

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, 15 GRUDNIA 1932 R.

Nr. 50

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Ciąża a gruźlica.

Podał

G. LEWIN (Warszawa).

Wątpię, czy jakkolwiek dziedzina gruźlicy posiada takie bogate piśmiennictwo, jak kwestja przerywania ciąży z powodu gruźlicy płuc. Od wielu dziesiątków lat zagadnienie to zajmuje umysły bardzo wielu położników i internistów, jest przedmiotem gorących dyskusyj na zjazdach i konferencjach, a pomimo to otoczona jeszcze jest nim-
bem tajemniczości, i dotychczas nie posiadamy pewnych podstaw, któremi moglibyśmy się kierować w razie potrzeby.

O wpływie ciąży na przebieg gruźlicy poglądy są dotychczas rozbieżne i często wprost sprzeczne, można tylko podziwiać ich zmienność w różnych epokach. Podczas gdy w połowie zeszłego stulecia dominowało mniemanie, że ciąża nietylko nie pogarsza stanu chorej na gruźlicę płuc, lecz nawet może nań wpłynąć korzystnie, i tak dalece w to wierzono, że pannom gruźliczym zalecano zamążpójście, jako środek terapeutyczny przeciwgruźliczy, w początku bieżącego stulecia większość lekarzy, zwłaszcza w Niemczech, nie podzielała tego optymistycznego poglądu, uważając ciążę za moment szkodliwy i zgubny. Zgodnie z tym poglądem hołdowali oni idei przerywania ciąży nietylko w gruźlicy czynnej i postępującej, lecz i w postaciach gruźlicy łagodnej i nieczynnej, a nawet w przypadkach, gdzie występują tylko objawy powiększonych gruczołów przywnekowych. Niektórzy lekarze posuwali się w pesymizmie swoim tak daleko, że żądali wyjałowienia kobiet gruźliczych za pomocą różnych sposobów, aby nie mogły wcale rodzić. W czasach ostatnich znów nastąpił przewrót w tych zapatrywaniach, i nie brak obecnie lekarzy, nawet w Niemczech, którzy szkodliwy wpływ ciąży na gruźlicę zupełnie negują albo uważają go za mocno przesadzony i dlatego są przeciwnikami przerywania ciąży u gruźliczek.

Abstrahując w tej chwili zupełnie od strony społecznej tego zagadnienia, które jest obecnie bardzo w modzie, i biorąc ją pod uwagę tylko w miarę potrzeby, jak we wszelkich innych kwestiach leczniczych, chcę w pracy niniejszej omówić problemat przerywania ciąży z powodu gruźlicy płuc *sine ira et studio*, wyłącznie z punktu widzenia naukowego i praktycznego dla dobra matki i płodu, który również coś znaczy, tembardziej, że, jak wyraził się B e r n a r d. „nigdy nie wiemy, kogo zabijamy“, a doprawdy doszło już do tego, że zabijanie płodu traktuje się często tak lekko, jak np. wyrwanie zepsutego zęba.

Poglądy o wpływie ciąży na gruźlicę są, jak wyżej wzmiankowałem, bardzo rozbieżne: jedni uważają ciążę za czynnik zupełnie obojętny dla gruźlicy, drudzy — optymiści — sądzą, że ciąża może nierzadko wywierać na gruźlicę wpływ wprost zadziwiająco pomyślny, i starają się to objaśnić z jednej strony pobudzeniem podczas ciąży działalności komórkowej ustroju oraz wzmożeniem ogólnego tempa życia ciężarnej, a z drugiej strony wysokiem położeniem przepony, które może w ostatnich miesiącach ciąży być bardzo skuteczne w leczeniu gruźlicy, analogicznie z zabiegiem wyrwania nerwu przeponowego (*phrenicoexhaeresis*) (R o s t h o r n, C o h n, P e t r u s c h k y, S c h e r e r, M e n g e, M a y e r). Podług trzecich zaś — ciąża, poród i okres połogowy wywierają na gruźlicę wpływ bardzo szkodliwy i zgubny. Na pytanie — dlaczego właściwie, spotykamy się w podręcznikach i w różnych pracach z jedną i tą samą prawie stereotypową odpowiedzią, a mianowicie, że chora na gruźlicę płuc część swoich sił obronnych, które mogłaby zużytkować na walkę z zarazkiem i jego toksynami, musi podczas ciąży zużyć na zmiany, zachodzące w macicy i na rozwój płodu. Niebezpieczeństwo podczas porodu ma polegać na możliwości wystąpienia obrzęku płuc, zastoju krwi w obręku płuc, ciężkiego zapalenia płuc, które może doprowadzić do śmierci.

szkodliwego wpływu ciąży na przebieg gruźlicy nie trzeba uzależniać od ciąży, jako takiej, lecz od zmniejszonej jakoby odporności, która może wszak być wywołana przez różne inne momenty etjologiczne w rodzeniu ciężkich chorób, głodu i t. p. Przedewszystkiem warto się zastanowić, czy ciąża w rzeczywistości musi zmniejszyć odporność ustroju, trudno bowiem pogodzić się z tą myślą, aby w tak skomplikowanym akcie fizjologicznym, jak ciąża, gdzie mamy niezbitę dowody, że natura dba o stan ciężarnej i płodu zapomocą wprowadzania całego szeregu celowych zmian w organizmie, aby ustrój nie był wtedy zdolny do samoobrony i do przystosowania się do gruźlicy. Należy jeszcze zaznaczyć, na co zwrócił uwagę Ż e b r o w s k i, że regulator przemiany materji — trzustka — funkcjonuje przez cały czas ciąży należycie, że bilans białkowy, węglowodanowy i tłuszczowy, jak również fosforu i wapnia, jest w drugiej połowie ciąży dodatni, i że magazynowanie tych ciał w wątrobie i w podściółce podskórnej odbywa się należycie. Dodatni więc bilans przemiany materji u ciężarnych i wyraźna ich skłonność do magazynowania białka, węglowodanów, tłuszczów i soli fosforowo-wapniowych — są to przecież czynniki, które powinny wpłynąć raczej na powiększenie, niż na zmniejszenie się odporności. Jeśli nawet weźmiemy pod uwagę zmniejszenie się we krwi ciężarnych fermentu lipolitycznego, skutkiem czego krew staje się jakoby mniej bakterjobjęcza, na niektóre przeszkody wewnętrzwydzielnicze i na inne momenty niepomyślne w rodzeniu wymiotów i t. p., to jednak nie mamy pewnych podstaw teoretycznych dla twierdzenia, że ciąża musi wywołać zmniejszenie odporności, i kto wie, czy F r a n z nie ma słuszności, twierdząc, że „gruźlica idzie swoją drogą bez różnicy, czy jest ciąża, czy jej nie ma.”

Teoria zmniejszonej odporności ustroju z powodu ciąży szwankuje, mojem zdaniem, jeszcze i pod innym względem. Jeśli bowiem ciąża zmniejsza odporność ustroju z powodu zużytkowania sił obronnych na zmiany, zachodzące w macicy i w płodzie, to logicznie z tego wynikałoby, że w miarę postępowania ciąży, kiedy macica stale się powiększa, i płód wciąż rośnie, odporność powinna się ciągle zmniejszać, i stan ciężarnej powinien się pogarszać, tymczasem tak nie jest, gdyż większość lekarzy twierdzi, że najgorszy wpływ ciąża wywiera na przebieg gruźlicy wyłącznie w pierwszych trzech miesiącach, później zaś stan ogólny ciężarnych przeważnie się poprawia, i gruźlica nie postępuje.

Widzimy więc, że teoretycznie nie mamy prawa mówić bezwarunkowo o szkodliwym wpływie ciąży na przebieg gruźlicy.

Trochę światła na ten problemat mogłyby rzucić doświadczenia, przeprowadzone na zwierzętach, ale, niestety, doświadczenia takie na królikach i morskich świnkach nie dawały dotychczas żadnych wyników i nie mogły dać, albowiem gruźlica przebiega u nich bardzo ostro i prawie tak nędko, jak sama ciąża, o doświadczeniach zaś na zwierzętach nie mogłem znaleźć w piś-

gruźlicę, to spróbujmy zwrócić się do kazuistyki, t. j. do danych statystycznych. Wprawdzie statystyka jeśli nawet nie jest „kłamstwem”, jak twierdzi francuskie przysłowie, jest bezwarunkowo rzeczą bardzo elastyczną, i wnioski, z niej wyciągnięte, mogą być dowolne, jednakże jeżeli opiera się na dużych liczbach, to trzeba się z nią liczyć; ale, niestety, właśnie w statystykach o wpływie ciąży na gruźlicę natrafiamy na prawdziwy chaos, dość powiedzieć, że śmiertelność kobiet gruźliczych podczas ciąży waha się podług różnych statystyk pomiędzy 4 a 100 proc.!

Od czego to zależy? Sądzę, że składa się na to kilka czynników. Przedewszystkiem nie trzeba zapominać, że gruźlica płuc jest to choroba podstępna, zdradliwa, kapryśna, i przebieg jej jest nadzwyczaj indywidualny, przyczem nie posiadamy jeszcze jednolitej klasyfikacji, skutkiem czego autorzy nierzadko mówią różnemi językami; mnóstwo przypadków zalicza się w ten sposób przez różnych lekarzy do różnych postaci, i dlatego statystyka może być często niedokładna. Oprócz tego należy nadmienić, że wyniki statystyczne zależą są w dużej mierze od tego, kto je układa, położnik czy ftizjolog, pierwszy bowiem obserwuje zazwyczaj chorą tylko podczas porodu i połogu, nie mając dostatecznego pojęcia o całym przebiegu choroby, ftizjolog zaś w uzdrowisku nie widuje chorych podczas porodu i połogu, i z tego powodu liczby statystyczne również mogą być różne.

Tak czy owak, faktem niezbitym jest, że liczby statystyczne o wpływie ciąży na gruźlicę są bardzo rozbieżne; aby nie być gołosłownym, pozwolę sobie przytoczyć cały szereg liczb statystycznych i opartych na nich wniosków, opracowanych przez różnych autorów za ostatnie lat kilkanaście.

P a n k o w i K ü p f e r l e na zasadzie dużego materiału twierdzą, że w 94 proc. przypadków ciąża wywiera szkodliwy wpływ na przebieg gruźlicy. W gruźlicy czynnej można podczas ciąży lub w połogu spodziewać się pogorszenia w 100 proc., śmiertelności — w 56 proc.; w gruźlicy nieczynnej śmiertelność dochodzi tylko do 3,5 proc. Przejście postaci nieczynnej gruźlicy w czynną lub pogorszenie się czynnej gruźlicy może nastąpić we wszystkich okresach ciąży, najczęściej jednak w połogu i w drugiej połowie ciąży, najrzadziej zaś w pierwszych miesiącach ciąży — ostatnie zdanie sprzeciwia się w zupełności poglądom, obecnie przyjętym.

Opierając się na tych liczbach, autorzy ci są zdania, że w każdej wyraźnej gruźlicy, która daje pewne objawy kliniczne, wskazane jest natychmiastowe przerwanie ciąży.

Jeszcze więcej radykalny jest F r a n z M e l i o n. Na zasadzie liczb innych autorów i swoich własnych ośmiu przypadków z 2-go oddz. med. szpitala w Wiedniu dochodzi on do wniosku, że nie tylko początek ciąży, ale nawet koniec i okres połogowy mogą przyczynić się do wybuchu czynnej gruźlicy lub do pogorszenia gruźlicy, która już przedtem istniała. Ponieważ w początku ciąży nie posiadamy żadnej możliwości przewidywania chociażby w przybliżeniu, dalszego jej przebiegu, brak zaś gorączki, zeszczuplenia, krwioplucia, prątkowania i różnych objawów toksycznych nie upoważnia jeszcze do pomyślnego rokowania, to, podług M e l i o n a, w każdej ciężarnej, u której podej-

rzewa się gruźlicę, ciążę przerywać, przy wyraźnej zaś gruźlicy postępującej, przerwanie ciąży nie jest już celowe. Można tylko podziwiać ten katoryczny radykalny wniosek na zasadzie ośmiu przypadków własnych.

Na zjeździe północno-angielskiego stowarzyszenia położników i ginekologów w Liverpoolu (1929 r.) prawie wszyscy uczestnicy tego zjazdu byli zdania, że ciąża odbija się na gruźlicy niekorzystnie. King jednak cytował statystykę z jednego amerykańskiego szpitala, która wykazała, że w przypadkach prawie jednakowych co do postaci i co do warunków gruźlica ma skłonność do rozszerzania się u kobiet ciężarnych tylko o 3 do 4 proc. więcej, niż u nieciężarnych.

Burns opowiedział o jednym przypadku, w którym podczas ciąży nastąpiła znaczna poprawa pod wpływem leczenia sanatoryjnego.

Redakcja czasopisma „Medizinische Klinik” urządziła w 1931 r. ankietę co do wpływu ciąży na gruźlicę wśród znanych ftizjologów i położników i otrzymała 14 odpowiedzi, z których łatwo się przekonać, o ile problemat ten jest jeszcze powikłany i niejasny. Przytoczę tylko niektóre z nich:

Runge, inicjator tej ankiety, uważa ciążę w pierwszych miesiącach i połóg za momenty najniebezpieczniejsze dla kobiety gruźliczej, gdyż śmiertelność jest wtedy stosunkowo wysoka i wypowiada się za przerywaniem ciąży.

Martin sądzi, że wpływ ciąży na przebieg gruźlicy nie jest w takim stopniu szkodliwy, jak to ogólnie przyjęty pogląd głosi.

Novak jest zdania, że łagodne postacie gruźlicy włóknistej nie są niebezpieczne dla ciężarnych.

Zupełna zgoda panuje pomiędzy wszystkimi autorami tylko w kwestji konieczności przerywania ciąży z powodu nacieków wczesnych oraz nieprzerwywania jej w gruźlicy nieczynnej i nieuleczalnej.

