, względnie nawet jamisty, po drugiej zaś stronie sprawa czynna, łagodna o niewielkim stopniu rozprzestrzeniania się. Rozpoczynamy leczenie od strony, po której znajdują się cięższe zmiany. Autorzy nie zakładają dwustronnej odmy w przypadkach, gdzie toczy się dwustronna ciężka gruźlica, tak,

jak tego chcą *Liebermeister* i *Böhm*. Jednocześnie istniejąca gruźlica krtani nie jest przeciwwskazaniem do tego zabiegu. Wysłętkowo - serowate sprawy w płucach nie nadają się do tego rodzaju leczenia. Jeżeli natomiast terapia fizyczno - dietetyczna nie odniesie skutku, wówczas można się zdecydować na założenie odmy. Przed zabiegiem należy sprawdzić pojemność życiową płuc, która nie powinna być mniejsza niż 1500 cm. Dopełnienia powietrza stosowano w małej ilości i częściej, nie poniżej pojemności płuc 800 — 900. Leczenie rozpoczynano od cięższej chorego płuca, aby możliwie zmniejszyć przykre następstwa odmy samoistnej i „wewnętrzny uduszenia”. Okres czasu pomiędzy jednym i drugim dopełnieniem odmy dwustronnej wynosił 2 — 3 miesiące. Ogółem spostrzegano 28 przypadków, 15 kobiet i 13 mężczyzn. Ilekolwiek po 10-cio letnim doświadczeniu autorzy zapatrują się bardziej krytycznie na osiągnięte wyniki, niż inni, a zwłaszcza *Liebermeister*, to jednak trzeba przyznać, że odma dwustronna jest dużym postępem w leczeniu gruźlicy płuc.

St. *Luxenburg*.

P. CARYOPHYLLIS. O bezpośrednich wynikach terapeutycznych w leczeniu gruźlicy płuc odma. (Wien. kl. Woch. N. 47, 1931).

Autor tłumaczy obniżenie się gorączki już po pierwszych dopełnieniach odmy sztucznej tem, że odpada powstające normalnie wskutek wdychu przekrwienie i związane z tem wypłukiwanie ciał toksycznych.

A. *Neumann* (Vöslau-Gainfarn).

Kurt NÜSSEL. Jednostronne zmiany bliznowate płuc wieku dziecięcego ze znacznym przemieszczeniem serca. (Beitr. z. kl. Tbk. T. 77, z. 4/5).

Zbadano 4267 dzieci i stwierdzono jednostronne zmiany bliznowate z wyraźnym, wzgl. znacznym przemieszczeniem serca w 0,3 — 0,5% przypadków. Jest to więc naogół obraz względnie rzadki. Częstsze są przemieszczenia lewostronne. Jako czynnik etiologiczny uważamy zmiany swoiste gruźlicze i nieswoiste; ostatnie w przypadkach autora przeważają u chłopców. Nasilenie zmian płucnych i stopień przesunięcia serca w obrazie rentgenowskim nie są charakterystyczne dla wieku i etiologii. Przy znacznych zmianach patologicznych płuc stwierdza się brak wyraźnych skarg subiektywnych. Ewentualne skargi subiektywne zależne są przeważnie od zmian bliznowatych płuca a mniej od przesunięcia serca.

M. *Segal*.

J. LEITNER. O wydzielaniu soku żołądkowego w okresie leczenia gruźlicy djeta *Herrmannsdorfera*. (Beit. z. kl. Tbk. t. 78, z. 3).

Badano wpływ diety bezsolnej (*Gerson - Sauerbruch - Herrmannsdorfer*) na chemizm żołądka — po próbnym śniadaniu i próbie alkoholowej. W 14 przypadkach, leczonych przez kilka miesięcy djeta bezsolną, nie stwierdzono działania hamującego na wydzielanie soku żołądkowego. Prawdopodobnie, djeta roślinna i dopuszczalne ilości mięsa są wystarczające dla pobudzenia wydzielania soku żołądkowego. Przed zubożeniem ustroju w sól kuchenną organizm broni się zmniejszeniem jej wydzielania. Aparat, regulujący tę czynność, jest tak czuły, że najmniejsze wydzielanie soli kuchennej następuje w okresie trawienia, kiedy najobficiej wydzielają się sok żołądkowy. Stosowaniem diety *G. S. H.* w 25 przypadkach gruźlicy płuc nie osiągnięto wyników lepszych, aniżeli przy zwykłej djecie sanatoryjnej.

M. *Segal*.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

J. MICHELSEN, H. BECKER i G. SPEHR. W sprawie fosfaturji. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 172, z. 5—6).

U 23-letniego mężczyzny z oznakami zwyrodnienia ze strony układu roślinnego, pozatem obciążonego dziedzicznie, który wykazywał fosfaturję, przeprowadzono możliwie dokładne badanie gospodarki kwasowo - zasadowej. Wykonywano jednocześnie badanie powietrza oddechowego, krwi, soku żołądkowego i moczu. Autorzy mogli wykazać, że przychodzi do przemijającego zastojów kwasów we krwi. Przy uwzględnieniu innych zmian, wykrytych we krwi, zwłaszcza zwiększenia się ogólnej ilości zasad zastojów tego nie można inaczej wytłumaczyć, niż przez niezdolność nerek do wydalania wartości kwasowych. W ten sposób w przypadku autorów udało się udowodnić ważną część hipotezy *Lichwitz*a. Wyniki innych badań moczu i soku żołądkowego, z których poszczególne mogą się w zupełności podporządkować innym teorjom, dają się nieprzymuszenie wytłumaczyć jako wtórne objawy przesunięcia w położeniu kwasowem w ustroju. Autorzy wskazują na zgodność wyników otrzymanych w doświadczeniach na zwierzętach z wyłączeniem antagonistów nerwów nerkowych dolnych, z wynikami badania moczu u tego chorego. Wobec tego wydają się prawdopodobnymi przesunięcia w równowadze autonomicznego układu nerwowego. Nie można z całą stanowczością powiedzieć, jak dalece współdziała komponenta płciowa, jako czynnik wywołujący. Autorzy nie chcą twierdzić, że we wszystkich przypadkach fosfaturji istnieją takie same stosunki. Wobec rzadkości tego obrazu chorobowego w klinice musi wystarczyć wykazanie ich z całą pewnością w jednym przypadku.

Henryk J. *Landau*.

J. W. MOŁDAWSKI. W sprawie regulacji stałego obrazu czerwonego krwi. (Klin. Medic. N. 3—4, 1932).

Znajomość metody przyżyciowego barwienia krwi jest niezbędna dla każdego lekarza, naukowca i praktyka. Czynność narządów krwiotwórczych w znaczeniu wytwarzania ciałek krwi i utrzymywania stałego obrazu czerwonego jest zależna od prawidłowej czynności narządów wewnątrzwydzielniczych. Wpływ hormonalny na czynność erytropojetyczną szpiku kostnego jest nieswoisty. Wszelkie naruszenie stałości mieszaniny wszystkich hormonów danego ustroju w jakkolwiek stronę powoduje podrażnienie czynności erytropojetycznej szpiku kostnego. Praktyczne znaczenie badania czerwonego obrazu krwi w przypadkach, podejrzanych o schorzenie wewnątrzwydzielnicze, jest bardzo ważne, gdyż określenie charakteru czynności erytropojetycznej szpiku kostnego daje wyraźne pojęcie o tem, czy cały łańcuch narządów wydzielania wewnętrzne jest w porządku. W zaburzeniach czynności gruczołów wewnątrzwydzielniczych spotyka się we krwi obwodowej tylko dwa typy granulofilocytów: siatkowaty i ziarnisty, przeważnie ten ostatni. Granulofilocytów typu jąderkowatego nigdy się nie spotrzega, jeżeli tylko naturalnie chory jednocześnie z zaburzeniem czynności gruczołów wewnątrzwydzielniczych nie wykazuje jakiegos innego schorzenia (niedokrewność złośliwa, żółtaczka hemolityczna i t. p.), które samo przez się może warunkować silne podrażnienie czynności erytropojetycznej szpiku kostnego.

Henryk J. *Landau*.

A. FROHLICH. Farmakologiczne leczenie schorzeń wewnątrzwydzielniczych. (Wien. kl. Woch. N. 14, 1932).

Gruczoł tarczowy posiada według *Hansa Horsta Meyera* dwa niezależne od siebie punkty uchwytne, a mianowicie: komórki tkankowe i pewne ośrodki w pniu mózgowym. W niedomodze tarczycy są ciężko uszkodzone komórki tkan-

kowe wskutek braku swoistego katalizatora. Podawanie hormonu tarczycznego doprowadza z powrotem komórki do normalnej czynności. Nie można jednakże doprowadzić komórek do wydolności, znacznie przewyższającej normalną. Natomiast, jeżeli podawać hormon w nadmiarze, wywiera on toksyczne działanie na ośrodki w pniu mózgowym. Przychodzi do objawów nadczynności gruczołu tarczowego. Tłumaczy to również pomysłne wyniki, jakie otrzymywali *Porges i Adler* u pacjentów z chorobą *Basedowa* zapomocą gynergenu, dalej staje się dzięki temu zrozumiałe ogólne uznane dobre działanie ośrodkowych środków uspakajających (przedewszystkiem luminalu) na objawy podniecenia w nadczynności tarczycy, gdyż luminal wywiera swe główne działanie na pień mózgowy, gdzie się znajdują nadmiernie pobudzone u pacjentów z chorobą *Basedowa* ośrodki roślinne. *Eppinger* kładzie słabe skłonności do gojenia się wielu owrzodzeń podudzia, jak również pewnych źle ziarninujących ran na karb tego, że hormon gruczołu tarczowego znajduje przeszkodę w dostępie do owrzodzeń i ran. Tem tłumaczy się szybkie ich gojenie się pod wpływem posypywania suchym proszkiem. W niewydolności gruczołów przytarczycznych lub wypadnięciu ich czynności oddaje cenne usługi Parathormon. Jednakże przy stosowaniu jego wskazana jest ostrożność, gdyż, na przykład, psy, użyte do doświadczeń, którym podawano większą ilość hormonu w powtarzanych małych dawkach, umierają wskutek tego, podczas gdy znoszą one dobrze jednorazowo dużą dawkę. Oceny kliniczne wyników parathormonu w tężyczce osesków brzmią rozmaicie. Zda się, że w ostatnich czasach znaleziono również cenny hormon przeciwko chorobie *Addisona*, a mianowicie Cortin, nierozpuszczalny w wodzie, wolny od adrenaliny hormon nadnerczy. Ciężkie zaburzenia przemiany materji, które są związane z niedomogą nadnerczy, potrafili *Harrop, Widenhorn i Weistein* usunąć za pomocą cortiny u pacjentów oraz również u psów, którym wycięto nadnercza; preparat jednakże musiano stale podawać.