Na pytanie, w którym okresie należy ciążę przerywać, odpowiedzi były różne; podług większości najwygodniej wykonać ten zabieg w pierwszych 3—4 miesiącach, niektórzy jednak sądzą, że czekać można do pierwszej połowy piątego miesiąca. Wszyscy zwracają uwagę, że rozpoznanie kliniczne gruźlicy powinno być bez zarzutu i musi się opierać na pewnych objawach. Jak trzeba być w takich razach ostrożnym, pokazuje przypadek, cytowany przez Mayera, kiedy kilkakrotnie przerywano ciążę, jedną po drugiej, wyłącznie na zasadzie rentgenologicznego rozpoznania gruźlicy płuc, czego pośmiertne badanie płuc nie stwierdziło. Z tej samej ankiety przytoczę jeszcze kilka dość ciekawych przypadków kazuistycznych.

Sellheim opowiada, że czterech profesorów: dwóch internistów i dwóch ginekologów poleciło kobiecie, chorej jakoby na suchoty galopujące, natychmiastowe przerywanie ciąży. Ciężarna na to się nie zgodziła, urodziła dobrze rozwinięte dziecko i sama wyzdrowiała.

Hegler opisuje przypadek ciężkiej lewostronnej gruźlicy płuc, z powodu której założona została w celu leczniczym, w szóstym miesiącu ciąży, odma sztuczna. Chora wydała na świat zdrowe dziecko i sama powoli przyszła do zdrowia, mimo, że przedtem obficie prątkowała.

Bönniger opowiada o kobiecie chorej na otwartą gruźlicę płuc, która doskonale zniosła ciążę i połóg, nie bacząc na marne warunki ekonomiczne, dzięki zastosowaniu u niej odmy sztucznej. Można było nawet stwierdzić, że podczas ciąży stan chorej znacznie się polepszył. Po pięciu latach chora znów rodziła z takim samym dobrym skutkiem.

A. v. Frisch w 1302 przypadków ciąży u kobiet gruźliczych, postępował w sposób następujący: przerywanie ciąży stosował wyłącznie w prawdziwych suchotach płucnych, w postaciach zaś łagodnych — nigdy tego nie czynił. W przypadkach postaci *tub. fibr. densa* Neumanna częściowo przerywał ciążę, częściowo nie, w zależności od stanu indywidualnego ciężarnej. Kontrola po 2 latach wykazała słusność takiego rodzaju postępowania. Autor ten podaje wyniki badania kontrolnego 254-ch kobiet gruźliczych 2—3 lata po ciąży, które to badanie stwierdziło, że w postaciach gruźlicy łagodnej (zespół pierwotny, katary szczytowe, *pleurite à répétition*, *tub. miliar. discreta*, *polyserositis sicca*, *tub. post pleurit. fibrosa*, *pleuritis adhaesiva*) prawie nigdy nie występowało pogorszenie z powodu ciąży, i ani razu nie zauważono przejścia w suchoty płucne.

Schüler, lekarz naczelny uzdrowiska Waldbreibach, postawił sobie trzy pytania: 1) czy ciąża wywiera na gruźlicę wpływ szkodliwy? 2) czy przerywanie ciąży ten szkodliwy wpływ usuwa? i 3) jaki jest los donoszonych noworodków?

W tym duchu przeprowadził on ankietę wśród 1261 kobiet, które w swoim czasie przechodziły kurację w uzdrowisku z powodu gruźlicy płuc. Nadeszło 878 odpowiedzi, z których wynikało, że wpływ szkodliwy ciąży widać było tylko w przypadkach pojedynczych, że kobiety, u których wywołane zostały poronienia, nie miały się lepiej od kobiet, które donosiły, i że stan zdrowia dzieci po 1—7 latach nie był gorszy od stanu zdrowia dzieci matek niegruźliczych.

Nadmienić należy, że kobiety z wyżej wzmiankowanego uzdrowiska należą do sfer robotniczych, które żyją w warunkach niepomyślnych; w klasach finansowo lepiej sytuowanych, wyniki powinny być, zdaniem autora, znacznie lepsze.

Wyniki tej ankiety byłyby, moim zdaniem miarodajne, gdyby nadeszły odpowiedzi od wszystkich pacjentek, w danym wypadku brakuje aż 383-ch odpowiedzi. Czyni to statystykę niedokładną.

(Dok nast.)

Z klinik, szpitali i pracowni

Z oddziału chorób płucnych szpitala im. Bersonów i Baumanów
(Ordynator: M. G a n t z).

Z trudności rozpoznawczych chorób płucnych wieku dziecięcego.

Podał

C. RÖZENGARTENOWNA (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 49)

Odmienny zupełnie jest przypadek następujący:

Kazia G. 3 lata, przybyła do szpitala 20.XI r. z. z następującymi wywiadami: ojciec dziecka zmarł przed 2-ma laty na gruźlicę płuc, matka i rodzeństwo — zdrowe. Dziewczynka przechodziła w 2 r. życia odrę, powikłaną zapaleniem płuc, potem wietrzną ospę. Z ojcem spała razem; od 2-ich lat stale jakoby gorączkuje i kaszle. Przed 2-ma tygodniami nagle zgorączkowała do 39.8°, dostała silnej duszności i kaszlu, w ropnej płwocinie były pojedyncze żyłki krwi. Wysoka gorączka do 40° utrzymywała się przez 4 dni, poczem spadła do normy; duszność trwa nadal. Od pewnego czasu przekrzywia główkę na prawą stronę i skarży się na bolesność przy wyprostowaniu jej. Skierowana z rozpoznaniem *spondylitis tbc*.

W s z p i t a l u stwierdzono: stan ogólny dziecka dobry, siedzi, rozumie, co się do niej mówi, lecz nie odpowiada. Głowę ma przechyloną nieco na prawo i ostrożnie porusza. Ciepłota 36.2° — 36.8°. Tętno miarowe, dobrze napięte i wypełnione 106'. Oddech spokojny, miarowy 24'. W górnej części kłęgosłupa nieznaczne skrzywienie w lewo. Poza to kośćce ze zmianami pokrzywiczeni: różaniec, bródka H a r r i s o n a, odchylenie łuków żebrowych, skrzywienie kości goleniowych w kształcie litery O. Liczne drobne gruczoły chłonne na szyi, pod pachami i w pachwinach.

P ł u c a: granice od tyłu po stronie prawej XI międzyżebrowe, po str. lewej X międzyżebrowe, pod pachami po str. prawej IX żebro, po str. lewej górny brzeg IX żebra, od przodu po str. prawej VII żebro. Nad całym płucem prawym odgłos wypukowy jawny z wybitnym odcieniem bębnowym. Wysłuchowo stwierdza się na przestrzeni całego płuca prawego od tyłu i przodu oddech pęcherzykowy znacznie osłabiony. W linii pachowej i u podstawy prawego płuca niestałe pojedyncze trzeszczenia. Po str. lewej odgłos wypukowy jawny, oddech pęcherzykowy bez szmerów dodatkowych.

Serce: granica prawa przesunięta o 1/2 palca nawewnątrz od prawej linii mostkowej, lewa — nieco nazewnątrz od lewej linii sutkowej, górna — IV żebro. Tętno serca czyste, głośnie, bez szmerów i akcentuacji. Akcja serca miarowa. Brzuch miernie wysklepiony, powłoki brzuszne nienapięte. Wątroba wystaje na 2 palce z pod łuku żebrowego; śledziona macalna tuż pod łukiem żebrowym.

Układ miewowy: szpara oczna prawa nieco węższa niż lewa. Odruchy ścięgnowe i okostnowe po str. prawej żywsze nieco niż po str. lewej, patologicznych nie stwierdza się. Objawów oponowych nie stwierdza się. Mocz bez zmian patologicznych. Odczyn P i r q u e t a — dodatni. Odczyn B i e r n a c k i e g o 83 min., mikrosedimentacja 45 min. Badanie krwi: hemoglobiny 56 p/g S a h l i e g o, czerwonych ciałek 4.900.000, białych ciałek 7.400. Wzór: obojętnochłonnych segmentowanych 58.5%, pałeczkowatych 1.5%, limfocytów 35.5%, monocytów 4%, eozynochłonnych 0.5%

Białe ciała bez zmian toksycznych. Płytki w normie. Badanie treści żołądkowej naczno wydobytej, w preparatach

bezpośrednich i shomogenizowanych laseczników K o c h a nie wykazało.

W ciągu 10 tygodni pobytu dziecka w szpitalu stan ogólny dziecka bardzo znacznie się poprawił. Przybrała znacznie na wadze (2.600 klg.), bolesność karku ustąpiła całkowicie. W płucach przez cały ten czas klinicznie i rentgenologicznie obraz pozostał całkowicie bez zmian. Jedynie pod koniec pobytu mogliśmy stwierdzić nieznaczne skrócenie odgłosu wypukowego na szerokości między 3 a 5 wyrostkiem ościstym kręgów piersiowych i czasami w tem miejscu pojedyncze niestałe trzeszczenia. Naogół jednakże stwierdzaliśmy stan płuc identyczny z tym, jaki był na początku.

W rozumowaniu różniczkowo - rozpoznawczem należało w pierwszym rzędzie odrzucić sprawę opłucnową na dużej przestrzeni, ponieważ osłabionemu oddechowi nie towarzyszyło przytłumienie. Wyłączyć można było również jakąkolwiek sprawę w mięszu płucnym. Nie znamy, bowiem, takiej sprawy chorobowej w mięszu płucnym, która by nam dała wyłącznie tylko osłabienie oddechu. Dalej w grę mogła wchodzić rozsiana sprawa gruźlicza, prosówka lub inna postać wysiewowa. Przeciwnie temu jednakże przemawiał dobry stan ogólny dziecka, brak duszności i sinicy; prócz tego stwierdziliśmy obniżone granice tylko jednego płuca prawego i osłabienie oddechu nad tem płucem. Prosówka zaś poza zmianami ogólnymi, dałaby rozedmnę obu płuc i raczej szorstki oddech; mogłaby wprowadzić nie dawać i żadnych zmian, lecz nie dałaby zmian jednostronnych. Rozlane bowiem sprawy wysiewowe dają zazwyczaj zmiany obustronne. Najbardziej odpowiadała koncepcja odmy samoistnej, bez względu narazie na to, jakiego rodzaju było schorzenie płucne, któreby ją mogło wywołać. Dziecko, obciążone dziedzicznie, stale znajdujące się w otoczeniu prątkującego ojca, mogło wcześniej ulec zakażeniu i teraz pod wpływem kaszlu, czy innych czynników, mogło nastąpić przebiecie chorej tkanki płucnej do opłucny i wywołać odmę samoistną. Za tem przemawiały również wywiady, w których matka opowiada o nagłym zachorowaniu przy objawach silnej duszności, kaszlu i gorączki. Przy prześwietleniu promieniami R o e n t g e n a prawe pole płucne wykazało taką dużą rozedmnę, że w pierwszej chwili mogło to robić wrażenie odmy; już jednak w następnej chwili stwierdzono zrosty, trzymające płuco i niewielki wysięk w śródpierściu i w szparze międzypłatowej górnej, co do pewnego stopnia odpowiada jednostce chorobowej, opisanej przez F l e i s c h n e r a w 1925 roku. (Klinische Wochenschrift Nr. 18, 1925).

Rozpoznanie rentgenowskie brzmiało (dr. K r y Ń s k i): *Pleuritis mediastinalis et interlobaris dextra* (Fleischner). Fleischner nierzadko stwierdzał przy prześwietlaniu klatki piersiowej, — prócz zajęcia gruczołów śródpierściowych na tle swoim — niewielki wysięk śródpierściowo-międzyzrazowy dolny idący wprost od gruczołów i dający typowy cień w postaci trójkąta lub dziobu ptasiego. Częstość tego obrazu rentgenowskiego tłumaczy F l e i s c h n e r warunkami anatomicznymi: gruczoły wnękowe tylne w pewnym miejscu wprost przylegają do opłucny międzyzrazowej i nie są przykryte płucem; stąd częste wciąganie opłucny w sprawę chorobową. Po str. prawej przylegają te gruczoły bardziej bezpośrednio do opłucny niż po str. lewej i tem się tłumaczy większa częstość występowania

tego schorzenia po str. prawej. Najczęściej zdarza się to u dzieci i młodzieży, ponieważ dla powstawania tych wysięków szpary międzypłatowe muszą być wolne, bez zrostów. Co się dotyczy objawów klinicznych, to jednostka ta daje bardzo różnorodny obraz chorobowy, czasami daje tylko nieznaczne skrócenie wypuku i osłabienie oddechu na niewielkiej przestrzeni, czasami daje objawy spore jak np. w przypadku powyższym.

Rozpoznanie rentgenologiczne — należy przyznać — było dla nas zupełną niespodzianką; nie tłumaczyło dostatecznie objawów fizykalnych, zaś jako jednostka bardzo mało znana, nie brana była wogóle pod uwagę w rozpoznaniu różniczkowym.

Po 4-ch miesiącach pobytu w domu, dziecko z powodu jakoby czynnej gruźlicy, stwierdzonej na miejscu, znów przybyło do szpitala. W płucach i teraz stwierdza się te same zmiany co w czasie pierwszego pobytu i również obecnie gdybyśmy nie znali historii poprzedniej, byłibyśmy skłonni rozpoznać u niego odmę w okresie częściowego wessania się powietrza. W przyszłości więc należałoby w podobnych przypadkach, poza odmą, myśleć i o jednostce, opisanej przez Fleischnera.

Bardzo interesujący i trudny pod względem rozpoznawczym jest przypadek następujący:

Halinka G., 5 l. 3 m., poza odrą, którą przeszła przed 2-ma laty bez powikłań, nigdy nie chorowała, otoczenie zdrowe, bez osób kaszlących. Zachorowała nagle 3 tygodnie przed przybyciem do szpitala z objawami żołądkowo-kiszkowymi: wymioty, wolne stolce śluzowe do 5 na dobę, bóle w okolicy pępka, temperatura około 37°. W przeddzień przybycia do szpitala zagorączkowała do 40°, bez żadnych nowych objawów, po kilku godzinach ciepłota spadła do 37°.

W szpitalu stwierdzono: dziewczynka przytomna, apatyczna, mało się interesuje otoczeniem. Ciepłota 39° — 37,8° w odbytnicy. Tętno miarowe, słabo napięte i wypełnione, miękie 150'. Oddech spokojny, miarowy 24'. Budowa prawidłowa, bardzo wątła. Odżywienie znacznie upośledzone, waży 13.500 klg. Skóra żółtawa z szarawym odcieniem, wiotka, bez obrzęków i wykwitów. Gruczoły chłonne podszczękowe duże, wielkości dużej fasoli — pachwinowe wielkości grochu. Wybitna bladeść śluzówek jamy ustnej, podniebienia i gardzieli; migdałki niepowiększone. Język miejscami wygładzony, miejscami duże brodawki, występujące ponad powierzchnię. Płuc: granice prawidłowe, odgłos wypukowy na przestrzeni obu pól płucnych jawny, oddech pęcherzykowy, nieco słabszy nad płucem prawem, bez szmerów dodatkowych. Serce — granice: górna — III żebro, prawa — prawa linja mostkowa, lewa — lewa linja sutkowa. Uderzenie koniuszkowe w V międzyżebrowo w linji sutkowej. U podstawy serca cichy szmer skurczowy, słabiej słyszalny nad innymi zastawkami. Akcja serca miarowa. Brzuch miernie wysklepiony, wątroba wystaje na 3 palce z pod łuku żebrowego, śledziona dość twarda, macalna tuż pod łukiem żebrowym. Układ nerwowy, narząd słuchu i wzroku, badanie moczu — bez zmian patologicznych. Odczyn P i r q u e t a — ujemny.

Badanie krwi: hemoglobiny 23 pg. S a h l i e g o, czerwonych ciałek 2.010.000, index 0,5 i białych ciałek 12.400. Wzór: obojętnochłonnych segmentowanych 55,5%, obojętnochłonnych pałeczkowatych 14,5%, limfocytów 26,5%, monocytów 3,5%. Anizo i poikilocytoza, 3 ciała czerwone z jądrami, płytki w normie, białe ciała krwi bez zmian toksycznych. Objaw opaskowy — ujemny. Posiew ze krwi jałowy. Odczyn W i d a l a — ujemny. Badanie kału na utajone krwawienie i jaja pasorzytów dało wynik ujemny. Badanie treści żołądkowej naczczu dało około 10 cm.³ płynu śluzowego, bez wolnego

kwasu solnego, ogólna kwasota wynosiła 1. Po próbnym śniadaniu wydobyto około 50 cm.³ dobrze strawionej treści z wolną kwasotą 5,5, ogólną kwasotą 25,5. Prześwietlenie promieniami R o e n t g e n a (dr. K r y ś k i) wykazało jedynie nieznaczne wyrównanie lewej sylwetki sercowej, przy szybkiej powierzchownej pracy serca.

Zastosowano na początku spokój, hemoterapię — co 2-gi dzień 10 cm.³ krwi domięśniowo, djetę pełną z dodatkiem 150 gr. wątroby i 20 gr. soku mięsnego, oraz żelazo w postaci *ferri reducti* 3 × 1,0 i kwasu solnego w postaci 2% *acid. muriatici dil.* 3 × 10 gr. Stan dziecka bardzo szybko się poprawiał. Bladeść powłok i apatia bardzo szybko ustąpiły. We krwi stwierdzano hemoglobiny 38 — 40 — 43 — 55 pg. S a h l i e g o, czerwonych ciałek krwi 3 — 4 — 4½ miliona, przesunięcie obrazu obojętnochłonnego cofało się powoli, wystąpiły eozynochłonne, nie stwierdzano już form jądrzastych czerwonych ciałek krwi. Mimo to, utrzymuje się stale stan podgorączkowy, dochodząc niekiedy do 38,8° w odbytnicy, tętno szybsze, przewyższające zawsze odpowiadającą mu temperaturę. W płucach poza nieznacznie osłabionym oddechem nad prawym płucem żadnych zmian nie stwierdza się. Serce — granice górna i lewa bez zmian, prawa na linji środkowej mostka. Wysłuchuje się wyraźny szmer skurczowy na koniuszku i nad wszystkimi zastawkami. Wątroba jak wyżej, natomiast śledziona większa, wystaje na 2 palce z pod łuku żebrowego.

Ze względu na powyższe objawy, wskazujące czynną sprawę, toczącą się najprawdopodobniej we wsierdzu, dodano do powyższego leczenia salicyl w postaci 4 gr. *natr. salicyl.* dziennie oraz 2 razy tygodniowo elektrargol domięśniowo. W ciągu 3-ch tygodni pobytu w szpitalu stan ogólny dziecka znacznie się poprawił, przybrała 2,300 klg. na wadze; hemoglobina z 23 urosła do 59,5, dziewczynka jest wesoła, rozmowna, jada chętnie.

31.X.31 r. t. j. w czwartym tygodniu pobytu dziecka w szpitalu ciepłota podskoczyła do 39,6° i w ciągu całego tygodnia utrzymywała się na wysokości 38,2° — 40,1°; dziewczynka znów apatyczna i smutna. Tętno miarowe, średnio napięte 130 — 140'. W narządach wewnętrznych żadnych nowych zmian nie stwierdza się. Badanie krwi wykazuje 55 hemoglobiny, z normalnym obrazem obojętnochłonnych i niewielkim przesunięciem obrazu w lewo. Badanie moczu również nic patologicznego nie wykazuje. Natomiast powtórnie wykonany odczyn P i r q u e t a dał odczyn wybitnie dodatni. Prześwietlenie i zdjęcie promieniami R o e n t g e n a (dr. K r y ś k i), wykazało zmniejszenie powietrzności lewego dolnego płatu z zachowaniem konturów przepływu, z koncentracją cieni przeważnie w części przykręgowej o charakterze gruboplamistym. Po stronie prawej zamazanie 'drzewa wnękowego oraz szereg gruczołów wnękowych. W okolicy podojczykowej prawej drobnoplamista marmurkowość. Treść żołądkowa, naczczu wydobyta dnia 12.XI, wykazała obecność pojedynczych prątków gruźliczych; również w gruczołach świnki morskiej, której zaszczerpiono tę treść żołądkową, stwierdzono z czasem obecność laseczników K o c h a. Mikrosedymentacja 40 minut.

W ciągu dalszego pobytu w szpitalu już na oddziale gruźliczym, obraz kliniczny płuc stawał się coraz bardziej jasny, odpowiadający obrazowi rentgenologicznemu. Stwierdzono bowiem: obniżenie granicy prawego płuca do XI żebra oraz osłabienie szmerów oddechowych nad prawym płucem.

Ciepłota po tygodniu stanu gorączkowego, znów obniżyła się do 37,8 — 37,1° i na tej wysokości pozostała do chwili wypisania dziecka ze szpitala. Stan ogólny dziecka przez czas pobytu bardzo znacznie się poprawił, na wadze przybrało 4 klg.

Ostatnie badanie krwi wykazało: hemoglobiny 63 pg. S a h l i e g o, czerwonych ciałek 4.030.000; białych ciałek 14.400. Wzór: obojętnochłonnych segmentowanych 47%, obojętnochłonnych pałeczkowatych 1%, limfocytów 45,2%, monocytów 8%, eozynochłonnych 1,5%. Białe i czerwone ciała krwi bez zmian.

Kilkakrotne badanie treści żołądkowej, naczczu wydobytej, na obecność laseczników K o c h a, dawało stale wynik ujemny. W sercu szmer skurczowy stał się bardzo słabo słyszalny. Wątroba pozostała macalna na 2 palce pod łukiem żebrowym, śledziona cofnęła się pod łuk żebrowy. Mikrosedymencja 75 minut. Wypisana do domu po 2-ach miesiącach pobytu w szpitalu z bardzo dużą poprawą kliniczną, lecz bez poprawy rentgenologicznej.

Jeśli teraz krytycznie ocenić objawy, jakie stwierdzono u dziecka, to należy je rozdzielić na 2 okresy. Okres 1-szy, który klinicznie dawał objawy wybitnej niedokrewności oraz objawy, które można było ująć jako czynne zapalenie wsierdza, i okres 2-gi, w którym stwierdzono czynną gruźlicę płuc pod postacią ograniczonego wysiewu krwiopochodnego, obejmującego prawą okolicę podobojczykową.

W okresie 1-szym dziwna się wydawała ta wybitna niedokrewność, która mogła imitować niedokrewność złośliwą. Jednakże szybkie cofanie się jej pod wpływem leczenia stosowanego zazwyczaj w niedokrewności wtórnej, obecność kw. solnego w treści żołądkowej, usunęło to podejrzenie. Wobec niewielkich zmian w sercu — oraz ciężkiego stanu ogólnego z dużą śledzioną, — można było myśleć o posocznicy z zajęciem wsierdza.

Nowym skokiem temperatury do 40° zaczyna się drugi okres choroby. Na plan pierwszy wysuwa się odczyn P i r q u e t a, który z ujemnego stał się wybitnie dodatnim oraz objawy fizyczne w płucach, które już klinicznie nasuwały podejrzenie sprawy wysiewowej. Jak wiadomo wysiewy w płucach mogą nie dawać żadnych objawów klinicznych, lub też bardzo

subtelne. W danym przypadku stwierdziliśmy różnicę w ustawieniu dolnych granic płuc, mianowicie po str. lewej dolną granicę określano na X żebrze, po str. prawej na XI żebrze, pozatem całe prawe płuco oddychało gorzej niż płuco lewe. Te objawy rozedmy zastępczej nasuwają podejrzenie jakiejś sprawy, toczącej się w głębi płuca pod postacią ogniska a raczej sprawy rozsianej. Zmiany bowiem gruźlicze ogniskowe najczęściej dochodzą do obwołu i dają odczyn opłucnowy, tak bardzo charakterystyczny dla spraw gruźliczych.

Czy te dwa okresy choroby dadzą się ze sobą powiązać?

Nie jest wyłączone, że 1 okres choroby był okresem inkubacji gruźliczej, który, jak wiadomo, trwa 3 — 7 tygodni. Wtargnięcie zarazka gruźliczego do tak młodego i wątłego organizmu dało, poza stanem podgorączkowym, wybitną niedokrewność ze szmerem anemicznym w sercu, powiększoną wątrobę i śledzionę, jako wyraz ogólnego zakażenia. Z biegiem czasu ustrój dziecka, może i dzięki leczeniu, znacznie się poprawił i nabrał oporności, czego wyrazem był wybitnie dodatni odczyn P i r q u e t a jako wyraz silnej alergii gruźliczej.

Dowodów niewątpliwych na korzyść tej koncepcji nie możemy dostarczyć, ponieważ, niestety, posiewy ze krwi na pożywcę L ö w e n s t e i n a nie dają nam tak świetnych wyników, jak twórcy tej metody. Jedynie, bowiem, dodatni wynik tego posiewu w 1-szym okresie choroby, t. zn. stwierdzenie laseczników K o c h a we krwi, mógłby być takim dowodem. Hipoteza ta nie jest jednak nieprawdopodobną, skoro spostrzegano już objawy niedokrewności, poprzedzające wystąpienie objawów gruźlicy narządowej, a więc najprawdopodobniej stanowiące przejaw okresu wylegania tego cierpienia.

Na zakończenie pozwolę sobie jaknajserdeczniej podziękować Panu Doktorowi M. G a n t z o w i za cenne wskazówki i pomoc, jaką mi okazał przy opracowaniu niniejszego tematu.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Konstytucja a gruźlica.

Podala

L. KRASUCKA (Warszawa).

(C. d. — patrz Nr. 49)

Dla uwzględnienia czynników odziedziczonych nadaje się znacznie lepiej metoda badań genealogicznych. Odtwarzając pełne drzewa genealogiczne całych rodzin, autorzy obejmują wszystkich członków, a więc i zdrowych i chorych; biorą też pod uwagę tych, co zmarli. Znaczenie czynnika ekspozycji usuwają tem, że badają rodzeństwo, będące mniej więcej w jednakowym stopniu wystawione na zakażenie. Usuwają też częściowo inne czynniki zewnętrzne, gdyż rodzeństwa żyją w podobnych lub jednakowych warunkach społecznych.

Metoda genealogiczna jest również nieściśła, gdyż badacze często opierają swe dane na wywiadach, pochodzących z archiwów; o przyczynach śmierci dowiadują się również z archiwów. Uchodzi więc ich uwadze szereg przypadków gruźlicy nierozpoznanej za życia. Jeżeli zaś sobie uprzedzimy, że stosunkowo do niedawna roz-

poznawano gruźlicę tylko na zasadzie badania fizykalnego, to jasnym będzie, jak nieściśle są te dane. Są to zasadnicze zastrzeżenia w stosunku do wszystkich prac genealogicznych. Pierwsze dwie genealogiczne prace, napisane przez R i f f l a i D o y e r a, stworzyły podstawę dla powstania dużej z kolosalnym nakładem energii napisanej pracy M ü n t e r a. Świadom wszystkich trudności i zastrzeżeń w stosunku do badań genealogicznych autor nie tylko chce dowieść, że istnieje odziedziczona skłonność do gruźlicy płuc, lecz chce także udowodnić, że dziedziczenie to odbywa się podług pewnych stałych praw biologicznych.

M ü n t e r odtworzył w swej pracy drzewa genealogiczne 33-ch rodzin, a mianowicie wszystkich członków, urodzonych w latach od 1852 — 1926. Badania te dotyczą mieszkańców gminy badeńskiej. Oto wzór jednej z rodzin:

16-letni Józef zmarł z powodu gruźlicy płuc; reszta rodzeństwa jest zdrowa. Rodzice Józefa mają po 77 i 78 lat, z czego autor wnioskuje, że nie chorują na gruź-

licę. Na zasadzie tego, że ich syn zmarł z powodu gruźlicy, autor przypuszcza, że rodzice, aczkolwiek sami zdrowi, są nosicielami jakiejś skłonności do gruźlicy, która się u nich wcale nie ujawniła. O rodzinie ojca Józefa nic niewiadomo; w rodzinie matki natomiast zdarzały się często zgony z powodu gruźlicy. Matka prawdopodobnie przekazała synowi gen, zawierający skłonność do gruźlicy, pomimo, że sama nie chorowała.