A. Neumann (Vöslau-Gainfarn).

F. KISCH. Badania kliniczne nad obniżającym wagę działaniem kalobezolu w otluszczeniu. (Wien. kl. Woch. N. 6, 1932).

Kalobezol, składający się z proszku tkanek zarodkowych i połączeń ceru, wywołuje działanie moczopędne, również po odwodnieniu innemi sposobami (naparstnicą, salyrgan), powoduje zwiększenie się wydalania z moczem nieutlenionych substancji; zwiększa się po nim ilość wydalonego z moczem azotu (rozpad białkowy) oraz wzmacnia się przemiana podstawowa. Prócz tego u otyłych nawet po nieznanym, względnie umiarkowanym ograniczeniu dowozu kaloryj i bez leczenia ruchem rozpoczyna się spadek wagi. Im powolniej przeprowadza się kurację (ewentualnie przez 12 tygodni: przez 2 dni podaje się po 2 tabletki dziennie, potem robi się jeden dzień przerwy), tem nieznaczniej są wyrażone objawy towarzyszące: spadek ciśnienia krwi, przyspieszenie tętna.

A. Neumann (Vöslau-Gainfarn).

Choroby kobiet i położnictwo.

K. P. LEWITSKI. Rozpoznanie i technika operacyjna przetoki między pęcherzem i przydatkami. (Gyn. et Obst. N. 1; T. XXV, 1932).

Przetoki, zjawiające się u kobiety z powodu ropnego zapalenia przydatków, nie są rzadkie. Rzadkość przetoki między pęcherzem a przydatkami autor objaśnia niedokładnymi obserwacjami. Rozpoznanie w tych przypadkach stawia się jako zapalenie pęcherza lub miedniczek nerkowych. Przetoki pęcherza z powodu ropnego zapalenia jajnika są bardzo rzadkie. Autor

znalazł w literaturze 43 przypadki przebiccia się do pęcherza torbieli skórzastej. Pierwsze objawy przebiccia się ropnego zapalenia przydatków do pęcherza są następujące: spadek temperatury, nagła zmiana wyglądu moczu, znalezienie ropy i krwi w moczu, polepszenie ogólnego stanu chorej, ustanie bólów lub znaczne ich zmniejszenie się. Cystoskopowo widać w miejscu przedziurawienia obrzęk śluzówki, czasami znajduje się otwór w formie krateru z ropą. Jeżeli otwór w pęcherzu się zamyka, stan chorej nagle się pogarsza. Obserwacje, które autor podaje, pozwalają na następujące wnioski: 1. Przetoki między pęcherzem a przydatkami są częstsze, niż się myśli. 2. W chronicznym ropieniu organów miednicy powinno być dokonane skrupulatne badanie urologiczne. 3. Przetoki często same się zamykają. 4. Przy pewnym rozpoznaniu przetoki między pęcherzem a przydatkami interwencja chirurgiczna jest wskazana. 5. Wycięcie guza ropiejącego wykonywa się najlepiej przez cięcie brzuszne. 6. Po operacji włożenie kateteru „à demeure” jest obowiązkowe.

L. Ebin.

Ed. BENHAMON et A. NOUCHY. Plytki krwi (trombocyty) podczas menstruacji, ciąży i po porodzie. (Gyn. et Obst. N. 2. T. XXV, 1932).

Zapomocą techniki *Van Herwerda i van Goidsenhofena* nieco zmodyfikowanej dodaniem krzylu niebieskiego obliczenie trombocytów jest łatwe i dokładne. Jeśli wziąć krew zawsze o tej samej porze dnia, naczecz, to każda normalna kobieta ma przeciętnie od 330,000 — 380,000. W czasie menstruacji lub w przeddzień liczba trombocytów nagle spada. Iniekcja follikuliny nie zmienia prawie liczby tr. i nigdy jej nie powiększa. Przekwitanie nie zmienia liczby tr. W ciąży liczba tr. się zwiększa i dochodzi do 500,000 — 600,000 wkońcu ciąży. Jest to jedno z biologicznych rozpoznań ciąży. Podczas porodu liczba tr. zmniejsza się, a w szczególności po rozwiązaniu. Po porodzie liczba tr. nieco się zwiększa, ażeby na 8 lub 9 dzień dojść do liczby zwykłej dla normalnej kobiety.

L. Ebin.

R. KELLER et E. BOHLER. Doświadczenia kliniczne ze znieczuleniem w akuszerji pernoktonem. (Gyn. et Obst. N. 3, T. XXV, 1932).

Na 150 przypadkach normalnych porodów autorzy wypróbowali pernokton, ażeby otrzymać poród bezbolesny. Wobec tego, że pernokton nie zmniejsza skurczów macicy a skraca czas rozszerzenia szyi macicznej, autorzy otrzymali dość dobre wyniki, chociaż zaczęli stosować pern. przy rozwarciu szyi na 5 fr. Pernokton działa o wiele lepiej niż dotychczas wypróbowane środki. Nie wywołuje atonii macicy. Wbrew opinii niektórych autorów pern. jest trujący dla dziecka. Z przykrości stron metody trzeba wziąć pod uwagę następujące: 1. 20% rodzących wpada pod działaniem pern. w stan silnego podniecenia, które jest czasami bardzo burzliwe, i dlatego liczba personelu pomocniczego przy każdej chorej musi być znacznie powiększona. 2. Krótkie działanie pern., które można według niektórych autorów przedłużyć za pomocą morfiny, skopolaminy i t. p. Pozostaje jeszcze zbadać, czy to przedłużenie nie działa źle na matkę lub na dziecko. Pomimo wielkiego sukcesu pern. jesteśmy jeszcze dalecy od idealnego rozwiązania kwestji bezbolesnego porodu.

L. Ebin.

T. M. GROSDOV. Wgłobienie i wynicowanie jajowodu w poronieniu jajowodowym. (Zbl. Gynaek. N. 41, 1932).

Ażeby przyszło do wgłobienia i wynicowania jajowodu, potrzeba silnych energicznych ruchów samego jajowodu. Sprzyjający wgłobieniu moment stanowi sztywne przytwierdzenie skrzepu krwi (względnie jaja płodowego) do jajowodu na ograniczo-

nym odcinku. Ten ścisły związek skrępu (względnie jaja płodowego) z jajowodem uspasabia najbardziej do wycinowania jajowodu i jego wgłobienia w przypadkach, kiedy skrępa (względnie jajo płodowe) są przytwierdzone w części bańkowej jajowodu w miejscu przejścia w środkową. Należy wreszcie ze względu na częstość ciąży jajowodowej i wskutek fizjologicznie samodzielnych (robaczkowych) ruchów jajowodu przyjąć, że wgłobienie i wycinowanie jajowodu częściej się zdarza, niż to dotąd przyjmowano.

J. L. H.

H. RUNGE i CLAUSNITZER. Ilościowe badania nad wydzielaniem hormonu pęcherzykowego i przedniego płata przysadki u ciężarnych z obumarłym płodem oraz w normalnym położu. (Zbl. Gynaek. N. 41, 1932).

W pierwszej części pracy podają autorzy opis 2 przypadków, w których po obumarcu płodu przeprowadzano badania ilościowe nad wydaleniem hormonu pęcherzykowego i lutinizacyjnego w moczu. Okazało się przytem, że jeszcze stosunkowo długo po obumarcu płodu wydalone są duże ilości hormonu pęcherzykowego. W drugiej części zdają autorzy sprawę z takich samych badań u 6 normalnych położnic.

J. L. H.

P. HELLER. Dalszy przyczynek do sztucznego wytworzenia pochwy metodą Wagnera - Kirschnera. (Zbl. Gynaek. N. 41, 1932).

Autor podaje opis wrodzonego braku pochwy, w którym wykonał operację wytworzenia sztucznej pochwy metodą Wagnera - Kirschnera z dobrym wynikiem. Uważa on tę operację za wyborową w *aplasia vaginae*, gdyż jest ona prosta, pozbawiona niebezpieczeństw, a w przypadkach niezupełnego wyniku daje się następowo poprawić.

J. L. H.

Choroby nerwowe i psychiczne.

M. SCHACHERL. Co daje ambulatoryjne leczenie szczepionkowe w ostrych i przewlekłych zapaleniach nerwów? (Wien. kl. Woch. N. 16, 1932).

Leczenie szczepionkowe zapaleń nerwów przy odpowiednim zastosowaniu przynosi tak wielkie korzyści, że należy je przyjąć z dobrodziejstwem inwentarza w postaci drobnych nieprzyjemnych objawów jak np. gorączka. Zastosowanie najczęściej używanej walcynneuryny w zastrzykiwaniach wśródmięśniowych nie wywołuje gorączki i zupełnie wystarcza w lżejszych przypadkach, zawodzi natomiast zazwyczaj w cięższych. Praktycznie zastrzykiwania wśródmięśniowe okazują się o wiele skuteczniejsze aniżeli wśródmięśniowe, lecz dawki, zawarte w znajdujących się w handlu ampułkach, należy zmniejszać. Zaczynać należy od 1/250, a więc od piątej części najslabszej dawki, a pełną dawkę osiąga się dopiero przy ósmym zastrzyknięciu. Wtedy podniesienia ciepłoty pozostają w umiarkowanych granicach 37,6° — 38,2°. Zastrzykiwania nie powinny następować po sobie w zbyt krótkich odstępach czasu, gdyż najlepsze odczyny otrzymuje się przy zachowaniu odstępów 72-godzinnych. W ostrych przypadkach wystarcza 8—10 zastrzyknięć, w przewlekłych należy wykonać całą serję zastrzyknięć w liczbie 18. Jeżeli używa się neosaprowitanu, zaleca się zastrzykiwać tylko 1/3 zawartości ampułki również w odstępach 72-godzinnych. Przy tym sposobie postępowania nie widział autor żadnego działania ubocznego. Zdaje się, że apikosan i immenina, stosowane wśródskórnie, najlepiej w licznych małych błablach w pobliżu schorzałego nerwu w odstępach 4—5 dniowych posiadają dobre działanie. Po szczepion-

kach P o n n d o r f a i P a u l a w zapaleniach nerwów niewiele można się spodziewać. Leczenie szczepionkami działa nie tylko uśmierzająco na bóle w postaciach śródmiąższowych, lecz również w schorzeniach mięszu, gdzie porażenie stoi na pierwszym planie, można stwierdzić pomyślny wpływ, jeżeli idzie o czas trwania choroby i zupełny powrót do normy.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

D. DANIELOPOLU i I. MARCU. O patogenie padaczki i jej leczeniu chirurgicznym. (Wien. kl. Woch. N. 15, 1932).

Autorzy postawili sobie pytanie, czy dośrodkowe włókna wychodzące z zatoki tętnicy szyjnej oraz sercowo - aortalne nie odgrywają pewnej roli w błędnym kole, bezwarunkowo niezbędnem dla wywołania napadu padaczkowego, i czy przerwanie tych włókien dośrodkowych nie mogłoby zapobiec napadom. Zgodnie z nowymi doświadczeniami wydaje się autorem logiczną rzeczą zaproponowanie w padaczkę przecięcia tych dośrodkowych włókien sercowo - aortalnych jednocześnie z wycięciem nerwów zatokowych (*neurectomia sinuocarotica*), to znaczy, należy oprócz tych ostatnich wykonać jeszcze przecięcie szyjnego pnia współczulnego, gałązek łączących, które łączą nerw współczulny z ostatnimi czterema parami szyjnemi i pierwszą parą grzbietową, dalej przecięcia nerwu kręgosłupowego i gałązek części szyjnej nerwu błędnego, które wstępują do klatki piersiowej. Musi więc nastąpić zniszczenie tych włókien, które łączą obszary odruchowej zatoki szyjnej, serca i tętnicy głównej z owymi nerwami, gdyż obszarom tym należy przypisać ważną rolę w powstawaniu napadów padaczkowych.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

G. ELKES. Przyczynek do etiologii zapalenia pozagalowego nerwów wzrokowych. (Zeitschrift für Augenheilkunde. T. 75, 271. 1931).