Powołując się na wyniki wyżej wspomnianych doświadczeń na zwierzętach oraz na wyniki, otrzymane na zasadzie swych tablic genealogicznych, Münter dochodzi do następujących wniosków: w badanych przez rodzinach znalazł obok siebie członków, którzy zmarli z gruźlicy płuc lub z powodu innych schorzeń płucnych, i takich, co dożyli późnego wieku i prawdopodobnie nie chorowali na gruźlicę. Autor przyjmuje, że warunki zewnętrzne (ekspozycja, warunki społeczne) były u wszystkich członków, należących do jednej rodziny, identyczne; różne zaś zachowanie ich w stosunku do gruźlicy i innych schorzeń płucnych zależy od różnej organizacji ich płuc. Gruźlicy innych narządów autor nie bierze pod uwagę; interesują go tylko schorzenia płuc.

Sądzi on bowiem wraz z Turbanem, Jaddassohnem, Coerperem i Pfaunderem, że istnieje konstytucja poszczególnych narządów, t. zw. *locus minoris resistentiae*.

Różne zachowanie się poszczególnych członków rodzin w stosunku do gruźlicy jest podstawowym argumentem, na którym opiera się rozumowanie autora. Z zestawień genealogicznych wszystkich rodzin wynika, że różne zachowanie oddzielnych członków rodzin nie jest przypadkowe lecz stałe, a ponieważ warunki zewnętrzne są u tych członków jednakowe — z tego wynika, że u niektórych z nich istnieje odziedziczona „słabość” płuc. Na zasadzie zaś tego, że ta „słabość” płuc omija czasem jedno pokolenie, autor twierdzi, że dziedziczenie tej słabości płuc odbywa się zgodnie z prawem Mendela, a więc sposobem ustępującym.

Autor nie neguje wcale znaczenia czynnika zewnętrznego ani w pojęciu ekspozycji, ani w znaczeniu warunków społecznych, twierdzi tylko, że obok tych czynników należy też wziąć pod uwagę czynnik konstytucjonalny. Na potwierdzenie słuszności swoich wywodów Münter przytacza pracę holenderskiego autora Alona. Obserwacje tego autora dotyczą wsi holenderskiej, która jest zamieszkiwana przez dobrze usytuowaną ludność chłopską. Śród tej ludności małżeństwa między krewnymi są b. częste; gruźlica zaś występuje u nich również względnie często. Ludność robotnicza i rzemieślnicza tej wsi, mało z sobą spokrewniona, w znacznie mniejszym stopniu choruje na gruźlicę, pomimo, że żyje w bliskim sąsiedztwie z ludnością chłopską, a dzieci uczęszczają do wspólnych szkół. Nie zdarzają się natomiast nigdy małżeństwa mieszane między chłopami a robotnikami.

Widzimy więc tu różne zachowanie się ludności w stosunku do gruźlicy, pomimo b. zbliżonych warunków zewnętrznych. Różne zachowanie w stosunku do gruźlicy autor widzi w odziedziczonej skłonności do gruźlicy. Częste występowanie gruźlicy w rodzinach spokrewnionych z sobą, autor tłumaczy zsumowaniem się czynników dziedzicznych (genów), gdyż z tego powodu są większe szanse ujawnienia się tych czynników w następnych pokoleniach. Wywody Alona zgadzają się w zupełności z danymi Müntera, pomimo, że prace te powstały zupełnie niezależnie od siebie.

Należy jeszcze wspomnieć o pracy Rittera, który obserwował w przeciągu wielu lat rodzinę dobrze usytuowaną, u której przypadki gruźlicy występowały w 4-ech pokoleniach, odpowiadając typowi ustępującemu prawa Mendela. Podobną rodzinę lekarską obserwował w Zurichu Naegeli.

Praca Müntera wywołała liczne zarzuty ze strony Diehla, który wysuwa w stosunku do niej szereg zastrzeżeń.

1) Dane co do rodzin są czerpane z archiwów i z wywiadów rodzinnych; są więc tak nieścisłe, że nie można się na nich oprzeć.

2) Münter bierze pod uwagę tylko zakażenie wewnątrzrodzinne, a wiadomo przecież, jak wielką rolę odgrywa zakażenie pozarodzinne, szczególnie dla dzieci w wieku szkolnym.

3) Nie bierze on wcale pod uwagę znaczenia superinfekcji.

4) Nie oznacza, w którym wieku nastąpiło zakażenie gruźlicą.

5) Münter nie uwzględnia w swych tablicach genealogicznych ani niemowląt, ani drobnych dzieci, uważając, że gdyby te dzieci dożyły późniejszego wieku, to połowa z nich chorowałaby na gruźlicę, a druga nie. Jest to rozumowanie dowolne, na niczem nie oparte.

Na zasadzie powyższych wywodów Diehl sądzi, że metoda genealogiczna wcale się nie nadaje do badań nad genotypem i nie jest w stanie udowodnić istnienia wpływu czynników odziedziczonych na powstanie i przebieg gruźlicy.

Na miejsce metody genealogicznej Diehl i Verschuër wysuwają badania porównawcze nad bliźniętami. Sądzą oni, że ich metoda usuwa zasadniczą wadę prac genealogicznych, a mianowicie niedostateczne oddzielenie czynników dziedzicznych od zewnętrznych nabytych. Autorzy ci myślą, że, porównując ze sobą bliźnięta, szczególnie bliźnięta jednojajowe, porównują tym samym organizmy o jednakowych elementach dziedzicznych—ulegające mniej więcej jednakiemu wpływom zewnętrznym.

Diehl i Verschuër odróżniają bliźnięta jednakowe i różne pod względem dziedziczenia. Pierwsze są jednojajowe, drugie dwujajowe. Wszystkie różnice w zachowaniu się bliźniąt jednojajowych są spowodowane czynnikami zewnętrznymi, gdyż pod względem cech dziedziczonych bliźnięta te są identyczne. U dwujajowych różnice w zachowaniu się mogą być dziedziczne lub nabyte. Metodę dzielenia bliźniąt na jedno-i dwujajowe opierają autorzy na porównaniu cech dziedziczonych a ulegających w minimalnym stopniu wpływom zewnętrznym; przyczem rozpoznanie stawiają tylko na zasadzie identyczności większej liczby cech.

W ocenianiu identyczności cech opierają się autorzy na badaniach Galtona, który porównał z sobą 5000 bliźniąt i na tym dużym materiale stwierdził istnienie bliźniąt jednakowych i różnych pod względem dziedziczenia.

Następujące cechy są brane pod uwagę: barwa włosów i tęczówek, zabarwienie skóry, fałdy języka, kształt i ustawienie zębów, odcisk palców i grupy krwi. Co się tyczy płci, to naogół stwierdza się, że bliźnięta o jednakowej płci są zwykle jednakowe pod względem dziedziczenia, różne płciowo zaś różne pod względem dziedziczenia.

Popularny śród ginekologów pogląd o znaczeniu

blon płodowych V e r s c h u e r odrzuca, gdyż stwierdził on zapomocą nastrzykania naczyń łożyskowych, że bliźnięta jednojajowe mogą mieć oddzielne błony płodowe. Badania autorów obejmują 125 par bliźniąt, najwyższy wiek ich wynosi 60 lat. Część tych bliźniąt stanowią chorzy na gruźlicę, inni pochodzą z rodzin gruźliczych a sami są zdrowi.

Rozpoznanie gruźlicy stawiane jest na zasadzie badania klinicznego, rentgenologicznego i sekcyjnego. Cały swój materiał dzielą autorzy na 4 grupy.

Do pierwszej grupy należą te bliźnięta, u których przebieg gruźlicy jest zupełnie lub prawie zupełnie zgodny; przyczem objawy chorobowe występowały prawie w tym samym czasie. Do tej grupy należą głównie bliźnięta jednojajowe.

Do drugiej grupy należą bliźnięta, u których gruźlica występuje jednocześnie, lecz w różnych narządach, lub też w jednakowych narządach ale z dużymi odstępami w czasie. Do tej grupy należą te bliźnięta, u których schorzenie występuje jednocześnie i w jednakowych narządach, lecz przebieg tych spraw chorobowych jest zupełnie różny, np. jedno bliźnięcie cierpi na gruźlicę jamis-

tą płuc, a drugie ma jakąś dobrotliwą przemijającą sprawę płucną.

Bliźnięta tej grupy należą częściowo do jednojajowych i częściowo do dwujajowych.

W trzeciej grupie znajdujemy bliźnięta, z których jedno bliźnięcie choruje lub też zmarło na gruźlicę; drugie bliźnięcie zaś jest zupełnie zdrowe. Te bliźnięta należą przeważnie do dwujajowych.

Wreszcie w ostatniej grupie są bliźnięta zdrowe, zakażone gruźlicą i pochodzące z środowiska gruźliczego. Różni członkowie ich rodzin chorują lub umarli na gruźlicę.

Na zasadzie tych danych D i e h l i V e r s c h u e r sądzą, że u bliźniąt jednakowych pod względem dziedziczenia stwierdza się większą zgodność w przebiegu gruźlicy, niż u bliźniąt różnych pod względem dziedziczenia. Autorzy nie kwestjonują znaczenia czynników zewnętrznych dla procesu gruźliczego, twierdzą tylko, że udało im się dowieść, że dziedziczenie wywiera miarodajny wpływ na przebieg procesu gruźliczego.

(Dok. nast.).

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Patologia kliniczna i doświadczalna.

H. HASHIMOTO. O t. zw. hormonie przedniego płata przysadki w płynie mózgowordzeniowym. (Zbl. Gynaek. Nr. 37. 1932).

U pacjentek z guzami i nieprawidłowościami w położeniu macicy nie stwierdza się naogół obecności t. zw. hormonu przedniego płata w płynie mózgowordzeniowym. W przypadkach normalnej siąży wykazuje się go zwykle dopiero wtedy, gdy zastrzyknięta ilość wynosi ponad 18,0 cm.³. W przypadkach jednak zaśniedu gronistego, nabłoniaka kosmówkowego i rzucałki wykazuje się go wyraźnie również przy zastrzyknięciu mniejszej, niż 16,0 cm.³.

H. L.

J. MÖLLERSTRÖM. O okresowości 24-godzinnej wewnętrznej przemiany materji i rytmicznej czynności wątroby. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 173, z. 5).

W wielu przypadkach moczwówki cukrowej istnieją niezależne od posiłków okresowo powracające zmiany wpływu pokarmów na krzywą zawartości cukru we krwi i w moczu. W pewnych porach dnia popokarmowe przecukwienie krwi staje się mniej wyraźne i trwa krócej, przyczem zmniejsza się również wydalanie cukru z moczem. Może wówczas istnieć skłonność do samoistnego spadku zawartości cukru we krwi, tak że pomimo podawania pokarmów otrzymuje się czasami wartości cukru we krwi, leżące niżej niż wartości naczcho. Wewnątrzustrojowa okresowość była u rozmaitych osób badanych rozmaita. Może się ona również nieco zmieniać u tych samych osób badanych w rozmaitych dniach. Zjawisko to znalazło swe wytłumaczenie dzięki odkryciu przez F o r s g r e n a rytmicznej czynności wątroby z naprzemiennym wytwarzaniem glikogenu i wytwarzaniem żółci. W okresie przyswajania wątroby z wytwarzaniem glikogenu istnieje skłonność do zatrzymania węglowodanów w ustroju ze spadkiem poziomu cukru we krwi i wydalania cukru z moczem; w okresie dysymilacyjno-wydzielniczym panują odwrotne stosunki. Wewnątrzustrojowa okresowość przemiany węglowodanowej wpływa na wynik pokarmowych prób obciążenia u chorych z moczwówką cukrową i posiada, zdaje się, podstawowe znaczenie dla racjonalnego leczenia

insuliną. Podawanie insuliny powinno się kierować wewnątrzustrojowym rytmem, nie liczbą posiłków.

Henryk J. L a n d a u.

W. RUHMANN. O istocie gościcowego stwardnienia mięśniowego. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 173, z. 6).

Istniejące poglądy na istotę gościcowych stwardnień mięśniowych (myogelozy) trudno poczęści powiązać z wynikami badania przedmiotowego. Macalne właściwości organicznych gościcowych stwardnień mięśniowych odpowiadają objawom miejscowego trwałego wzmoczenia napięcia (pęczków włókien mięsnych: tego - sprężysta twardość, bolesność na ucisk, kierunek odpowiadający włóknom i kształt wrzecionowaty. Gościcowe stwardnienia mięśniowe usadawiają się najchętniej w mięśniach tułowiu i karku o przeważającej czynności tonicznej, t. zw. „Haltemuskeln“, których budowa anatomiczna dzięki swej bogatej zawartości prawdopodobnie unerwianej roślinnie substancji pośredniej — sarkoplazmy ułatwia stany niezależnego od woli trwałego napięcia. Przy wprowadzaniu niewielkich ilości określonych rozczynów do mięśni prądkowanych człowieka następuje przemijające wytwarzanie się organicznych bolesnych na ucisk stwardnień mięśniowych, a mianowicie po dłuższym czasie utajenia powodują to substancje pobudzające nerwy roślinne adrenalina i acetylocholina oraz rozmaite obce mięśniom substancje i słabo zasadowe rozczyny kwaśnych soli (np. kwasu fosforowego), po krótkim czasie utajenia i szczególnie wyraźnie niezbyt stężony kwas miętomleczny. Histamina wywoływała u zwierząt doświadczalnych zapalny odczyn tkankowy jako środek bardziej długotrwałego stwardnienia mięśniowego. W sprawie powstawania reumatycznych stwardnień mięśniowych stwierdzono, że szkodliwe substancje, jak: toksyny, nieprawidłowe produkty ogólnej przemiany materji lub niedopalki przemiany mięśniowej oraz również występujące uszkodzenia tkankowe (np. na podłożu alergicznym) mogą powodować pobudzenie unerwienia roślinnego oraz odczynu w chemizmie komórkowym (między innymi wytwarzanie kwasu mlekowego), w których następstwie powstaje chorobliwie wzmoczone napięcie pęczków włókien mięsnych. Nagromadzeniu się i niedostatecznemu spalaniu się substancji uszkadzających mięsień sprzy-

ja upośledzone krążenie krwi w mięśni, jego trwale zaburzenia oznaczają gotowość chorobową w kierunku gośdca mięśniowego. Przyłączający się do tego ucisk naczyń, spowodowany przez miejscowo wzmożone stany napięcia w mięśni, zamykają błędne koło, które czyni ze stwardnień gośdcowych stałe ogniska gośdca mięśniowego i powoduje jego przewlekły przebieg.

Henryk J. L a n d a u.

E. GRAFE i H. REINWEIN. O zastosowaniu pentoz (ksylozy) u zdrowego i cukrzycowego człowieka. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 173, z. 6).

I - ksyloza stanowi ze względu na swój wygląd, smak i możliwość zastosowania technicznego w kuchni znakomitą namiastkę cukru gromowego, względnie trzcinowego. Wchłania się ona doskonale, bywa znoszona dobrze, jeżeli podawać ją w ilościach nie większych od 30 gr. no raz. Przy wartości kolarycznej 3,24 ciepłotki na 1 gram i wydajności w ustroju około 60% dostarcza ksyloza ustrojowi około 2 kaloryj na 1 gram pożytecznej energii i działa przytem oszczędzająco na białko. Ujemna strona ksylozy, że około 40 — 50% jej zostaje znowu wydalonych z moczem, posiada mniejsze znaczenie dla ustroju, niż dla zagadnienia kosztów. Wydalanie redukujących substancji powoduje trudności dla lekarza, gdyż dla stwierdzenia, czy i w jakiej ilości jest obecny cukier gromowy w moczu, nie może on używać zwykłych prób chemicznych na cukier, ani też metod polarymetrycznych ani miareczkowych, lecz musi wykonać o wiele kłopotliwszą próbę fermentacyjną. Podczas gdy chorym z lekką i średnio - ciężką moczówką cukrową można podawać ksylozę w nieograniczonych ilościach, doświadczenie w opisywanym przez autora przypadku oraz fakt, że ksyloza stanowi bodziec dla narządu wysepkowego, nasuwają konieczność pewnej rezerwy w zastosowaniu jej a chorych z bardzo ciężką moczówką cukrową (z wymaganą ilością insuliny ponad 100 jednostek dziennie). Tutaj należałoby, zapewne, zbadać w każdym poszczególnym przypadku zdolność ksylozy do stosowania. Zagadnienie praktycznego zastosowania ksylozy jako namiastki cukru u chorych z moczówką cukrową w szerokich rozmiarach zależy w pierwszym rzędzie od poprawy i potanienia jej otrzymywania z surowca wyjściowego, który sam przez się spotyka się obficie w przyrodzie i jest tani (nasiona bawełny, drzewo, kłosa kukurydzy).

Henryk J. L a n d a u.

J. FRIESZ i E. MOHOS. Badania nad kwasem mlekowym w wysiękach i przesiekach. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 173, z. 6).

W przesiekach zawartość kwasu mlekowego i cukru zgadza się z zawartością ich we krwi, jest, być może, nieco niższa aniżeli we krwi. Nie można tutaj wykazać glikolizy, zawartość kwasu mlekowego i cukru pochodzi z pewnością ze krwi wskutek przesiekania. W wysiękach rakowych zawartość kwasu mlekowego jest wybitna, przeciętnie o 70% wyższa niż we krwi, natomiast zawartość cukru jest taka sama lub nieco mniejsza niż we krwi. Zwiększona zawartość kwasu mlekowego nie jest więc wynikiem glikolizy, lecz produktem przemiany materii tkanki rakowej, co zgadza się z doświadczeniami W a r b u r g a. W wysiękach zawartość kwasu mlekowego jest znacznie większa, przeciętnie 4 razy większa niż we krwi, natomiast zawartość cukru jest znacznie mniejsza, przeciętnie dwukrotnie niż we krwi. Jest rzeczą oczywistą, że zwiększenie się zawartości kwasu mlekowego w wysiękach odbywa się kosztem zawartości cukru wskutek glikolizy. Glikolizie sprzyjają szczególnie zaczyny leukocytów i dlatego też w wysiękach bogatych w leukocyty stwierdza się znacznie większą zawartość kwasu mlekowego. Oznaczanie zawartości kwasu mlekowego i cukru w punktacie i we krwi może znaleźć zastosowanie zwłaszcza w przypadkach wysięku, podejrzanego w swej etiologii o guz.

Ze względu na trudności oznaczania kwasu mlekowego można się ograniczyć ewentualnie do oznaczania zawartości cukru we krwi i płynie wydobytych przez nakłucie.

Henryk J. L a n d a u.

Djagnostyka.

J.E. WALLACE, M. D. LIVERP. Rozpoznawanie skrobiawicy drogą dożylnego wstrzykiwania czerwieni Kongo. (The Lancet T. I, N. 8. 1932).

W 1924 r. B e n n h o l d stwierdził, że dożylne zastrzyknięcie czerwieni Kongo pozwala wykryć skrobiawicę za życia; tkanka skrobiawicza wchłania barwnik — w godzinę po wstrzyknięciu 30 do 100% barwnika znika ze krwi, gdy u zdrowych zaledwie 10 — 20%. Wyjątek stanowi *nephritis tubularis parenchymatosa*, gdzie barwnik szybko znika ze krwi, natomiast łatwo go wykryć w dużych ilościach w moczu. Przy stosowaniu opisanej metody w wielu przypadkach, autorzy nie stwierdzili żadnych ubocznych objawów. Badano ciężkie postaci gruźlicy kostnej z długotrwałym ropieniem. W 17 przypadkach, gdzie objawy klinicznie przemawiały za skrobiawicą, próba wypadła wybitnie dodatnio. W 6 przypadkach, klinicznie podejrzanych o skrobiawicę, w 4 próba wypadła dodatnio, w 2 ujemnie. W 12 przypadkach przewlekłego ropienia bez klinicznych objawów skrobiawicy próba wypadła wyraźnie ujemnie. W 2 przypadkach dodatniego wyniku próby stwierdzono skrobiawicę narządów na autopsji.

Jakób P e n s o n.

N. HENNING i L. NORPOTH. Próba rozciągania jako metoda rozpoznawania nieżyty żołądka. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 173, z. 5).

Próba rozciągania (Dehnungsprobe) polega na stwierdzeniu, czy przy określonym ciśnieniu w jamie żołądka osoba badana odczuwa ból czy nie. Wykonanie jest następujące: do żołądka wprowadza się zgłębnik o grubej ściance. Zapomocą kurka o trzech biegach jest on połączony z gumową pompką oraz wodnym manometrem. Pompuje się powoli do żołądka powietrze tak długo, aż osoba badana poczuje ból lub bolesność uciskową. Następnie łączy się jamę żołądka z manometrem i odczytuje się ciśnienie. Należy zwracać uwagę, aby podczas pompowania i odczytywania pacjent możliwie spokojnie oddychał i nie parł, gdyż inaczej stwierdza się błędnie zbyt wysokie ciśnienie. Osoby zdrowe aż do ciśnienia 20 — 25 cm. wody nie odczuwają przykrych sensacji, powyżej tego ciśnienia występuje uczucie pełności lub napięcia, względnie nieprzyjemne ściskanie lecz bez bólu. W wyraźnych zmianach zapalnych błony śluzowej żołądka, stwierdzonych zapomocą gastroskopji, udawało się wywołać za pomocą tej metody badania silne odczyny bólowe; w niektórych jednak przypadkach nieżyty żołądka, zwłaszcza w okresie wolnym od dolegliwości, próba wypadła ujemnie. Obok odczynu bólowego stwierdzono w odpowiednich przypadkach z reguły obniżenie progu pobudliwości, mierzonego wysokością ciśnienia wewnątrzżołądkowego (ból już przy ciśnieniu 17 — 18 cm. H₂O). Wskazanie do tej metody istnieje tam, gdzie przy wyraźnych dolegliwościach żołądkowych nie można postawić rozpoznania. Przeciwwskazanie stanowią krwawiące wrzody, wrzody z grożącym przebicciem, raki żołądka. Zalety metody polegają na łatwości zastosowania jej i prostocie. Ból wskutek rozciągania udaje się wywołać tam jeszcze, gdzie już samoistne dolegliwości ustąpiły.

Henryk J. L a n d a u.

B. S. HOLLAND. W sprawie metody i techniki bronchografji zapomocą środków kontrastowych. (Sow. Wracz. Gaz. Nr. 14. 1932).

Na zasadzie zebranego przez autora w ciągu 3 lat duże-

go materiału (około 70 przypadków) dochodzi on do wniosku, że wykonana *lege artis* bronchografia znośną chorzy dobrze, i że nie pociąga ona za sobą powikłań. Często słyszy się od chorych skargi w czasie znieczulania. Uczucie, które się odnosi przy kokainizacji, bywa nieprzyjemnie odczuwane przez chorych. Dzieci lękają się wprost tej „puszki”, która, według wyrażenia pewnego chłopca, powstaje po pędzlowaniu kokainą. U chłopca tego nie udało się przeprowadzić bronchografii: przeląkł się on po pędzlowaniu krtani kokainą. Nigdy chorzy się nie skarżyli na nieprzyjemne uczucie lub bóle przy wprowadzaniu metalowej rurki, ani przy wlewaniu jodipiny do oskrzeli. Same tłuszczowe związki jodu, działają, widocznie, obojętnie i nie wywołują ani miejscowego, ani ogólnego odczynu. Nie można negować tego niebezpieczeństwa, które może nastąpić podczas znieczulania. Są ludzie, którzy bezwzględnie nie znośną kokainy. *Brauer i Lorey* opisują nawet przypadek śmierci wskutek zatrucia alipiną przy wykonywaniu bronchografii. Jeden przypadek zatrucia kokainą przeżył również autor przy bronchografii, lecz, na szczęście, po 12 — 14 godzinach stan zatrucia minął. Autor podaje technikę znieczulania, które powinno się wykonywać powoli i stopniowo, otrzásając przed użyciem tampon waty od nadmiaru roztworu kokainy. Bronchografię można przeprowadzać ambulatoryjnie. Należy również wziąć pod uwagę fakt, że tłuszczowe związki jodu, jak widać, wpływają pomyślnie na rozszerzenia oskrzeli. Prawie wszyscy autorzy wskazują, że wlewanie związków do oskrzeli przy bronchografii zmniejsza ilość płwociny i usuwa istniejący przykry zapach. Autor mógł również stwierdzić na swym materiale pomyślnie działanie przynajmniej bezpośrednio po bronchografii. Sprawa ta wymaga dalszego opracowania i sprawdzenia na większym materiale.

Henryk J. L a n d a u.

C. ANTONUCCI. Szybka cholecystografia. (La Pr. Méd. Nr. 50. 1932).

Autor podaje wyniki stosowania własnej metody cholecystografii, gdzie w ciągu bardzo krótkiego czasu można uzyskać wyraźny cień pęcherzyka żółciowego na obrazie *Roentgena*. Oryginalność metody polega na dodawaniu do tetrajodu pewnych substancji, które szybko zostają magazynowane w wątrobie. U osób zdrowych po $\frac{1}{2}$ — 1 godz. otrzymuje się zupełnie wyraźny cień pęcherzyka. Autor stosuje 3 gr. tetrajodu zmieszane z 125 cm.³ 40% glukozy dożylnie i zdaniem autora tetrajod zostaje fiksowany przez glukozę i transportowany do wątroby. Jeśli wstrzyknąć tylko tetrajod, stwierdza się spadek glikemji; stąd wniosek, że dla szybkiego przeniesienia tetrajodu do wątroby wymagana jest obecność glukozy; u diabetyków dożylnie wstrzyknięcie tetrajodu bez dodatku glukozy daje cień pęcherzyka po $\frac{1}{2}$ — 1 godz. W dalszych doświadczeniach autor dodawał do tetrajodu błękit metylenu i indygo-karmin; wyniki cholecystografii były równie szybkie jak przy użyciu glukozy. Okazało się, że dożylnie wstrzyknięcie wspomnianych barwników wywołuje znaczną hiperglikemję, najpewniej drogą układu siateczkowo-śródbłonkowego; hiperglikemja jest powodem szybszej skuteczności tetrajodu. W 31 przypadkach schorzeń pęcherzyka żółciowego cholecystografia szybka dała wynik ujemny, to znaczy, że pęcherzyk nie wypełnił się żółcią ani płynem kontrastowym; autor sądzi, że ujemny wynik może służyć jako wskaźnik do zabiegu operacyjnego. Widocznie zmniejszenie elastyczności patologicznie zmienionych ścianek pęcherzyka żółciowego nie pozwala na szybkie wypełnienie płynem kontrastowym.

Jakób P e n s o n.

UMBER. Formułka Read a i przemiana podstawowa. (D. m. W. Nr. 33. 1932).

Określanie przemiany gazowej zabiera dość dużo czasu

i dlatego, chociaż częściowe zastąpienie przez prosty obrachunek byłoby pożądane. W roku 1922 *Read* podał taką formułę, która uwzględnia z jednej strony przemianę podstawową, z drugiej tętno i ciśnienie krwi. W 60% przypadków wyniki otrzymane odbiegają o mniej niż 10% od wartości przemiany podstawowej, a w 90% przypadków o mniej niż 20%. Aby określić formułę *Read a*, chorzy muszą być przygotowani w ten sam sposób, jak do określenia przemiany materji. Przypadki, w których istnieje ciężka niedomoga narządów krążenia, niemiarowość zupełna, napadowa niemiarowość lub częstoskurcz oraz nadciśnienie powyżej 160 mm. Hg. nie nadają się do tego celu. Badania autora, dokonane w 100 przypadkach, jedynie w 9% wykazały większe odchylenia, powyżej 20%, od cyfr jednocześnie określonej przemiany podstawowej. Nie można oczywiście sądzić, że formułka *Read a* zastąpi badanie przemiany podstawowej, jednak w wielu przypadkach, zwłaszcza dla lekarzy praktyków, może być b. pomocną.

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

Choroby zakaźne.

E. NEUBER. Przyczynki do biologji uodpornienia w promienicy za szczególnem uwzględnieniem leczenia uodparniającego. (Wien. kl. Woch. Nr. 12. 1932).

Autor zastosował w jednym przypadku promienicy wszystkie używane metody lecznicze, z których leczenie złotowe (zastrzykiwania wśródmózynne solganalu) okazały się w sposób niewątpliwie cennymi, wobec czego poleca on je w leczeniu promienicy, ale i ono nie dało całkowitego wyleczenia. Dopiero leczenie uodparniające wyleczyło w jednym przypadku nie tylko objawy chorobowe, lecz uratowało ono również życie pacjenta. Autor rozpoczął leczenie uodparniające właśnie w tym okresie choroby, kiedy wystąpiło ogólne pogorszenie, zaś proces chorobowy zaczął postępować, tak, że o pomyślnym wyniku w tym przypadku nie można wątpić.