Nieznana jest dotąd etiologia zapaleń pozagalowych n. wzrokowego. Spotyka się go często jako wczesny lub późny objaw stwardnienia wieloogniskowego, jako cierpienie ostre samoistne z ciężkim lub pomyślnym zejściem, tu i owdzie jako zapalenie biorące swój początek z jamy nosowej lub jej zatok. Takich 11 przypadków *neuritis retrobulbaris rhinogenes* z kliniki ocznej Królewca podaje E l k e s. Wszystkie się poprawiły lub znikły po usunięciu sprawy zakaźnej błony śluzowej nosa, zatoki H i g h m o r a, zatoki sitowej.

H i g i e r.

G. MARINESCO i S. DRAGANESCU. Przyczynki do studjum nad neuritis diffusa infectiosa primaria. (Deut. Zeitschr. für Nervenheilkunde, 1931. T. 112. Z. 1. str. 44).

Autorzy omawiają tę nierzadką postać zapalenia nerwów, gdzie obok objawów obwodowych polineuropatycznych stwierdza się klinicznie i histopatologicznie liczne zmiany w płynie mózgowo - rdzeniowym (rozszczepienie białkowo - komórkowe), objawy ze strony zwojów międzykręgowych, opon i mózgowia. Chodzi tu o *ultravirus* neurotropowy, o to, co N i k o l a s u zwierząt ochrzcił mianem *septineuritis*, a co autorzy wolą nazywać *septiconeuronitis*, gdyż cały nerw jest dotknięty. Dużo dobrych rysunków i obfita literatura ozdabiają pracę rumuńską. (W przypisku po korekturze autorzy umieszczają kilka uwag zupełnie, zdaje się, słusznych, ale, dziwna rzecz, nie będących w ścisłym związku z tematem, jak np. że *herpes zoster* stanowi cierpienie jednolite, lub że istnieje bliski stosunek między *ophthalmoneuromyelitis* francuskich, a *encephalitis periaxialis diffusa* niemieckich autorów. Ref.).

H i g i e r.

LAIGNEL-LAVASTINE, R. CORNELIUS i G. d'HE-NEQUEVILLE. Nowy sposób badania napięcia uczuciowego: Ph moczu. (Paris Méd. N. 43, 1931).

Mocz w depresji melancholicznej ma tendencję zasadową. Ph moczu, oddanego naczczo, wznosi się ponad 6,5 aż do 7,5 i 8. Utrzymuje się ono w tych granicach tak długo, póki trwa stan depresyjny. Mocz w podnieceniu manjakałnem ma normalną kwasotę, wyłączwszy przypadki, w których spostreżę się przemijającą kwasicę, będącą skutkiem nadmiernych wysiłków ruchowych. Krzywa Ph chorych z padaczką jest lekko zasadowa poza napadami (cechuje się ona również dużemi wahaniami dziennymi: 0,2 według B i g w o o d a). Napady zaznaczają się w następujący sposób: na krzywej widać ostry punkt, odgraniczający część, poprzedzającą napad, od części od chwili wystąpienia napadu, kiedy mocz staje się lekko kwaśny. Objawem, typowym dla schizofrenji (hebefrenja, katatonja, otępienie wczesne, *delirium paranoides*), jest krańcowa nieregularność krzywej Ph; posuwa się ona do najbardziej wysuniętych punktów zarówno w strefie wysokiej alkalozy (8 i 9), jak i w strefie wysokiej kwasicy. Jest ona wysoce anarchistyczna, zmiany jej zazwyczaj nie pozostają w żadnym związku ze stanem psychicznym. Próba zaproponowana przez autorów, posiada dwojakie znaczenie: rozpoznawcze i prognostyczne z jednej, psychologiczne i sądowo - lekarskie z drugiej strony. Normalna krzywa Ph u osobnika podnieconego wyłącza możliwość podniecenia objawowego padaczki lub schizofrenji. Plateau w strefie alkalozy oznacza melancholję. Odwrotnie, myśleć na-

leży o padaczce lub hebefreno - katatonji w razie nadmiernych wahań tej krzywej w padaczce, jeśli chodzi o przemijające wychylenia w stronę zasadową, przypadające na okres napadu; o schizofrenji, jeśli zmiany kliniczne i humoralne są niezgodne. Stopień zmian krzywej Ph moczu pozwala również sądzić o stopniu i natężeniu sprawy psychicznej. Jeśli chodzi o zmiany w Ph moczu u osobników normalnych w zależności od stanu psychicznego, to naogół można powiedzieć, że osobniki normalne reagują dyskretną i przemijającą alkalozą na smutne wzruszenia; pod wpływem wzruszeń radosnych Ph nie zmienia się, wyjąwszy kwasicę, będącą w związku z wyczerpaniem mięśniowem. Jako wskazania sądowo - lekarskie do stosowania nowej metody uważa autor: 1) rozpoznanie utajonego stanu psychopatycznego u osoby uprzedzonej (padaczka, otępienie wczesne), 2) rozpoznanie, udawania stanu podniecenia lub ukrywania gwałtownego wzruszenia np. w czasie badania lub konfrontacji, 3) rozpoznanie patologicznej niepobudliwości osób penwersyjnych, z paranoją. Dla określenia Ph stosowali autorzy metodę G u i l l a u m i n a, która polega na użyciu barwnego odczynnika, składającego się głównie z czerwieni metylowej i bromotymolu w roztworze obojętnym. Mocz pobiera się zawsze o tej samej porze, najlepiej krótko przed obiadem, gdyż Ph przedstawia rytm wahań dziennych z lekką alkalozą popołudniową. Określenia należy wykonywać w świeżo oddanym moczu, aby uniknąć fermentacji amoniakalnej. Poza tem, należy oczywiście, unikać błędów, zależnych od diety i leków, które mogłyby wpływać na kwasotę moczu.

Henryk J. L a n d a u.

Wskazówki praktyczne

W krwawieniach z powodu trombopenji stosuje Decastello: obfite w witaminy pożywienie, przetwory żelazisto - arsenikowe, wstrzykiwania dożylna 10 ctm.³ 10% roztworu soli kuchennej lub chlorku wapnia, codzienne zastrzykiwania podskórne adrenaliny w ilości 0,2 — 1 ctm.³ stosownie do odczynu, naświetlania śledziony co 3 — 4 dni, zastrzykiwania domięśniowe 10 — 20 ctm.³ świeżo pobranej krwi ludzkiej, przetaczanie krwi, w ostateczności wycięcie śledziony. (Med. Klin. 1932 Nr. 32).

— o —

W napadach stenokardycznych u sympatykotoników poleca G. M a r c h a i obok środków przyczynowych ezerynę salicylową w następującej mieszance: Rp. Eserin salicyl. 1.0; Aq. dest. 1.5; Glycerin. 3.5; Alcohol. ad 10.0. Z tego 10 do 30 kropel na 1/2 godziny przed jedzeniem. Nudności i bóle w krzyżu są wskazówką, że granice tolerancji zostały przekroczone. Jeżeli stenokardja związana jest z wagotonją, to zamiast ezeryny stosuje się atropinę lub skopolaminę. Pomyślnie działają też małe dawki luminalu. (Progrès méd. 1932 Nr. 14).

— o —

F l a n d r i n zwraca uwagę na środki ostrożności i leczenie powikłań przy stosowaniu salwarsanu. Objawami nietolerancji względem salwarsanu są: bóle głowy, wymioty, nadmierne podniesienie ciepłoty ciała, swędzenie skóry, krwawienia. Przeciwo wstrząsowi — natychmiastowe wstrzyknięcie dożylna bardzo słabego roztworu adrenaliny (1/20 mg). Krwawienia (z nosa, dziąsła, żołądka, jelit, macicy) należy traktować poważnie (możliwość wylewu krwawego w mózgu). Baczność u krwawców. Porażenia połowicze, nawet gdy są pochodzenia kiłowego, narazie nie powinny być leczone salwarsanem. (Progrès méd. 1932 Nr. 22).

— o —

Krwotoki po wyjęciu zęba leczy J a n s o n w sposób następujący: wyciera się jamę po wyjętym zębie gazą jodoformową, następnie wprowadza się do niej wyjąłowany przez gotowanie i tak przyrządzony korek, aby tenże szczelnie wypełniał jamę i nieco z niej wystawał, dziąsło smaruje się jodyną i poleca się choremu mocno ścisnąć szczęki. Tak chory zachowuje się przez pewien czas, a w razie zmęczenia podwiązuje się mocno, dolną szczękę, aby korek ściśle tamponował krwawiącą jamę. W ten sposób udaje się opanować najsilniejsze krwotoki. (Med. Welt. 1932 Nr. 21).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja kliniczna.

Posiedzenie z dnia 7 maja 1932 r.

Przewodniczył K a c p r z a k.

P o k a z y:

1) T. S i m c h o w i c z, O r l i ń s k i i J. K i p-

m a n o w a. Przypadek meningiitis serosa u dziecka z hydrocephalus congenitus (tuberculosisigenes?).

Chora lat 10. Urodziła się z dużą główką, jednak rozwijała się zupełnie prawidłowo. Gdy dziecko miało 2 — 3 lat, zauważyła matka, że chwyta się ono często za główkę bądź z prawej, bądź z lewej strony, blade przytem, tak iż robiło to wrażenie nagłego bólu głowy, który trwał parę sekund i przechodził. Poza tem od wczesnego dzieciństwa pacjentka była skłonna do wymiotów. Właściwe bóle głowy datują się od

ósmego roku życia, t. j. od chwili, gdy dziewczynka zaczęła uczęszczać do szkoły, również wymioty stały się częstsze. Gdy przebywała na powietrzu, bóle głowy były znacznie słabsze. 5 tygodni przed przybyciem chorej do szpitala bóle znacznie się wzmogły, umiejscawiały się na tyle i sklepieniu czaszki, dziecko wymiotowało przytem bardzo często, prawie po każdym jedzeniu. 2 tygodnie przed przybyciem do szpitala podczas silnego bólu głowy w nocy poczuła nagle jakby drętwienie i bezwład w nogach oraz ból w plecach i szyi. Podczas próby zejścia z łóżka upadła, stała się zupełnie bezwładna, chociaż była przytomna; mówiła przytem niewyraźnie. Po 10 minutach napad minął. Następnego dnia zauważono, że dziecko zez. Wzrok był dobry, lecz dziecko skarżyło się, że widzi podwojnie. Dziewczynka była pod obserwacją lekarza, czuła się po pewnym czasie lepiej, bóle głowy zmieniły się, mianowicie chora odczuwała jakieś świsty, grzechotanie lub miauczenie kota. Od czasu wystąpienia tych sensacji zauważyła matka, że dziecko bardzo często w ciągu dnia silnie potrząsa główką, tłumacząc, że sprawia mu to chwilową ulgę. Od paru tygodni narzeka na ból oczu.

Przy badaniu w narządach wewnętrznych zmian nie stwierdzono. Ciepłota dochodziła do 37° — $37,2^{\circ}$. Tętno 88 na l'. Gruczoły chłonne karkowe i podszczękowe po obu stronach powiększone. Po prawej stronie szyi blizny skórne. Czaszka duża o silnie występujących guzach czołowych. Obwód czaszki 57 cm., wymiar dwuskroniowy — 31 cm., przednio — tylny — 37 cm. Badanie dna ocznego wykazało obustronną, nieco wyraźniejszą po stronie lewej zastoinę. Tarcza zastoinowa = 2 djoptrjom, pokryta różowawym obrzękiem o granicach pierzastych. Żyły rozszerzone, kilka małych wybroczyn. Wzrok po stronie lewej = 5/5, prawej = 5/6. Gałka prawa odchylona ku nosowi. Ruch nazęwnątrz gałki oka prawego ograniczony. Ze strony nerwów czaszkowych może lekki niedowład prawego nerwu twarzowego o charakterze ośrodkowym. Przy wyciągniętych kończynach i zamkniętych oczach widać lekkie opadanie i odprowadzanie kończyny górnej prawej. To samo przy hiperpronacji i hipersupinacji. Próba — palec — nos, diadochokineza prawidłowe. Odruchy Stewarda-Holmessa, Babinskiego — na asyngię — ujemne. Chód prawidłowy, przy chodzeniu nieco mniej balansuje prawą ręką. Z badań pomocniczych: krew i moczu normalne. Próba Pirqueta ++. Odczyn Wassermanna i cytochology we krwi i Wassermann w płynie mózgoworodzeniowym — ujemne. Badanie płynu mózgoworodzeniowego: płyn przezroczysty, wycieka pod dużym ciśnieniem, Nonne-Apel +, białko — 0,16%; limfocyty — 1. Rentgenogram czaszki wykazuje ścięczenie ścian i wybitne odciski palczaste. Rentgenogram płuc wykazał pierwotny zespół Ghona, co dowodzi sprawy swoistej gruźliczej.

W przypadku tym mieli prelegenci do czynienia z wodogłowiem wrodzonym, które przez cały szereg lat nie dawało żadnych objawów prócz skłonności do wymiotów i nieznacznych bólów głowy. Parę tygodni przed przybyciem do szpitala wystąpiło jakby nasilenie sprawy chorobowej, które dało w rezultacie całkowity obraz wzmoczonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego (silne bóle głowy, wymioty, zastoina, duże ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego). Dalej były bardzo słabo zaznaczone objawy miejscowe ze strony nerwu odwodzącego, słabe objawy mózdkowe i porażenia połowiczego prawostronnego. Wreszcie stwierdzono u dziecka pewne zmiany gruźlicze: powiększenie gruczołów karkowych, blizna w tem miejscu po stronie prawej, odczyn Pirqueta ++, ciepłota 37° — $37,2^{\circ}$, zespół Ghona w obrazie rentgenowskim.

W przypadku tym postawili prelegenci rozpoznanie: *meningitis serosa u dziecka z wodogłowiem wrodzonym (tuberculosisigenes?)*. W djagnostyce różniczkowej wyłaczili kiłę, ropień, dłużej natomiast zastanawiali się nad guzem. Jednakże bardzo dobry stan ogólny dziecka, cały przebieg sprawy chorobowej z pewnemi polepszeniami i pogorszeniami, a bez stałego postępującego charakteru objawów, wreszcie brak wyraźnych objawów miejscowych — wszystko to przemawiało przeciwko guzowi. Zresztą liczone się również z dużą czaszką, a więc z obecnością wrodzonego wodogłowia. Natura *hydrocephalus acquisitus* czyli *meningitis serosa* jest jeszcze dość ciemna. Z jednej strony często objawia się nagle w przebiegu wodogłowia wrodzonego, przebiegającego dłuższy czas bez żadnych objawów chorobowych. Z drugiej strony już Quincke przeprowadza analogię między *meningitis serosa* a surowiczem wysiękiem zapaleniem opony lub otrzewny, które są zwykłe etiologii gruźliczej, i uważa, że *tbc.* może wywoływać *meningitis serosa*. Tego samego zdania jest cały szereg innych autorów, jak: Flatau, Zandow, Kiebold, Ba-

lint, Muenzer, Biedest, Heubner, Merle, Wytt, Rilliet, Basther, Oppenheim, Huttinel, Claude, którzy uważają podłoże gruźlicze za jedną z głównych przyczyn powstawania *meningitis serosa*. Wodogłowiu wrodzone oraz wyraźne zmiany gruźlicze w przypadku prelegentów przemawiałyby więc jeszcze bardziej w kierunku *meningitis serosa*.

U dziecka zastosowano naświetlanie czaszki promieniami Rentgen'a, zastrzykiwania 40% glukozy w ilości 5 cm.³ wśródrylnie, kąpiele słoneczne, ogólne naświetlanie lampą kwarcową, tran, tricalcinę i zastrzyknięcia arszeniku. Dwukrotnie dokonano nakłucia lędźwiowego, które chora zniosła dobrze, co również służy do pewnego stopnia dowodem, że ma się do czynienia z *meningitis serosa*, a nie z guzem. W parę dni po pierwszym nakłuciu oraz po naświetlaniu promieniami Rentgen'a bóle głowy znacznie zmniejszyły się, ustało również grzechotanie w głowie. Zastoina, która dnia 19.III. była jeszcze w stanie niezmienionym, dnia 1.IV. — była już wyraźnie mniejsza, a krwotoki znikły zupełnie. Również ustąpił w przebiegu leczenia zez oka prawego. Cały przebieg choroby jeszcze bardziej dowodzi, że w przypadku tym ma się do czynienia z *meningitis serosa* (streszczenie własne).

W dyskusji przypomniał Karbowski przypadek, dotyczący 28-letniej chorej, w którym co rok na wiosnę występowały bóle głowy i tarcza zastoinowa. I tam uważano sprawę za *meningitis serosa*, a pozatem stwierdzono w płucach czynne zmiany gruźlicze. Ponieważ chora przechodziła kiedyś sprawę uszną, poddano ją badaniu otoskopowemu, które wykazało pewne zmiany, wobec czego wykonano operację: podczas zabiegu znaleziono czynną sprawę ropną w uchu w okolicy *tegmen tympani*.

2) M. Lubelski. Dwa przypadki raka kąticy operowane w jedno i dwa tempa.

Pierwszy przypadek dotyczy chorego M. W., lat 47. Przed 9 miesiącami chory dostał nagle silnych bólów po prawej stronie brzucha. Chory gorączkował, ciepłota dochodziła do $37,6^{\circ}$. Nie wymiotował. Bóle te trwały około 2 tygodni i ustąpiły. Po pewnym czasie pojawiły się znowu bóle w obrębie kąticy, i chory sam wymacał jakieś stwardnienie w brzuchu, co skłoniło go do przybycia do szpitala. Przy badaniu chorego w narządach wewnętrznych nie stwierdzono nic szczególnego, w obrębie kąticy wymacał się guz wielkości 2 pięści, twardy, nieruchomy. Badanie moczu, kału oraz treści żołądkowej nie stwierdziło nic patologicznego. Odczyn Wassermanna we krwi ujemny. Czas krzepnięcia krwi — 6 minut. Zdjęcia rentgenowskie stwierdziły po 32 godzinach zaleganie treści barytowej — w całej okolicy prócz kąticy. Rozpoznano guz kąticy bez dokładnego rozpoznania jego charakteru i przystąpiono do zabiegu. Zabieg operacyjny rozpoczęto w znieczuleniu lędźwiowym, ale przy usuwaniu guza uszło chorogeterem. Jame brzuszna otworzona w linii środkowej. Guz zajmował kątnicę i część wstępnicy; był wielkości 2 pięści dorosłego człowieka i mocno zrośnięty z przednią powierzchnią dołu biodrowego. Operację wykonano w jedno tempo. Uruchomiono kątnicę, wstępnicę i dośrodkową połowę poprzecznicę po przecięciu otrzewny przysięennej. Po usunięciu guza kąticy z końcowym odcinkiem jelita biodrowego, wstępnicy i dośrodkową połową poprzecznicę dokonano końcowo-bocznego zespolenia jelita biodrowego z dośrodkową połową poprzecznicę. Ścianę brzucha zaszyto naглуcho. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Płynne wypróżnienie na trzecią dobę. Na dwunasty dzień zdjęto szwy. Chory nie narzeka na żadne bóle, przyjmuje pokarmy stałe, samopoczucie bardzo dobre. Badanie histologiczne guza wykazało budowę gruczolakoraka.