A. N e u m a n n (Vöslau - Gainfarn).

FRIEDRICH. Próby przedstawiania dietytycznego w chorobach zakaźnych. (Münch. med. Woch. Nr. 22. 1932).

Nauka o wpływie diety swoistej na przebieg jakiegos cierpienia jest jeszcze b. młoda, wyniki niektórych badań pozwalają wróżyć jej duże postępy. Autor zastanawia się, czy rozwiązanie tego zagadnienia leży w długotrwałem stosowaniu diety o pewnym charakterze swoistocie biologicznym, czy nie należałoby raczej stosować diet zmiennych o właściwościach wręcz przeciwnych. Obserwacje prowadzone u chorych gorączkujących lub w stanie podgorączkowym, przeważnie u gruźlików. Stosowano diety naprzemian zakwaszającą i alkalizującą, stale małosolną. Zauważono lepszą tolerancję na dietę alkalizującą. Dietę zmieniano co 2 — 8 dni. Celem lepszego zakwaszenia do odpowiedniej diety dodawano silicium, dla zalkalizowania — sodę. Zmiana diety wywołuje w tylu przypadkach wahania t° , że zjawiska mogą uchodzić za zależne od siebie. Wahania t° odbywały się wg. 2 typów. W części przypadków w dniu zmiany diety lub w następnym t° podnosi się dość wyraźnie, po dniu — opada; spadek utrzymuje się kilka dni. W przypadkach drugiego typu t° opada bez początkowego wznoszenia się. Spadek t° nie trwa dłużej niż 1 dzień. Szczególny wpływ zmiany diety, bez względu na jej odczyn, na krzywą t° jest tembardziej godny uwagi, że długotrwałe stosowanie diety alkalinizującej obniża krzywą t° , gdy dieta zakwaszająca podawana stale powoduje jej podniesienie. Wspomniany wpływ diety naprzemiennej jest krótkotrwały przy zastosowaniu jednorazowem. Stwierdzono pozatem, że chorzy znośną lepiej dietę naprzemianą niż jednostajną. Pierwsza powoduje wyraźną tendencję zniżkową t° , zwłaszcza, jeżeli zmiany stosowano co 2 — 1 dni. Dodatnie cechy diety naprzemiennej podnosi *Norden*

(Wick - Zackkost) w chorobach przemiany materji i nerek, a inni autorzy w zapaleniu miedniczek nerkowych (Schaukel-verfahren). Autor sądzi, że stałe zmiany charakteru pożywienia wpływają na zdolność odczynową chorego organizmu, przez co pobudza się procesy gojenia. F. T u r y n.

A. BREMS. Zaburzenia przemiany węglowodanów w przebiegu błonicy. (Klin. Woch. Nr. 21. 1932).

Autor badał glikemję w 77 przypadkach dyfterytu; w 24 przypadkach stwierdził przecukrzenie krwi naczcho. W 25 przypadkach badał krzywą cukru we krwi po obciążeniu glukozą; w ciężkim przebiegu błonicy krzywa glikemji miała wyraźny charakter hiperglikemiczny, spadek jednak do punktu wyjściowego glikemji naczcho występował znacznie szybciej niż w cukrzycy. Wysoka ciepłota nie odgrywa przytem roli; notowano bowiem przy normalnej temperaturze patologiczny przebieg krzywej cukru we krwi i przeciwnie — normalną krzywą przy wysokiej cieplocie. Natomiast wszystkie przypadki, które wykazały nieprawidłową krzywą cukru we krwi, wyróżniały się burzliwym przebiegiem klinicznym, znaczną toksemją oraz skłonnością do porażen nerwów i zmian mięśnia sercowego. Autor sądzi, że zaburzenie przemiany węglowodanów w przebiegu ciężkiej błonicy zależy od uszkodzenia przez toksyny trzustki, nadnerczy, tarczycy oraz ośrodków mózgowych, regulujących przemianę cukrów. Jakób P e n s o n.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszu.

M. JACOD. Łzawienie bez zwężenia dróg łzowych. Zamknięcie mechaniczne ujścia dolnego. Leczenie, polegające na rezekcji częściowej muszli dolnej. (Les annales d'oto-laryngol., Nr. 5, 1932).

Autor przytacza szereg przypadków uporczywego łzawienia, w których badanie nie wykazywało zwężenia dróg łzowych. Przeszkoda znajdowała się w samym ujściu przewodu noso-łzowego. Badaniem nosa stwierdzało się bądź nieprawidłowe uwypuklenie się ściany zewnętrznej międzyzatokowo-nosowej, bądź też zmiany na powierzchni bocznej tej muszli. Leczenie zachowawcze nie dawało w tych przypadkach żadnego wyniku, stosowanie zaś galwanokaustyki i nadwicięcia muszli spowodowało najwyżej poprawę przemijającą. Wyleczenie udało się osiągnąć jedynie na drodze operacyjnej, stosując rezekcję przedniej połowy muszli dolnej. J. T e n c e r.

Z. SPECTOROWA, J. SOBIN, L. MELNIKOWA. W sprawie leczenia gruczolki krtani Roentgenem. (Zeit. f. Hals., Nas. u. Ohr., t. 30, z. 2).

Naświetlanie promieniami R o e n t g e n a stanowi bardzo ważny czynnik leczniczy w gruczolce krtani. O ile stan immunobiologiczny ustroju jest dobry, to pod wpływem rentgenoterapii można doprowadzić do wyleczenia nawet dość duże zmiany w krtani. Należy jednakże być ostrożnym, zalecając to leczenie. Przed zastosowaniem promieni R o e n t g e n a wskazane jest wypróbowanie wrażliwości ustroju na naświetlanie lampą kwarcową. Niekiedy już pod wpływem promieni ultrafioletowych występują bóle głowy, gorączka, przekrwienie i obrzmienie maciek krtaniowych. Podczas leczenia promieniami R o e n t g e n a należy dokładnie kontrolować stan krtani i w zależności od tego przeprowadzać następne serie naświetlań w mniejszym lub większym odstępie czasu. Duża zaleta rentgenoterapii w gruczolce krtani polega na tem, że można ją przeprowadzić ambulatoryjnie. J. T e n c e r.

C. WIETHE. O migdałku zatoki gruszkowatej. Przyczynę do etiologii ostrego obrzęku krtani. (Zeit. f. Hals., Nas. u. Ohr., t. 30, z. 2).

Migdałek ten istnieje u ludzi stosunkowo często. Znajdy-

wano go w 12% przypadków sekcyjnych. Niekiedy udaje się go oglądać w lusterku krtaniowym. Z badań histologicznych wynika, że migdałek zatoki gruszkowatej wykazuje podobieństwo w budowie do migdałka podniebiennego. Może on ulegać silnemu zapaleniu i powodować obrzmienie tkanek sąsiednich. Niektóre przypadki ostrego obrzęku krtaniowego stoją w związku ze schorzeniem migdałka zatoki gruszkowatej.

J. T e n c e r.

L. H. LEROUX. Przypadek uchyłka przełyku. (Les annales d'oto-laryngol. Nr. 3. 1932).

Chora uskarżała się od paru miesięcy na uczucie palenia w płacie piersiowej, które występowało po jedzeniu. Przeszkody w polykaniu nie było. Pozatem chora cierpiała z powodu ślinienia się oraz uczucia palenia na języku. Badanie, przeprowadzone przy pomocy promieni R e n t g e n a i ezofagoskopji, stwierdziło obecność uchyłka w środkowej części przełyku. Przypadek ten zasługuje na uwagę, gdyż uchyłek ten (*diverticulum e tractione*) powstał nie w związku ze schorzeniem gruczołów chłonnych na tle gruźlicy, lecz prawdopodobnie z powodu kły.

J. T e n c e r.

Choroby serca i naczyń.

R. BOUCOMONT. Ciśnienie średnie a kuracja w Royat. (Paris méd. Nr. 16. 1932).

Jeżeli pewni chorzy z nadciśnieniem zachowują po swej kuracji znacznie podniesione ciśnienie średnie, przyczyna tego zjawiska leży w tem, że ich układ krążenia jest tak nastawiony, i że wobec stanu równowagi nie można zmienić warunków tego nastawienia. Są to chorzy, u których należy zwykle godzić się z ich ciśnieniem: daje się ono zresztą połączyć z dość długim życiem. Z drugiej zaś strony, jeżeli u innych chorych z nadciśnieniem o podniesionem ciśnieniu średnim liczby jego się zmieniają, to odbywa się to, zdaniem autora, dlatego, że chodzi o zupełnie odmiennych chorych, ciężiej dotkniętych, których mięsień sercowy okazuje oznaki zmęczenia, oraz dlatego, że leczenie kąpielowe wywiera znaczny wpływ, krzepiący serce. Działanie to ujawnia się bezpośrednio prawie swoiście u tych chorych, szczególnie nadających się do leczenia w Royat. Tymi, którzy w ten sposób zareagowali na leczenie, byli chorzy z niedomogą lewej komory; spadek ich ciśnienia średniego stanowi zatem podwójne kryterjum, pozwala ujawnić wartość działania krzepiącego serce wód w Royat; z drugiej zaś strony pozwala na zdanie sobie sprawy u tej kategorii chorych z wpływu leczenia i ocen jego wyników.

Henryk J. L a n d a u.

E. DOUZELOT. Napadowe nadciśnienie tętnicze. (Monde méd. Nr. 807. 1932).

Autor dzieli nadciśnienie napadowe na 3 grupy: 1) nadciśnienie napadowe nawarstwione na nadciśnienie stałe; 2) nadciśnienie napadowe, towarzyszące znanemu zespołowi klinicznemu; 3) samoistne nadciśnienie napadowe. U osób, dotkniętych nadciśnieniem stałym, często spostrzega się nagłe podniesienia ciśnienia, przekraczające znacznie wahania fizjologiczne. Te „wysiewy nadciśnieniowe” mogą nie dawać żadnych objawów klinicznych; istnienie ich wykrywają jedynie przyrządy do mierzenia ciśnienia. Czasami objawiają się one w kurczach łydek, mrowieniu kończyn, objawie „martwego palca”, napadowych bólach brzucha, napadach dusznicy bolesnej i napadowych objawach mózgowych (przemijające ślepoty, monoplegie, afazje, amnezje, głuchoty i t. p.). Obok tych objawów zawdźwięczających swą wielopostaciowością i swój przemijający charakter kurczom naczyniowym, wysiewy nadciśnieniowe mo-

gą wywoływać i często wywołują poważne objawy z jednej strony pęknięcia naczyniowego, z drugiej zaś — ostrej niedomogi komory lewej. Do grupy nadciśnienia napadowego w przebiegu znanego zespołu klinicznego należą nadciśnienia w zatruciu ołowiem i rzucańce, w pewnych zmianach nerwu błędnego i wogóle nerwów czuciowych. Należą tutaj również przełomy naczyniowe w wadzie rdzenia (P a l), u chorych z rakiem przełyku (H a r v i e r i B a r i e t y), z mięsakiem śródpiersia (V i l l a r e t, B l o c h, B a r i e t y, L a p p a s), ze zmianami zapalnymi w zwoju G a s s e r a (T r é m o l i è r e s i V é r a n), w urazach mózgowych i rdzeniowych, zatorach mózgowych, kolkach nerkowych i wątrobowych, zespołach zakaźnych i t. d. Samoistne nadciśnienie napadowe nazywa autor samoistnym tylko przez wzgląd na ostrożność, gdyż w większości przypadkach, jeżeli nie we wszystkich podłoże jego stanowi nowotwór nadnerczy — „surrénalome hypertensif”. Badanie przedmiotowe wykazuje w napadzie tachykardię, przekraczającą zwykle 100 uderzeń na minutę, osłuchowo silne zaakcentowanie drugiego tonu nad tętnicą główną, wreszcie bardzo wysokie ciśnienie tętnicze w porównaniu z liczbami w okresach międzynaapadowych. Czas trwania przełomu jest różny, nie przekracza on zwykle 10 — 15 minut, zaś po powrocie ciśnienia do normy chory jest bardzo osłabiony. Przełom nadciśnieniowy przebiega dość typowo: osobnik młody pośród zupełnego zdrowia zostaje nagle po wysiłku, wzruszeniu, a czasem bez uchwytnej przyczyny dotknięty nagle nieokreślonym uczuciem choroby, powłoki stają się blade, twarz przyjmuje wyraz bólu, w kończynach, zwłaszcza dolnych występuje mrowienie, w łydkach zaś i udach — kurcze, w brzuchu zjawiają się silne bóle, podnoszące się następnie ku klatce piersiowej i szyi, powodując powstanie zespołu dusznicowego, wreszcie pojawia się uporczywy ból głowy i objawy mózgowe; czasami towarzyszą napadom nudności i wymioty, często zaś — przemijający białkomocz. Tak przebiega t. zw. przełom ogólny; bywają również przełomy miejscowe, dające objawy, jak opisane w pierwszej grupie. Częstość napadów jest rozmaita: czasem bywają one raz na kilka tygodni lub miesięcy, czasem kilka razy dziennie. Powikłania bywają w postaci pęknięć naczyń, obrzęku płuc, nagłej niedomogi serca. Gdy sprawa trwa dłużej rozwija się nadciśnienie stałe, a śmierć następuje w śpiączce z białkomoczem i azocicią, przypominającej pod każdym względem śpiączkę mocznicową. Rozpoznanie jest bardzo trudne, gdyż obmacywanie brzucha i badanie kliniczne niewiele daje. Badanie rentgenowskie, zwłaszcza po *pneumoperitoneum* może dać tutaj pożyteczne wskazówki. Leczenie objawowe wywiera nieznaczny tylko wpływ na same przełomy i ich częstość. Stosuje się preparaty kofka, bromki, papawerynę, preparaty malonylmocznika i ma-

kowca, które mogą zmniejszać siłę przełomów, lecz działanie ich jest niestale. Środki, rozszerzające naczynia, z grupy azotynów wykazują działanie niezupełne i niewystarczające. Naświetlanie promieniami R o e n t g e n a okolicy lędźwiowej daje tylko przejściową poprawę. Jedynie leczenie chirurgiczne, jako etjologiczne posiada widoki powodzenia, gdyż guzy te nie posiadają skłonności do uogólniania się i dają się stosunkowo łatwo usunąć.