W związku z pokazywanym przypadkiem podnosi referent sprawę pewnych trudności rozpoznawczych w guzach kąticy. Często bywa bardzo trudno przewidzieć zgóry, z jakiego rodzaju guzem spotkamy się przy zabiegu. Czy to będzie guz pochodzenia gruźliczego, to jest przerostowa postać gruźlicy, t. zw. *tuberculoma coeci*, czy też nowotwór złośliwy, najczęściej rak. Nawet już po otwarciu brzucha, mając guz w ręku, często nie można postawić ścisłego rozpoznania. Niekiedy rozszanie przezroczyście gruzelki wielkości łebka od szpilki, znajdujące się na powierzchni jelit i otrzewny, przemawiają za tem, że ma się przed sobą guz pochodzenia gruźliczego. W innych przypadkach tylko badanie drobnowidzowe rozstrzyga o charakterze guza. Co się tyczy techniki operacyjnej, to niezawsze guz kąticy lub innej części jelita grubego można usunąć w jedno tempo. Już od czasów Mikulicza i ucznia jego Anschuetza wymagają się chirurdzy pod tym względem pewnych zasad, a mianowicie: jeżeli chory ma objawy zupełnej niedrożności jelit z powodu guza jelita grubego, i jeżeli stan chorego jest bardzo

ciężki, to nie kuszą się oni o dokończenie zabiegu na jednym posiedzeniu. Operuje się takich chorych zwykle w trzy tempa. Przedewszystkiem po otwarciu jamy brzusznej wyłania się guz nazewnątrz i otwiera się jelito, tworząc sztuczną rżnię (*anus contra naturam*) w tym celu aby uwolniwszy przewód pokarmowy od mas kałowych i od samozatrucia, poprawić stan ogólny chorego. W drugim tempie usuwa się guz żegadłem P a q u e l i n a i nareszcie w trzecim tempie zamykamy jamę brzuszną. Istnieje jeszcze metoda operacji guzów kątncy i wstępniczy w dwa tempa, kiedy w pierwszym tempie w celu poprawy stanu ogólnego chorego zespalamy jelito kręte z poprzecznicą, a w drugim tempie usuwamy guz. Taką metodą był operowany drugi chory, którego pokazał następny prelegent. Chory ten, mający obecnie lat 42, był operowany przez prelegenta z powodu guza kątncy przed 4 laty. Przy pierwszym zabiegu po przecięciu końcowego odcinka kątncy wykonanie było zespolecie kątncy z poprzecznicą: guz na razie nie był usunięty. Chory był nasświetlany cały rok promieniami R o e n t g e n a, lecz bez rezultatu. Wobec tego po roku dokonano drugiego zabiegu i usunięto kątncę, wstępnicę i część poprzecznicy. Badanie guza wykazało budowę gruczolakoraka. Od czasu ostatniego zabiegu minęły 3 lata. Chory przybrał dużo na wadze. Obecnie waży 95 kilogramów (streszczenie własne).

W dyskusji zauważa D. H e l l i n, że nawet rozsiane gruczłki nie pozwalają na rozpoznanie gruczłicy, gdyż mogą one być również w raku. Rozstrzyga wyłącznie badanie drobnowidowe.

D o l k a r t uważa, że, aczkolwiek różniczkowanie między rakiem a gruczłicą kątncy należy do bardzo trudnych, jednak istnieją pewne momenty, pozwalające na to różniczkowanie. Rak bywa częściej ruchomy, guz gruczłicy jest nieruchomy. Ruchomość może więc służyć jako moment rozpoznawczy. Cytuje swój przypadek, dotyczący 32-letniego chorego, gdzie wobec ruchomości guza postawił rozpoznanie raka, chory zginął podczas operacji, badanie mikroskopowe guza wykazało utkanie raka. Chory ten narzekał jedynie na gneczenie w dołku podsercowym, odbijania, nie było natomiast zupełnie objawów zwięzienia. Badanie rentgenowskie nie wykazało zmian, natomiast badanie palpacyjne wykazało obecność guza. Myślał początkowo o nerce ruchomej, lecz było to niemożliwe, gdyż poza tym guzem istniała prawa nienka ruchoma. Powtórne badanie rentgenowskie wykazało istnienie przeszkody w jelitach. W odpowiedzi zaznacza L u b e l s k i, że gruczłki gruczłice różnią się makroskopowo od rakowych: są przezroczyste, wielkości łebka od szpilki. W gruczłicy bywa, podobno, w jamie brzusznej dużo krwistego płynu, sam jednak tego nie widywał. Nie zgadza się z przedmówcą co do ruchomości guzów; widywał *tuberculo-ma coeci* nieprzyrośnięte, ruchome; zależy to od okresu, w którym się operuje. Gruczłica kątncy zaczyna się od wyrostka robaczkowego, a u kobiet od trąbek.

3) M. L u b e l s k i. *Operacja wytwórcza nosa, zniekształconego z powodu kły.*

Chora R. T., mająca lat 47, po przebytej kile i przeprowadzonej kuracji specyficznej przybyła na oddział chirurgiczny celem poddania się wytwórczej operacji zniekształconego nosa. Przy badaniu stwierdzono zupełny brak przegrody nosowej, brak chrząstki lewego skrzydła nosa, spadnięcie tegoż skrzydła i koniuszka nosa. Operację wytwórczą wykonano w znieczuleniu miejscowym w kilku aktach.

Akt pierwszy operacji — z przedniej części kości piszczelowej wycięto długą blaszkę kostną wraz z okostną szerokości 4 mm., a długości 6 — 7 cm. Następnie ma górnej wardze w linii środkowej na granicy skóry i błony śluzowej dokonano małego cięcia. W otwór ten wprowadzono zgłębnik i wydrążono na tempo kanał do góry aż do kolca nosowego (*spina nasalis*). Do kanału tego wprowadzono wycięty przeszczep kostny długości $1\frac{1}{2}$ cm. Następnie na koniuszku nosa na granicy skóry i błony śluzowej dokonano również małego cięcia i pod skórą grzbietu nosa wydrążono zgłębnikiem kanał aż do nasady nosa; do kanału tego wprowadzono pozostałą część przeszczepu kostnego długości 5 cm., poczem miejsca nacięcia zasztyto. Na wewnętrznej powierzchni błony śluzowej nosa w obrębie opadniętego skrzydła nacięto błonę, powstałe po schorzeniu i uniesiono ku górze opadnięte skrzydło. Do wspólnego otworu nosa wprowadzono gruby sążek gumowy.

Drugi akt — po 2 tygodniach dokonano drugiego aktu operacji, a mianowicie: na górnej wardze z obu stron linii środkowej wycięto płat skórnny, który obejmował wszystkie warstwy z przeszczepem kostnym oraz z błoną śluzową. Szerokość płata skórnego wynosiła 6 — 7 mm. Nasada płata znajdowała się na dole na granicy skóry i błony śluzowej wargi, przecięta nie była. Natomiast górny brzeg płata był odcięty na granicy wej-

ścia do otworu nosowego. Następnie po okrwawieniu koniuszka nosa przszyto doń wolny górny brzeg wyciętego płata. Dla zmniejszenia napięcia przszytego płata przez górną wargę z obu stron linii środkowej przeprowadzono lejce jedwabne, które uniesiono wargę ku górze. Lejce umocowano na czole przylepcem.

Trzeci akt operacji — po dalszych 2 tygodniach odcięto zupełnie nasadę płata od górnej wargi. W ten sposób otrzymano płat skóry, wiszący na koniuszku nosa, obrzucony powierzchnią skóry nazewnątrz, a błoną śluzową — nawewnątrz. Ubytek w środkowej części górnej wargi zamknięto wytwórczo w ten sposób, że uruchomiono skórę wargi z obu stron po przeprowadzeniu cięć poziomych na granicy skóry i błony śluzowej przy wejściu do otworów nosa. Uruchomione brzegi skóry dały się łatwo zbliżyć i zeszyć w linii środkowej. Do środkowej części w ten sposób zeszytej górnej wargi do jej górnego brzegu przszyto dolny brzeg wyciętego poprzednio płata skóry. W ten sposób otrzymano zewnętrzną ruchomą przegrodę nosa oraz dwa otwory nosowe. Od ostatniego zabiegu upłynęły trzy tygodnie. Kształt nosa jest zadowalający.

Na uwagę zasługuje odrębny sposób utworzenia ruchomej przegrody nosa. Zwykle wycina się płat z wargi w ten sposób, że nasada jest u góry przy wejściu do otworu nosa, a wolny brzeg u dołu. Przyszywając wolny brzeg płatu do koniuszka nosa obraca się dokoła osi o 180° , aby skóra znajdowała się nazewnątrz. Prelegent wykonał ten zabieg, jak widać z opisu, w sposób odrębny (streszczenie własne).

W dyskusji stwierdza D. H e l l i n, że sposób, podany przez prelegenta, bywa często stosowany. Tutaj wynik operacji jest bardzo ładny. Nos siodełkowaty można operować również w inny sposób mniej uciążliwy z braniem przeszczepu kostnego nie z piszczeli, lecz z wyrostka czółowego. Jeden taki przypadek pokazywał niedawno w Polskim Towarzystwie Medycyny Społecznej, drugi zaś przypadek ma zamiar pokazać. Wszędzie można również kość słoniową.

L. A b r a m o w i c z zaznacza, że przeszczepić można również chrząstkę żebrową; robił taką operację z dobrym wynikiem.

W odpowiedzi zaznacza L u b e l s k i, że dwuczłowe tworzenie przegrody nosowej jest jego własnym pomysłem. Plastykę z mostem wykonywał również.

4) M. L u b e l s k i i Z. W o l t e g e r. *Przypadek zeszytowania lewego stawu żuchwowego, operowany metodą A x h a u s e n a.*

Chora S. S. ma obecnie lat 11; przechodziła w czwartym roku życia płonicę, przyczem jako powikłanie tej choroby wystąpiło zapalenie lewego stawu żuchwowego, a w następstwie szczękocisk i zeszytowanie żuchwy. Maksymalne otwarcie ust wynosiło do 2 mm. Chora przez cały czas, a więc w ciągu siedmiu lat karmiła się papkami i pokarmami płynnymi, przeciskaniem z trudem do ust. Badanie rentgenowskie wykazało zupełne zatarcie konturów lewego stawu żuchwowego. Dokonano była resekcja stawu żuchwowego w znieczuleniu miejscowym metodą A x h a u s e n a. Pierwsze cięcie ma muszli usznej szło okólnie, poczynając od brzegu skrawka (*tragus*) wokóło zewnętrznego przewodu słuchowego. W przedniej części, a więc na brzegu skrawka nacięta była tylko skóra, a dalej ku tyłowi wokóło zewnętrznego przewodu słuchowego przecięta była skóra wraz z chrząstką. W ten sposób odcięto zewnętrzny przewód słuchowy od reszty muszli usznej. Następnie dokonano cięcia na tylnej powierzchni muszli usznej wzdłuż rowka przyusznego. Po oddzieleniu muszli usznej od miękkich tkanek przerzucono ją ku przodowi, t. j. ku twarzy. Z całej muszli usznej pozostał jedynie na swem miejscu zewnętrzny przewód słuchowy, który odciągnięto ku tyłowi. Pole operacyjne jest przykryte przez śliniankę przyuszną, którą częściowo na tępo, częściowo na ostro oddzielono od zewnętrznego przewodu słuchowego i odciągnięto ku przodowi. W polu operacyjnym jest staw żuchwowy. Torebka stawowa zniszczona, pozostały jedynie strzępy. Główna żuchwa, jak i cały wyrostek kłykiowy (*proc. condyloideus*) silnie zniekształcone, przyrośnięte do kości skroniowej. Wydlutowano zniekształcony wyrostek stawowy. Wobec krwawienia żylnego założono sążek z gazy wioformowej pomiędzy panewkę stawową i pozostałą część wyrostka kłykiowego. Pasek wyprowadzono tyłu za muszlą u dolnego brzegu ramy. Śliniankę przyuszną, a następnie muszlę uszną doprowadzono do normalnego położenia. Muszlę uszną przszyto pojedynczemi jedwabnemi szwami do skóry i do zewnętrznego przewodu słuchowego. Trzeciego dnia po zabiegu rozpoczęto forsowne ruchy żuchwy. Od tej pory chora otwiera usta zupełnie normalnie i przyjmuje wszystkie pokarmy. Metoda operacyjna A x h a u s e n a zasługuje na szczególne uzna-

nie ze względów następujących: daje największą rękojmię uchronienia nerwu twarzowego od uszkodzenia podczas operacji, powtórnie — w przeciwieństwie do dotychczasowych metod operacyjnych odbywa się nie na skórze twarzy przed muszlą uszną, lecz w rowku poza muszlą uszną, a więc w miejscach niewidocznych, i nie pozostawia szpetnych blizn, które miało się przy dotychczasowych metodach operacyjnych K o c h e r a, C h a v a s s e a, K ö n i g a i innych. Jest to wybitnie kosmetyczna metoda operacyjna (streszczenie własne).

W dyskusji podkreśla L u b e l s k i, że operację tę wykonano w Warszawie po raz pierwszy.

O d c z y t:

Ludwik A b r a m o w i c z. *Kiła tchawicy i oskrzeli głównych w świetle tracheobronchoskopji* (będzie drukowane w „Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim”).

W dyskusji podkreśla K a r b o w s k i, że we wczesnych okresach kiły tchawicy i oskrzeli rozpoznanie daje wyłącznie tracheobronchoscopia, która nie pociąga za sobą wtedy żadnych powikłań. W daleko posuniętych zmianach może być tracheobronchoscopia niebezpieczna. Cytuje przypadek, w którym kilak zniszczył ścianę lewego oskrzela i łuk tętnicy głównej, a gdzie miała być wykonana tracheobronchoscopia. Nie mógł się jednak zdecydować na jej wykonanie, a tymczasem chory zmarł wskutek krwotoku z przeżartej tętnicy głównej. W tych przypadkach należy być ostrożnym i robić jedynie bronchografię.

S r e b r n y zaznacza, że tracheobronchografia nie jest jedyną metodą, umożliwiającą rozpoznanie kiły tchawicy. S c h r ö t t e r modelował zmiany kiłowe tchawicy. Zmiany kiłowe w tchawicy i oskrzelach są rzadsze, aniżeli w nosie i gardle, lecz częstsze, niż się je rozpoznaje, gdyż rzadko się wogóle o nich myśli. Długotrwałe nieżyty tchawicy należy podejrzewać o etiologię kiłową. Również owrzodzenia kiłowe mogą przez długi czas nie zwracać na siebie uwagi, jeżeli przebiegają bez chrypki. Cytuje przypadek S o n n t a g a przetoki tchawiczno - przełykowej. K m a p p e zauważa, że takie sprawy, o jakich wspominał prelegent, zdarzają się stosunkowo często internistom. U 70-letniego osobnika, który przebył kiłę, wystąpił duszący oddech, sinica i t. p. objawy. Ponieważ interniści uciekają się raczej do badania rentgenowskiego, aniżeli do tracheobronchoskopji, więc i tutaj wykonano zrazu badanie rentgenowskie, które wykazało zaciemnienie szczytu przesuniętej tchawicy. Aczkolwiek odczyn W e s s e r m a n n a wypadł we krwi ujemnie, przeprowadzono leczenie, po którym nastąpiło pogorszenie. Wobec tego przeprowadzono naświetlanie promieniami R o e n t g e n a, po którym wystąpiła poprawa, utrzymująca się przez 4—5 miesięcy; po ponownym naświetlaniu promieniami R o e n t g e n a stan się znowu poprawił, lecz w czasie tej poprawy nastąpił krwotok płuc i zejście śmiertelne. W przypadku powyższym, sądząc z doskonałego reagowania na promienie R o e n t g e n a, chodziło, zapewne, o mięsaka gruczołów chłonnych. Internista niezawsze może robić tracheobronchoskopję.

K o e n i g s t e i n twierdzi, że przypadek S o n n t a g a nie był pochodzenia kiłowego. Wbrew temu, co mówił przedmówca, na oddziałach wewnętrznych często robi się endoskopję, a metody endoskopowe na tych oddziałach właśnie zostały stworzone.

R i e z n i k o w zgadza się z poglądem, że, zanim się przystępuje do tracheobronchoskopji, należy przeprowadzić najpierw badanie rentgenowskie jako prostsze i niezwiązane z niebezpieczeństwem, pozwalające czasem na oszczędzenie choremu przykrości i uchronienie go przed ewentualnym niebezpieczeństwem, związanym w pewnych przypadkach z tracheobronchoskopją. U osób starszych z przebytą kiłą pamiętać należy o *mesaortitis luetica*, w obecności której bronchoskopowanie może być bardzo niebezpieczne.

S r e b r n y prostuje, że pierwszy przypadek S o n n t a g a dotyczył przetoki tchawiczno - przełykowej. Ten sam autor ogłosił jeszcze jeden przypadek przetoki tchawiczno - przełykowej na tle ciała obcego.

W odpowiedzi stwierdza A b r a m o w i c z, że w cytowanym przez niego piśmiennictwie był również przypadek przetoki tchawiczno - przełykowej pochodzenia kiłowego. Nie było natomiast dotąd opisanego w piśmiennictwie przypadku przetoki oskrzelowo - przełykowej pochodzenia kiłowego. Wogóle cierpienie, o którym mówił, t. j. kiła tchawicy i oskrzeli, jest mało znane. Metoda bronchoskopowa nie jest niebezpieczna, nie widział nigdy jej złych skutków. Można ją wykonywać nawet u osób starych i gorączkujących. Oczywiście, badanie musi być przeprowadzone przez osobę doświadczoną w sposób łagodny i ostrożny. Zaniechanie bronchoskopji może czasami pociągnąć za sobą nawet śmierć wobec zbyt późnego postawienia rozpoznania, jak to było w jednym z cytowanych przypadków. Badanie rentgenowskie i bronchografia nie zastępują tracheobronchoskopji we wczesnych okresach kiły tchawicy i oskrzeli.

Sekretarz: H. J. L a n d a u.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na uroczystym posiedzeniu Francuskiego Towarzystwa Okulistycznego w Paryżu z okazji pięćdziesięciolecia w dniach 18 — 21 lipca 1932 r. (Ann. d'Ophtalmologie t. CLXIX, Nr. 9, 1932) A. L a c r o i x mówił o *zaniku nerwu wzrokowego w następstwie leczenia porażenia postępującego stowarszołem*. Stowarsol sodowy, pochodny stowarsolu (pięciowartościowego arsenu) i nadający się do zastrzykiwań, poprawił znacznie rokowanie w porażeniu postępującem, chorobie nieuleczalnej i śmiertelnej, jeżeli pozostawić ją samej sobie. Zastrzykiwania stowarsolu są przynajmniej równie skuteczne jak leczenie zimnicą, nie powodują przypadków śmiertelnych, zaś technika ich jest znacznie prostsza. Jeżeli nie przekraczać dawki, podanej przez twórców tej metody (S é z a r y i B a r b é), t. j. 1 grama na zastrzyknięcie i 3 zastrzyknieć tygodniowo w ciągu 7 tygodni, a zatem 21 gramów, unika się zazwyczaj powikłań ocznych, których należy się zawsze obawiać, stosując preparaty pięciowartościowego arsenu. Pomimo to prelegent pokazuje dwa przypadki zaniku nerwu wzrokowego i ślepoty, powstałych w przebiegu tego leczenia dawkami wyżej podanymi porażenia postępującego u chorych, których ostrość wzroku, aczkolwiek nie była dokładnie mierzona, jednak praktycznie była przed leczeniem dobra. Fakty te, wynikię w nieokreślonych bliżej warunkach, powinny zachęcić do badania oczu przed rozpoczęciem i w czasie leczenia stowarszołem, ażeby móc wykryć zmiany narządu wzrokowego szczególnie w postaciach początkowych porażenia postępującego, podającego się, oczywiście, lepiej wpływowi leczenia.

Na posiedzeniu Szpitalnego Towarzystwa Laryngologicznego w Paryżu dnia 9 maja 1932 r. (Ann. d'Otolaryng. Nr. 9, 1932) A. B a r a n g e r i A. S o u l a s pokazywali przypadek *mięsaka chłonnego nagłośni u 5-letniego dziecka*. Dziewczynka ta zgłosiła się z powodu duszności typu krtańowego. Od 15 dni chora, która przebyła uprzednio katar, miała chrypkę, od 2 dni zaś trudno jej było oddychać. Gardziel znaleziono zaczerwienioną i obrzmiałą, we wzierniku zaś krtańowym zauważono poza podstawą nagłośni i w jej sąsiedztwie guzowatość lekko zaczerwienioną wielkości orzecha laskowego. Autorzy przypuszczali, że guz ten jest zapalny typu obrzękowego. Dziecko gorączkowało do 38,5°. Po 2 dniach pod wpływem spokoju, wzięcia, kąpieli, bromu i belladony duszność ustąpiła, lecz guzowatość, przylegająca do nagłośni, pomimo to pozostała. W 8 dni później wystąpiła nagle duszność typu krtańowego jeszcze silniejsza, niż poprzednim razem, ze stanem śpiączki, tak, iż trzeba było wykonać natychmiastowe przecięcie tchawicy. Po 10 dniach wykonano bezpośrednią laryngoskopję, która wykazała obecność guza wielkości orzecha laskowego, koloru brudno - szarego, nieowrzodzonego, dość twardego na dotyk, każącego myśleć o włókniaku. Wydawało się, że guz wychodził z lewego brzegu bocznego powierzchni krtańowej szypułki nagłośni. Usunięty guz poddano badaniu anatomiczno - patologicznemu, które wykazało budowę bardzo zbliżoną do mięsaka chłonnego (*lymphosarcoma*).

Z j a z d y

Zjazd Przeciwrakowy w Łodzi.