Henryk J. L a n d a u.

R. SOUPAULT i J. PERGOLA. Obecny stan leczenia zatorów tętniczych kończyn. (Monde méd. Nr. 810. 1932).

Mięsienia w leczeniu zatorów tętniczych zostały, zupełnie słusznie, dzisiaj całkowicie zarzucone. Przecięcie tętnicy z wycięciem zatoru (*arteriotomia cum embolectomia*) rzadko daje dobre wyniki, pozostawiając częściowe zgorzele (zmuszające do odjęcie części kończyny) i zaburzenia czynnościowe, a przeważnie zawodzi zupełnie. Sam zabieg jest dość długotrwały i wymaga dużej cierpliwości. Wyniki zależą przede wszystkim od czasu, jaki upłynął od chwili powstania zatoru, następnie od umiejscowienia zatoru, stanu ogólnego chorego, jego wieku, stanu serca, naczyń i włosniczek, właściwości krwi i prowadzenia samej operacji. Najlepsze wyniki daje wycięcie tętnicy (*arteriectomia*). Wskazana jest ona w zatorach w następujących przypadkach: 1) zawsze tam, gdzie należy szybko postępować, gdyż wielu chorych umiera wskutek zapaści w końcu operacji zawsze długotrwałej i trudnej (oprócz tętnicy ramiennej); 2) zawsze wtedy, gdy po usunięciu zatoru ścianka śródbłonkowa wydaje się zmieniona; 3) w przypadkach dostających się w ręce chirurga późno, po 24 godzinach, gdyż wtedy wszystkie inne zabiegi zawodzą; 4) wtórnie, gdy po usunięciu zatoru i szwu tętno nie zjawia się, i objawy zgorzeli dalej zagrażają. W wycięciu tętnicy zrobiła medycyna nabytek zasługujący na uwagę wszystkich lekarzy. Sercowo chory, któremu przytrafił się zator tętniczy kończyn, jeżeli nie będzie zbyt późno operowany, ma widoki uniknięcia zgorzeli i odjęcia kończyny, któremi dotąd okupywać musiał niewiedomo jak długie życie.

Henryk J. L a n d a u.

L. HESS. Zawał wieńcowy a obrzęk płuc. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 173, z. 2—3. 1932).

Przypadki zawału tętnicy wieńcowej, które rozwijają się w nadciśnieniu i zaburzeniach nerkowych, są, zdaje się temi, w których do bólu przyłącza się duszność, a w końcu obrzęk płuc. Obrzęk płuc w dusznicy bolesnej nie jest bynajmniej wyłącznie sercowym objawem zastoju, odgrywają w nim z zasady bardzo wielką rolę czynniki nerwowe i nerkowe. Wyjątkowo tylko dominuje w nim wsteczny zastój mechaniczny.

Henryk J. L a n d a u.

Wskazówki praktyczne

Hipofizyna jest, według R. K l o t z a, środkiem tonizującym naczynia włosowate i wskazana jest we wszelkich stanach *niedomogi krążenia obwodowego*. Spadek ciśnienia krwi nie stanowi przeciwwskazania do użycia hipofizyny. Stosować ją należy w znacznych rozcieńczeniach w roztworze fizjologicznym i zastrzykiwać powoli. (M. m. W. 1932, N. 31).

—o—

Pastyłki *Jod - Elarsonu* oddają dobre usługi w leczeniu miażdżycy tętnic i nadciśnienia. Pastyłka zawiera 0,05 gr. jodu i 0,5 mgr. arsenu. S u s s m a n n daje dziennie nie więcej, niż 3 pastylki w ciągu 3 tygodni, poczem robi pauzę 4-tygodniową. (Ther. Gegenw. 1932, Z. 9).

—o—

K. J a c o b poleca w nadciśnieniu *Viscovanin*, kombinację trzech środków: *Viscum album*, *Crataegus oxyacantha* i *Sedum acre*. (Med. Welt 1932, N. 37).

—o—

K o b b e stosuje w *miażdżycy tętnic* środek swojego pomysłu *Sklerosal*, zawierający 1% kolloidalny roztwór Si O₂. Daje się 1 — 2 łyżek 3 razy dziennie w wodzie, czarnej kawie lub lekkiej herbacie. Kuracja powinna trwać 4 — 6 tygodni. Najlepiej powtarzać ją rokrocznie. (Med. Welt. 1932, N. 33).

—o—

Taumasthinan, kombinacja ciał purynowych z efedryną, agaricyną i *extr. Belladonnae*, jest szybko działającym i dobrze znoszonym środkiem w napadzie *astmy oskrzelowej*. Stosuje się w tabletkach. (Ther. Gegenw. 1932, Z. 10).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Zrzeszenie Lekarzy R. P.

149 posiedzenie kliniczne z dnia 22 marca 1932 r.

Przewodniczył R ó b i n.

A) Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

B) P o k a z y:

1) C. F r e n d l e r o w a i J. F e l h e n d l e r.

Dwa wyleczone przypadki zatrucia sublimatem.

Przypadek pierwszy dotyczy 24-letniej chorej, która zażyła naczczo 1 gr. sublimatu, poczem wypila 500 cm.³ wody. Do szpitala przybyła z następującymi objawami: wymioty, zapalenie błon śluzowych jamy ustnej, niedomoga serca (sinica, tachykardia). Od dnia przybycia do szpitala otrzymywała chora *Bism. carb.* (3 × 5,0), glukozę dożylnie i środki nasercowe. Po wystąpieniu bezmoczności, który trwał około 1½ doby, wykonano dwukrotnie naświetlanie promieniami R o e n t g e n a (2 × 125 R międzynarodowych) okolicy nerek. Po pierwszym naświetlaniu chora zaczęła oddawać mocz, zrazu w małych ilościach, stopniowo w coraz większych, aż do normalnej diurezy. Zwiększona zawartość mocznika w surowicy krwi od drugiego dnia po otruciu osiąga swój najwyższy poziom w dwunastym dniu (266 mgr.%) i wraca do normy (31 mgr.%) w przeddzień wypisania ze szpitala. Wypisana została po 5 tygodniach w stanie dobrym.

Drugi przypadek dotyczył 29-letniego chorego, który w dn. 24.XII.1931 r. napił się roztworu sublimatu z kilku pastylek w ½ szklance wody i wkrótce potem dostał silnych wymiotów. Wezwany lekarz po wielokrotnym przeplukiwaniu żołądka wodą z dodatkiem tiosiarczanu sodowego zalecił węglan bizmutu w dawce 2 gr. co 3 godziny. Tego samego dnia przybył chory do szpitala, gdzie uskarżał się na palenie w gardle i przełyku, mocz oddawał bardzo mało, a w nocy miał kilka wolnych stolców o czarnym zabarwieniu. Badanie przedmiotowe wykazało: język nieco obłożony, nieznaczna bolesność w dołku podsercowym. Płuca i serce bez zmian, tętno 120 na l'. Układ nerwowy bez zmian. Mocz — c. g. = 1030, białka 3,3%, urobilinogen +, osad: 8 — 10 leukocytów w p. w., czerwonych ciałek 0—1—1—2 w p. w., wałeczki szkliste i ziarniste pokrywają całe pole widzenia. Chory dostawał *Bism. carb.* 10,0 *pro die*, glukozę 40% dożylnie w ilości 10 cm.³ oraz środki nasercowe. W ciągu następnych 3 dni dobową ilość moczu stale wzrastała, biegunka ustąpiła, zjawilo się natomiast zapalenie dziąseł. Ilość białka w moczu wynosiła jeszcze 3,5%, a w osadzie były liczne wałeczki ziarniste oraz pojedyncze krwinki; RR = 155/110, zawartość mocznika we krwi = 160 mgr.%, chloroków = 680 mgr.%. Chory czuł się nieźle, narzekał jedynie na bóle głowy, zwłaszcza w nocy. Od 4 dnia choroby zaczęto stosować lawatywy 3 razy dziennie po 1½ l. obok dożylnych zastrzyków glukozy i podawania doustnego bizmutu. Dobowa ilość stopniowo się zwiększała i doszła do 2200 cm.³, ilość białka w moczu zmniejszała się aż do śladów minimalnych, zawartość mocznika we krwi obniżyła się do 60 mgr.%, jedynie dokuczał choremu ból głowy. Chory wypisał się ze szpitala jako wyleczony. Badanie czynnościowe nerek w 2 miesiące po otruciu wykazało, że stężenie moczu jest dobre (najwyższy c. g. = 1028), natomiast wydalanie wody jest nieco upośledzone (po wypiciu 1 l. wody chory wydalil w ciągu 4 godzin tylko 600 cm.³ o c. g. = 1005 — 1008). RR = 135/95. Zawartość mocznika we krwi = 40 mgr.%. (Streszczenie własne).

2) M. S a i d m a n. *Przypadek plastyki ubytku czaszki* (streszczenia nie nadesłano).

W dyskusji zapytuje Z a k i n, czy kość była ściśle dopasowana do ubytku i czy nie wessie się ona później.

S a i d m a n odpowiada, że kość niewszędzie była ściśle dopasowana. Dotychczas zmian w kości implantowanej niema; może się ona później wessać, ale wtedy nastąpi substytucja jej przez tkankę łączną.

C) O d c z y t:

J. F l i e d e r b a u m. *Rola czynników obwodowych w niedomodze krążenia* (było drukowane w „Warsz. Czas. Lek.“).

W dyskusji K a p l a n zaznacza, że serce daje sobie radę z podniesieniem ciśnienia krwi przez rozszerzenie kompensacyjne, wykorzystanie swej siły rezerwowej, później wzrost włókien. W razie większej pracy serca dysocjacja tlenu staje się większa, jest to rezerwa obwodowa, polegająca na lep-

szem wykorzystaniu krwi przez tkanki. Gdy ten czynnik zawiedzie, dopiero wtedy przychodzi do zaburzeń w krążeniu. Taki sam jest mechanizm w miażdżycy, wadach mitralnych. Dużą rolę w przemianie materii odgrywa układ roślinny (dostawienie z sympatektomią). Najważniejsza jest rola mięśnia sercowego w wyrównywaniu zaburzeń krążenia. Podziału recept, podanego przez prelegenta, nie można się ściśle trzymać.

H. J. L a n d a u też uważa, że wpływ ujemnego ciśnienia klatki piersiowej na krążenie jest mały: dowodzi tego fakt, że u chorych z obustronną odma, oleotoraksem, obustronnym przecięciem nerwu przeponowego rzadko widzi się zaburzenie w krążeniu, podobnie jak u zwierząt zatrutych kurarą. Na zakwaszenie w przebiegu niedomogi krążenia zwracał uwagę już przed wojną F i s c h e r z New - Yorku, który uważał nawet za bardzo złą pod względem prognostycznym oznakę, jeżeli moc chorych z niedomogą krążenia oddziaływała stale kwaśno przy użyciu czerwieni metylowej jako wskaźnika. Jeszcze przed pojawieniem się prac E p p i n g e r a i jego uczniów stosował J a g i c dla zwalczania niedomogi obwodowej strychninę (np. w chorobach zakaznych). Naparstnicę stosuje się nie tylko w niedomodze mięśnia roboczego serca; działa ona również na układ wytwarzania i przewodzenia bodźców. Nie zgadza się ze zbyt niemiernym szafowaniem terminu „*myocarditis*”, jak to czynił przedmówca: *myocarditis* oznacza zapalenie mięśnia sercowego, które może wystąpić w przebiegu ostrego gośćca stawowego (grudki A s c h o f f a — *myocarditis rheumatica*), w przebiegu ogólnego zakażenia (*myocarditis purulenta*). Nadawanie nazwy „*myocarditis*” wszystkim schorzeniom mięśnia sercowego, a nawet wtórnym zmianom w sercu w przebiegu schorzeń płuc, nerek i t. d. jest niewłaściwe. Śmierć chorych z niedomogą serca może nastąpić wskutek wyczerpania się siły rezerwowej serca.

K a p l a n wyjaśnia, że terminu „*myocarditis*”, używał w jego praktycznym codziennym znaczeniu. W odpowiedzi F l i e d e r b a u m zaznacza, że R o m b e r g odróżnia 3 sposoby kompensacji: przespieszenie tętna, zwiększone wykorzystanie tlenu w tkankach, samoistne upusty krwi żyłnej (zwiększone magazynowanie krwi w jej dépôts: wątrobie, śledzionie i t. d.). Odróżnia on 4 grupy niedomogi serca. Naparstnica działa, oczywiście, bardziej różnorodnie, niż chinina.

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

151 posiedzenie kliniczne z dn. 3.V. 1932.

Przewodniczył Dr. R ó b i n.

P o k a z:

D. S z e n k i e r. *Przypadek nerki podwójnej* (streszczenia nie nadesłano).

W dyskusji L e w i n s o n zaznacza, że chorą tę długo obserwował; rozpoznanie nie było łatwe. Badanie czynnościowe przemawiało już za chorobą; cystoskopia wykazała 2 ujścia moczowodów z prawej strony. Pyelografia dożylna pozostała bez wyniku. Wprowadzenie 2 cewników do 2 moczowodów wyjaśniło sprawę. Ciekawe jest, że pyelografia dożylna pozostała bez wyniku, zwykła zaś dała wyraźne obrazy.

O d c z y t:

J. L i p s z y c. *Szczepienie ochronne przeciw gruźlicy metodą Calmette'a w świetle krytyki* (streszczenia nie nadesłano).