Dn. 30 i 31 października odbył się w Łodzi 3-ci Ogólnopolski Zjazd Przeciwrakowy. Na pierwszym posiedzeniu przedpołudniowym w niedzielę S t e r l i n g - O k u n i e w s k i omawiał szczegółowo zagadnienie dziedziczności w raku i sprawę

usposobienia do raka. P e l c z a r (z Wilna) przedstawił ciekawą pracę nad stanami odpornościowymi w raku. L a s k o w s k i mówił o podstawach morfologicznych klasyfikacji raków. E i g e r w syntetycznej pracy przedstawił próbę ujęcia zagadnienia procesu nowotworzenia z punktu widzenia ogólnej fizjologii i patologii układu nerwowego współczulnego. Te-

goż dnia popołudniu całe posiedzenie było poświęcone sprawie leczenia raków. Bardzo obszernie omawiano sprawę leczenia raków promieniami Roentgena i radu (Zawadowski, Mayer, Łukaszczyk, Meisels). Flokstrumpf i Gądek przedstawili duży materiał kliniczny z przypadków raka, leczonych radem; Rubinrot mówił o leczeniu raka wargi dolnej; Krynśki (Łódź) o leczeniu raka skóry. Wreszcie Thurst omawiał swoją metodę leczenia raków dożylnym wlewaniem alkoholu etylowego.

W poniedziałek dn. 31 października na posiedzeniu przedpołudniowym Hirsfeld wygłosił obszerny referat o zagadnieniu raka w świetle nauki o odporności, zatrzymując się specjalnie nad sprawą możliwości wywoływania przez tkankę rakową odczynów odpornościowych swoistych. Oszański mówił o badaniach nad obrazem biochemicznym krwi u chorych rakowych. Bardzo ciekawie wypadły referaty Zakrzewskiego i Kraszewskiego z Krakowa, którzy podali nowe metody hodowania tkanek z nowotworów ludzkich poza ustrojem. Eiger i Czarniecki na zasadzie dużego materiału doświadczalnego omawiali wpływ na powstawanie nowotworów doświadczalnych ciał, działających na układ autonomiczny. Szustersona pokazywała bardzo ciekawe preparaty rozlanych nowotworów złośliwych opon mózgowych. W przypadkach tych makroskopowo nie widać było prawie żadnych zmian, a dopiero badanie mikroskopowe wykazało zmiany nowotworowe. Lemczewski mówił o znaczeniu i wartości obrazu drobnostkowego w rozpoznawaniu raka macicy. Makower podał wyniki badań nad wartością kliniczną próby rakowej Bendiena. Na posiedzeniu popołudniowym Radliński przedstawił obszerny materiał rakowy z 2-giej Kliniki Chir. U. W.; Bochenński mówił o leczeniu raka macicy. Zebrowski — o rakach ucha i górnej części dróg oddechowych. Niewiadomski wygłosił referat p. t. „Chirurgia a nowotwory”. Wejnert szczegółowo omówił stan walki z rakiem w Polsce oraz wskazał najbliż-

sze zadania w tej dziedzinie, jak tworzenie nowych placówek do walki z rakiem, a co najważniejsze skoordynowanie działalności wszystkich instytucji przeciwrakowych w Polsce. Ks. Radziwiłł mówił o konieczności utworzenia Polskiej Ligi Przeciwrakowej i przedstawił projekt nawiązania stosunków z innymi narodami słowiańskimi i utworzenia Wszesłowiańskiej Unji Przeciwrakowej. W lokalu zjazdu urządzone były wystawy rentgenologiczna i anatomopatologiczna: materiał pokazowy bardzo ciekawy i w odpowiedni sposób przedstawiony. Wszystkie wygłoszone referaty stały na bardzo wysokim poziomie naukowym. Bardzo liczny udział słuchaczy i ożywiona dyskusja świadczyły o dużym zainteresowaniu wszystkich przybyłych. Poziem zjazdu wykazał, że polscy lekarze pracują wydajnie nad zagadnieniem raka i że z zapałem szukają dróg, zmierzających do skutecznej z nim walki. Wielokrotnie podkreślano nie dość może rozpowszechnioną tezę, że rak we wczesnych okresach, jest uleczalny, i że najważniejsze w chwili obecnej są wysiłki, zmierzające do ułatwienia jaknajwcześniejszego rozpoznawania raka. Wysiłki te zakanaczyły się bardzo wyraźnie w wielu referatach na tematy serologiczne lub biochemiczne, liczne zaś pokazy uleczonych przypadków potwierdzały całkowicie tezy powyższe. Wreszcie podkreślono w dostatecznej mierze ważną niesłyszanie sprawę walki społecznej z rakiem: konieczność uświadamiania ludności o możliwościach wyleczenia wcześniej rozpoznanych przypadków, rozpowszechnianie wiadomości o stanach przedrakowych, o niezaraźliwości raka, i t. d. — no i konieczność walki z dotychczas jeszcze istniejącymi w tej dziedzinie przesadami. Nie ulega żadnej wątpliwości, że umiejętne i celowe zorganizowanie tej społecznej walki z rakiem musi dać pewne rezultaty praktyczne.

Organizacja zjazdu była pierwszorzędna. Nastroj, jaki panował na zjeździe, był w dużej mierze związany z niewytkie miłą atmosferą, jaką potrafili stworzyć gościnni gospodarze, — koledzy łódzcy. Należą się im zato specjalne słowa uznania.

M. Płóńskie (Warszawa).

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Z Ośrodka Leczniczego Nr. 2 (Hulczyńskiego) Kasy Chorych w Sosnowcu.

Statystyka poronień za okres czasu od 1924 r. do 1931 r. i poronień jako zagadnienie społeczne. *)

Podał

Dr. R. WIERZBICKI (Sosnowiec).

(Dokończenie — patrz Nr. 47).

II.

Poronienie (spędzenie płodu) jako zjawisko patologiczne istniało jeszcze w starożytnych społeczeństwach, przetrwało przez wieki średnie i doszło do swego kulminacyjnego punktu w najnowszych czasach po wojnie światowej, która przeorała przedwojenne pojęcia o moralności, o rodzinie i wywołała rozluźnienie obyczajów.

Za tym wstrząsem duchowym nastąpił drugi wstrząs — materialny, który nazywamy kryzysem gospodarczym i który gnębi cały świat. Warunki ekonomiczne związane z tym kryzysem, brak pracy, małe zarobki, konieczność zarabkowania przez kobiety, ciasnota mieszkaniowa wraz ze zmienionymi pojęciami o rodzinie są główną przyczyną wzrostu liczby poronień.

Spółczeństwo w swoich poglądach na omawiane zagadnienie podzieliło się na dwa obozy. Episkopat Polski wystąpił przeciwko nowemu projektowi Polskiego Kodeksu Karnego uchwalonemu

i opublikowanemu przez Komisję Kodyfikacyjną i głoszącemu: „Kobieta, która płód swój spędza lub pozwała na spędzenie go przez inną osobę, ulega karze aresztu do lat 3. Niema przestępstwa, jeżeli zabieg był dokonany przez lekarza i był konieczny ze względu na zdrowie kobiety ciężarnej, jej ciężkie położenie materialne, dobro rodziny, lub ważny interes społeczny”.

Episkopat odpowiada „niema żadnego t. zw. prawa bezwzględnej konieczności, któreby mogło usprawiedliwić uśmiercenie dziecka. Zasługują zatem na pochwałę owi sumienni i doświadczeni lekarze, którzy starają się życie matki i życie dziecka zachować i obronić. Niegodnymi natomiast okazaliby się szlachetnego imienia i tytułu lekarzkiego ci, którzyby ze względów leczniczych, albo przez niewłaściwe współczucie nastawali na życie matki czy płodu”. Widzimy więc dwa zupełnie różne światopoglądy: Komisja Kodyfikacyjna pod wpływem nowych prądów i nowych poglądów w społeczeństwie uwzględnia wskazania socjalne i społeczne, Episkopat z punktu widzenia religijnego kategorycznie protestuje przeciwko uśmierceniu płodu.

Odpowiedź na te dwa zwalczające się wzajemnie światopoglądy znajdujemy w Kodeksie Karnym, obowiązującym od dnia 1 września r. b.

Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu.

Art. 230. paragraf 2. Jeżeli śmierć wynikła z umyślnego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia, spędzenia płodu... sprawca podlega karze więzienia do lat 10.

*) Odczyt wygłoszony na zebraniu naukowym Towarzystwa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego w dniu 21 września 1932 r.

Art. 231. Kobieta która płód swój spędza, lub pozwala na spędzenie go przez inną osobę, podlega karze aresztu do lat 3.

Art. 232. Kto za zgodą kobiety ciężarnej płód jej spędza lub jej przytem udziela pomocy, podlega karze więzienia do lat 5.

Art. 233. Niema przestępstwa z artykułu 231 i 232, jeżeli zabieg był dokonany przez lekarza i przytem:

- a) był konieczny ze względu na zdrowie kobiety ciężarnej;
- b) ciąża była wynikiem przestępstwa określonego art. 203, 204, 205 lub 206. (art. 203 — wypadek czynu nierządnego z osobą niżej lat 15, art. 204 — zmuszenie do czynu nierządnego przemocą lub groźbą, art. 205 — zmuszenie do czynu nierządnego przez nadużycie stosunku zależności i krytycznego położenia, art. 206 — spółkowanie z krewnym w linii prostej, bratem lub siostrą).

Art. 234. Kto bez zgody kobiety ciężarnej płód jej spędza, podlega karze więzienia do lat 10.

Więc Kodeks Karny nie uwzględnia ani ciężkiego położenia materialnego, ani ważnego interesu społecznego.

Ciekawe są poglądy na poronienie naszego społeczeństwa. Dawniej, 15—20 lat temu, chore ciężarne, przychodzące z prośbą o udzielenie porady w celu pozbycia się ciąży, krępowały się, prosiły o pewną tajemnicę; dzisiaj chore nie tylko proszą, lecz żądają tej porady, nie krępując się obecnością akuszerki lub innej chorej. I przeciwnie, pewna liczba chorych zgłaszających się zaznacza, że ze względów moralnych i religijnych, nie dopuszcza myśli o możliwości poronienia. W naszym społeczeństwie więc też spotykamy wspomniane dwa różne poglądy na poronienie.

Dla nas lekarzy godne są uwagi wyniki dekretu w Rosji o wolności wykonywania sztucznego poronienia, wydanego 18 listopada 1920 r. i uzupełnionego dekretem z 3 listopada 1924 r., głoszącym, że tylko w publicznych szpitalach i klinikach wolno wykonywać ten zabieg, naturalnie w pierwszych 3 miesiącach ciąży.

Dr. Krassilnikjan (Niekaralność sztucznego poronienia w Rosji w okresie trzynastoletnim w świetle faktów i cyfr — podał Dr. Henryk Kłuszyński — Warszawskie Czasopismo Lekarskie Nr. 49 z 4 grudnia 1931 r.) po zestawieniu opinii prasy lekarskiej, towarzystw i zjazdów lekarskich dochodzi do następujących wniosków: 1. legalizacja poronień w Sowietach spowodowała nadzwyczajny wzrost liczby sztucznych poronień; 2. mimo tej legalizacji wzrosła liczba poronień kryminalnych; 3. wzrosła również liczba schorzeń septycznych; 4. sztuczne poronienie, dokonane nawet *lege artis*, okazało się poważnym i ciężkim zabiegiem dla organizmu kobiecego.

Jako środki zaradcze wymienia: 1) Przerwanie ciąży winno nastąpić tylko ze wskazań medycznych; 2) społeczno-gospodarcze położenie ludności należy drogą państwowej pomocy podnieść, ochrona macierzyństwa i ochrona dziecka winny być lepiej rozbudowane, by znikła trwoga przed

dzieckiem; 3) należy podnieść moralny poziom ludności, zwłaszcza młodzieży; 4) celem zmniejszenia liczby poronień należy zmniejszyć liczbę ciąż (zapłodnień), co najlepiej skutecznie przez stworzenie poradni, w których kobiety będą uświadamiane na punkcie stosowania środków zapobiegawczych.

Z tego wnioskujemy, że i legalizacja poronień również nie rozwiązuje samej kwestji poronieniowej.

Prof. Czyżewicz we wspomnianym już artykule, omawia obszernie niebezpieczeństwa poronień z ich następstwami i skutkami i przychodzi do wniosku, „że pomimo rozwoju medycyny, a przedewszystkiem techniki operacyjnej, nie znamy sposobu, któryby pozwolił usunąć niebezpieczeństwo poronień i gwarantował wynik choćby bezpośredni. Pomimo ostrożności, doprowadzonej do szczytu, nie jesteśmy w stanie wyłączyć ani zakaźnych spraw ogólnych, czy miejscowych, ani przebicia macicy z jego poważnemi następstwami, ani zaburzeń układu nerwowego i układu gruczołów dokrewnych, które na organizmie toczonym przez chorobę, mogą się ciężko odbić, ani późniejszych następstw, narazie ukrytych. Lawirujemy stale między Scyllą a Charybdą, zdani na los szczęścia i bezsilni wobec przeszkód, którym nie jesteśmy w stanie zapobiec. Sytuacja zaiste godna pożałowania”.

Ze złem społecznem, jakim jest poronienie, powinno walczyć samo społeczeństwo. Podniesienie moralnego poziomu społeczeństwa powinno być głównem zadaniem. Powinna być rozbudowana i rozszerzona opieka nad macierzyństwem i dzieckiem. Naszem zadaniem jest uświadamianie społeczeństwa o szkodliwości poronień i o tem, że zabieg sam jest poważną operacją, która często zagraża życiu i zdrowiu kobiety.

Główną jednak walkę z poronieniami powinno prowadzić państwo drogą ustanowienia materialnej opieki nad rodzinami w wypadkach liczniego potomstwa i nad dziećmi pozbawionemi ojców (dzieci nieślubne i dzieci kobiet owdowiałych), aby nie było obawy przed dzieckiem i aby za chleb matka nie płaciła życiem dziecka.

Potwierdzenie tego znajdujemy w liście pasterskim Ks. Kardynała H l o n d a „O chrześcijańskie zasady życia państwowego”, część I. p. 5, w którym mówi: „Tak, jak państwo, ale jeszcze przed powstaniem pierwszego państwa, wyłoniła się z tej samej przyrodzonej konieczności rodzina. Ma ona swe niezniszczalne prawa do bytu wprost od Stwórcy. Te prawa stanowią dziedzinę wyłączoną z pod władzy państwowej, która nie tylko nie powinna w niczem osłabiać życia i zdrowia rodziny, ale raczej udzielać jej powinna szczególnej opieki, zwłaszcza w wypadkach liczniego potomstwa. Bo czyż pomyślność i żywotność rodziny nie są warunkiem pomyślności państwowej? Czyż Państwo nie stoi rodziną i czyż nie chyli się z jej upadkiem? Po stopniu zaopiekowania się rodziną można dzisiaj niezawodnie poznać te kierunki polityczne, którym siła narodu i Państwa jest szczerą troską. Wymierzanie jakichkolwiek ciosów w jej prawa, spistość, w jej świętość i pełń życia jest robotą grabarzy ludów i zbrodnią przeciw naturze.”

Wiadomości bieżące

— D. 25 listopada r. b. w sali Kolumnowej Pałacu Staszica odbyło się uroczyste Zebranie Towarzystwa Naukowego Warszawskiego z okazji 25 rocznicy jego założenia. Towarzystwo Naukowe Warszawskie powstało w r. 1907 dzięki staraniom dawnych profesorów i uczniów Szkoły Głównej w Warszawie. W myśl pragnień jego twórców miało ono być następcą Królewskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk, założonego w Warszawie w r. 1800 i tak chlubnie w dziejach naszych zapisanego, a po latach 32 swego istnienia przez zaborcę zniszczonego. Sejm Ustawodawczy odrodzonej Polski uchwałą z r. 1919 przyznał Towarzystwu Naukowemu charakter spadkobiercy pierwszego w Warszawie towarzystwa naukowego. W ciągu 25 lat swego istnienia Towarzystwo Naukowe Warszawskie było wielkim ośrodkiem pracy naukowej, skupiło pracownie, stworzyło biblioteki i wydawnictwa naukowe. Rok bieżący, rok jubileuszowy Towarzystwa Naukowego Warszawskiego jest zarazem setną rocznicą zniszczenia jego poprzednika — Towarzystwa Przyjaciół Nauk.

Program Zebrania uroczystego obejmował:

1. Przemówienie Prezesa Towarzystwa p. Wacława Sierpińskiego. 2. Przemówienie Pana Ministra Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego Janusza Jędrzejewicza. 3. Przemówienia delegatów. 4. Sprawozdanie Sekretarza Generalnego p. Edwarda Lotta z czynności T. N. W. w latach 1930 — 1932 i rzut oka na ubiegłe ćwierćwiecze Towarzystwa. 5. Ogłoszenie nazwisk nowych członków Towarzystwa i komunikat o przyznanych nagrodach. 6. Uroczyste wręczenie medalu b. Prezesowi Towarzystwa p. Kazimierzowi Żorawskiemu. 7. Wykład członka Towarzystwa p. Maksymiljana Tytusa Hubera: „Twórczość naukowa a wynalazczość techniczna w świetle nowszych zdobyczy nauk matematyczno - przyrodniczych”. 8. „Pałac Staszica a klasycyzm w Polsce” — wypowiedź członek Towarzystwa p. Władysław Tatarkiewicz. 9. Uroczyste otwarcie Muzeum Archeologicznego T. N. W. im. Erazma Majewskiego. 10. Zwiedzanie Pałacu Staszica.

— Nakładem ruchliwego Polskiego Komitetu do zwalczania raka wysłała doskonała praca prof. G. Jeannemęga w przekładzie Dra Henryka Rabinowicza p. t. „Rak”. Na 145 stronicach małej szesnastki znajdujemy treściwie podane wiadomości o etiologii, anatomji patologicznej, rozpoznawaniu i leczeniu raka w ogólności oraz szczegółowy opis tego schorzenia w rozmaitych narządach. Wszystko ujęte jest krótko, ale

wystarczająco do wyrobienia sobie dokładnego pojęcia o rzeczy. Jako dodatek znajdujemy w końcu dane o walce z rakiem we Francji i w Polsce. Książkę czyta się łatwo, napisana jest z dużym talentem i powinna znaleźć licznych czytelników.

Omawiane wydawnictwo Polskiego Komitetu do zwalczania raka stanowi N. 9 serji naukowej.

26.XI. Warszawskie Koło Tow. Internistów Polskich.

1. E. Żera: Przypadek hepatitis sclerogummosa. 2. J. Wiloch: Przypadek botulizmu. 3. E. Apfelbaum: Zespół lymphogranulomatosus maligna z erythrodermia premycotica. Przyczynek do patogenetyzmi złośliwej. 4. S. Wajnsztock: Przypadek włóknikowego zapalenia oskrzeli. 5. Fliderbaum i Płóński: Epikryza przypadku stanu dziecięcego pochodzenia wysepkowego. 6. J. Węgieńko: Xanthosis diabetica. 7. J. Węgieńko: Przypadek cukrzycy z współprzebiegającą padaczką swoistą, leczony djetą zakwaszającą.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

29.XI. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Rutkowski J. Pokaz chorej po operacji Fraziara przecięcia pozazwojowego korzonka czuciowego nerwu trójdzielnego z powodu ciężkiej postaci nerwobólu. 2. Chodkowski K. Z powikłań w przebiegu duru brzusznego: a) ropne zapalenie chrząstki pierścieniowatej krtani i b) dziurawiące zapalenie pęcherzyka żółciowego u dziecka (pokazy anatomicznoopatologiczne). 3. Gorecki Zd. O leczeniu bodźcowem duru brzusznego. 4. Flis St. i Nowosadko G. Krwinki białe w durze brzuszny. 5. Franio Z. Kilka rysów charakterystycznych duru brzusznego w ostatniej epidemii.

1.XII. Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa.

1) Komunikaty Prezydium. 2) Referat inż. St. Rudzińskiego p. t.: „Urządzenia wodne i kanalizacyjne w szpitalach” z przezroczami. 3) Dyskusja. 4) Wolne wnioski.

3.XII. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja kliniczna.

L. Hirsfeld. Grupy krwi z punktu widzenia medycyny i prawa.

TREŚĆ: L. ENDELMAN. Spostrzeżenia nad działaniem promieni Roentgena w gruźlicy przedniego odcinka oka. — S. NEUMARK. Przyczynek do poznania trzeciorzędowej kiły gruczołów chłonnych (lymphadenitis gummosa). — M. ZAMENHOF. Seksualizm wieku dziecięcego. (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — R. WIERZBICKI. Statystyka poronień za okres czasu od 1924 r. do 1931 r. i poronienie jako zagadnienie społeczne. (Dok.). — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: L. ENDELMAN. Observations sur l'action des rayons X dans la tuberculose du segment antérieur de l'oeil. — S. NEUMARK. Contribution à l'étude de la lymphadénite gommeuse. — M. ZAMENHOF. Sexualité de l'âge infantile. (Rev. gén.). — R. WIERZBICKI. Statistique des avortements pendant la période depuis 1921 jusqu'à 1931 et l'avortement comme problème social. (fin).

SAL DIETETICUM
SINE CI' BR' J' N'
nulla contraindicatio!
ARTISAL
GEO.