W dyskusji zaznacza F e j g i n ó w n a, że praca W i e r z b o w s k i e j jest sprawozdaniem ze szczepienia u nas 6100 dzieci, z których duży odsetek pozostaje pod stałą obserwacją Związku Przeciwgruźliczego. Żadnych szkód nie zauważono, naogół śmiertelność się zmniejsza, pozatem dzieci rozwijają się normalnie. Zwraca uwagę na 2 rodziny, w których rodzice byli chorzy na płucach: jedno dziecko nieszczepione zmarło na zapalenie opon gruźlicze, drugie szczepione jest zdrowe. Ilość szczepionki, wydawanej przez P. Z. H., zwiększa się. W Zakładzie Higieny znane są przypadki, w których nieszczepione dzieci ginęły, szczepione są zdrowe. Szczepi się przeważnie tylko dzieci ze środowiska gruźliczego i tak samo postępuje już Calmette. Wrogowie Calmette'a zmieniają dziś swe zdanie. Każda serja jest sprawdzona w doświadczeniach na zwierzętach dwukrotnie, potem kontroluje szczepionkę dział surowic, i tu znów szczepi się 2 świnki. W Zakładzie są świnki, które żyją już 2 — 3 lata, a sekcje nie wykazują zmian gruźliczych, czasem są ropy, w których znajduje się prątki; jednakże świnki, szczepione tą ropą, nie chorują. Doświadczenia C a l m e t t e a na małpach są przekonywa-

jące: szczepione zwierzęta żyją, nieszczepione — padły, choć były w tych samych warunkach.

Z. B y c h o w s k i uważa, że warunki u nas są gorsze, nawet dorosłych nie można izolować. Gdyby nawet sama opieka dała mniejszą śmiertelność, to jest to zasługa C a l m e t t e a, a nie B. L. C. G. Polski komitet wobec nieszkodliwości metody postanowił pomagać rozpowszechnianiu tej sprawy.

K o b r y n e r stwierdza, że mogą być gorsze powikłania w przyszłości, po upływie 5 — 6 lat nie można jeszcze wyciągać wniosków. Jeśli niema pewności, lepiej czekać aż dzieci podrosną, a potem w zależności od wyników kontynuować metodę lub nie, a nie narażać nowe dzieci.

I. L i p s z y c uważa, że teorie łatwo się tworzą, łatwo padają. Tak było z sanokryzyną. Jeżeli daje się szczepionkę w złych warunkach można wyrządzić szkodę, uspić czujność. Badając piśmiennictwo, dochodzi się do wniosku, że walka z gruźlicą ma tło społeczne. Prace nad małpami, wykonane przez innych autorów, nie potwierdziły wyników C a l m e t t e a. Metoda C a l m e t t e a nie nadaje się u nas do walki z gruźlicą. Przypadki cytowane przez F e j g i n ó w n e, są niemiernorodne, gdyż duże znaczenie posiada odporność osobnicza.

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

152 posiedzenie kliniczne z dnia 17.V. 1932 r.

Przewodniczył B l a y.

A) Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

B) P o k a z y:

M. S a i d m a n. *Przypadek wszczepienia moczowódów do kieszki grubej* (streszczenia nie nadesłano).

W dyskusji zapytuje K r e m e r, jaki jest obecnie kału.

R e z n i k o w zapytuje, ile razy dziennie chory oddaje moc.

B e r ł o w i c z pyta, czy istnieje niebezpieczeństwo zakażenia moczowódów.

W odpowiedzi zaznacza S a i d m a n, że odczynu kału nie badano, nie ma to zresztą istotnego znaczenia. Mocz oddaje chory 2 razy dziennie, maceracji kiszek niema. Groźba zakażenia moczowego po operacji C o f f e y a jest bardzo mała.

C) O d c z y t:

L. B l a c h e r. *Badania doświadczalne nad metodą i morfologią płytek oraz wartość kliniczną płytek jako układu samodzielnego* (ukazuje się w druku).

W dyskusji zauważa K o b r y n e r, że na zasadzie własnego doświadczenia oraz badań tak wybitnego znawcy płytek, jakim jest J o l l y, musi stwierdzić, że cytrynian sodu bardzo szybko powoduje zmiany w płytkach, zniekształcając je nie do poznania, nadając im najdziwniejsze niekiedy kształty. Dlatego też zarzuca stosowanie cytrynianu sodu. Spostrzeżenia swe czynił w kropki świeżej krwi bez jakichkolwiek dodatków. Wychodził przytem z założenia, że najbardziej zbliżonym do warunków fizjologicznych środowiskiem będzie surowica własnej krwi, pozostająca po opadnięciu włókienka. Że tak jest w rzeczywistości, należy sądzić chociażby z tego, że niekiedy w ciągu kilku godzin przy ciepłocie pokojowej można zupełnie dokładnie obserwować pełzakowe ruchy leukocytów. W takim preparacie płytki leżą poczęści w skupieniach, poczęści zaś są wolne i leżą pojedynczo. Zupełnie dokładnie widzi się, jak drobne ziarenka płytek, znajdujące się w stałym ruchu (częsteczkowym?), wyskakują z nich, jak rakiety i znikają w surowicy. Z biegiem czasu ilość t. zw. pvlku krwi, jak również liczba płytek ze skąpą ziarnistością lub też pustych zwiększa się. Niektóre z płytek stają się kuliste, powiększają się. Powstała w tych płytkach ziarnistość znajduje się bądź w środku, bądź na obwodzie lub na jednym biegunie i t. d. Najbardziej odpowiednia metoda badań nad morfologią płytek jest metoda osmowa. Między liczbą płytek a czasem krwawienia niema równoległości. W chorobie B a s e d o w a z liczbą obojętnochnonnych zwiększa się liczba płytek.

S z o u r uważa, że badanie płytek było dotąd zamiedbane. Liczba płytek, kształt ich i barwność mogą stanowić niewątpliwie moment różniczkowy. Pod wpływem odczynnika zachodzą zmiany płytek, lecz fakt ten nie dowodzi, ażeby podział prelegenta był sztuczny. Należy zainteresować się również krwawym rozpadu i zlepiania się płytek.

H. J. L a n d a u zwraca uwagę na małopłytkowość w przebiegu niedokrewności złośliwej, która zrazu pod wpływem

leczenia żołądkiem zmniejsza się, lecz w dalszym przebiegu pomimo poprawy czerwonego obrazu krwi znowu powraca do pierwotnego stanu.

W odpowiedzi stwierdza B l a c h e r, że badania swe przeprowadzał z punktu widzenia klinicznego, a nie laboratoryjnego, teoretycznego. Osocze krwi w warunkach doświadczeń K o b r y n e r a zmienia się, płytki zmieniają się, zlepiają, przestają się poruszać. W płynie T y r o d e l l a płytki się zmieniają. W stosowanej przez prelegenta metodzie płytki nie stykają się z powietrzem. W obserwacjach K o b r y n e r a mogą być błędy techniczne. Hemokonje S c h i t t e n h e l m a są czemś innem, niż hematokonje M u e l l e r a. W małopłytkowości samoistnej trombopenja przebiega równolegle do czasu krwawienia. Jakie jest pochodzenie płytek, dzisiaj z pewnością nie wiemy. Pogląd o pochodzeniu płytek z megakaryocytów został zachwiany. Metoda objętościowa obliczania płytek ma również błędy. Skład chemiczny płytek jest znany. W uporczywych przypadkach niedokrewności złośliwej małopłytkowość nie ustępuje pod wpływem leczenia.

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

155 posiedzenie kliniczne z dnia 27 września 1932 r.

Przewodniczył K n a s t e r.

Przed porządkiem dziennym uczczono przez powstanie pamięć zmarłych: F l a t a u a, G o l d f l a m a, M i n t z a i T e n e n b a u m a.

A) P o k a z y:

1) P. G o l d s t e i n i H. J. L a n d a u. *Przypadek ropnia podprzeponowego niewiadomego pochodzenia* (ukazuje się w druku).

W dyskusji zapytuje F e j g i n, czy robiono hodowlę ropy z drugiego ropnia.

G o l d s t e i n odpowiada, że posiewu nie robiono.

2) M. F e j g i n. *Przypadek nadciśnienia złośliwego (hypertensio maligna) w okresie niedomogi nerek* (ukazuje się w druku).

W dyskusji L. E n d e l m a n zaznacza, że rozdział *retinitis albuminurica i retinitis nephritica* należy poddać rewizji. *Retinitis nephritica*, ani tembardziej *albuminurica* nie są właściwymi nazwami. Sprawy siatkówkowe przebiegają równolegle do nadciśnienia dlatego właściwszą byłaby nazwa *retinitis hypertonica*; niema zmian siatkówki bez nadciśnienia. Figury gwiaździste siatkówki bywają nie tylko w chorobach nerek, lecz i w zastoinie mózgu. Na dnie oka należy szukać naczyń, a nie białych plam; na stan naczyń należy zwracać główną uwagę. Okulista jest tutaj w roli anatomopatologa. G u i s t uważa, że na podstawie badania dna oka można wydać sąd o pochodzeniu nadciśnienia. Jeżeli badanie dna oka nie rozstrzyga już o rozpoznaniu, to w każdym razie decyduje o rokowaniu. Zmiany na dnie oka są *signum mali ominis*. Uważa, iż badanie dna oka posiada tak doniosłe znaczenie dla rozpoznania i rokowania w chorobach nerek i naczyń, że nauczyć się go powinien każdy internista.

K n a s t e r przypomina, że S c h l a y e r podzielił hipertoniów na złośliwych i niezłośliwych. Przypadek pokazywany należy do złośliwych ze względu na azocię, bardzo wysokie ciśnienie i zmiany dna ocznego. Najbardziej charakterystyczne są tutaj uporczywe bóle głowy. Dno oka w *nephrosclerosis benigna* jest inne, niż w *n. maligna*: częstsze są tam wylewy krwawe.

K a r b o w s k i zwraca uwagę, że często występują zmiany zanikowe nerwu słuchowego wcześniej, niż zmiany w nerkach.

W odpowiedzi stwierdza F e j g i n, że dla zmian ocznych w nadciśnieniu najodpowiedniejszą byłaby nazwa *retinopathia hypertensiva*, gdyż zmiany te nie mają nic wspólnego z zapaleniem.

B) O d c z y t:

J. M e r e n l e n d e r. *Czy istnieje antagonizm między kiłą skóry a kiłą ośrodkowego układu nerwowego (metakila)* (ukazuje się w druku).

W dyskusji stwierdza Z. B y c h o w s k i, że istnieje antagonizm między kiłą skóry a metakiłą; jako przykład przytacza stosunki w Turcji przedwojennej, Abisynji, gdzie bardzo często spotyka się kiłę skóry, do nadzwyczaj rzadkich spraw natomiast należy wiar rdzenia i porażenie postępujące. W krajach cywilizowanych natomiast bardzo rzadka jest kiła skóry, zaś częste schorzenia metakilkowe. Cytuje analogiczne przypadki w Warszawie. W sprawach tych oprócz krętka odgrywa rolę konstytucja. Być może, pod wpływem leczenia forsownego następuje przebudzenie się uspijonych krętków.

G. B y c h o w s k i zapytuje, czy istnieje antagonizm między obrazem klinicznym kiły a metakiłą. Szkoła heidelberska wiąże rzadkie występowanie metakiły z burzliwym przebiegiem kiły, częstotliwość metakiły zaś z forsownym leczeniem salwarsanem, który zmniejsza odporność ustroju i oporność bariery krwionośnej. Najwięcej zwolenników posiada z tego powodu dzisiaj t. zw. leczenie niedostateczne.

L. E n d e l m a n zaznacza, że kiła może w pewnych przypadkach atakować z predylekcją pewne odcinki, oszczędzając inne. *Tabes dorsalis (ocularis)* atakuje tylko górny odcinek układu nerwowego, oszczędzając dolny. *Keratitis parenchymatosa* jest schorzeniem metakiłowym; cytuję przypadek, w którym u dziecka luetyka wystąpiła ona w 14 r. życia pomimo forsownego leczenia.

K a r b o w s k i zapytuje, czy w kilakach u chorych z wiałem i porażeniem postępującym wykryto krętki. Czy istnieje różnica między kiłą późną a metakiłą? Dlaczego czasem u dzieci luetyków występują dopiero w 20 r. życia zmiany kiłowe w pojedynczych narządach.

F r y d m a n zapytuje, od czego zależeć może antagonizm między kiłą skóry a metakiłą. Czy wenerolodzy powinni się starać wzbudzić odporność skóry, aby zapobiec metakiłom, czy też należy postępować odwrotnie?

W odpowiedzi M e r e n l e n d e r stwierdza, że jest przeciwnikiem teorii o antagonizmie między kiłą skóry a metakiłą. Kiła wczesna nie zapobiega metakiłom. Ciężkie i obfite zmiany drugorzędowe nie zapobiegają wystąpieniu metakiły. Z tego samego źródła zakażenia pochodzą rozmaite postacie kiły. W mózgu porażeniów stwierdzano prosowkowe kilaki. Niezależnie od tego, jak było prowadzone leczenie można dostać metakiły lub też nie. Spostrzegam 3 przypadki *keratitis parenchymatosa*: 2 odpowiadały dobrze na leczenie, trzeci — źle. *Keratitis parenchymatosa* stanowi drugorzędowe zmiany kiłowe, a nie metakiłę. Neurolodzy nie czynią wielkich różnic między wiałem górnym a dolnym. W kilakach trudno stwierdzić obecność krętków. Na pytanie, dlaczego zmiany występują dopiero w 20 r. życia, trudno odpowiedzieć. Sprawy skórne przebyte są dla późniejszej metakiły bez znaczenia.

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

156 posiedzenie kliniczne z dnia 11.X. 1932.

Przewodniczył K n a s t e r.

A) Odczytanie protokołu poprzedniego posiedzenia.

B) P o k a z.

L. E n d e l m a n, Z. B y c h o w s k i. *Przypadek wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego niewiadomego pochodzenia (meningitis serosa?)*.

Chora L. N. lat 26, zwracała się przed dwoma laty do jednego z nas z powodu osłabienia wzroku przy pracy. Stwierdzono wtedy: w oku prawym nieznaczna nieborność nadwzroczna (0,75 D), ostrość wzroku ze szkłem 5/6; oko lewe — znaczny (45 st.) zez zbieżny, niedowidzenie wrodzone (liczy palce w odległości 2 mtr. odśrodkowo). Żadnych zmian w dnie ocznym wtedy nie stwierdzono. W czerwcu r. b. zjawiała się po raz drugi, skarżąc się na napadowe zamglenia wzroku; od paru miesięcy wystąpiły również b. silne bóle głowy, nudności; niekiedy bólom głowy towarzyszą wymioty. Pozatem jest zdrowa, nie gorączkuje. Badanie dna ocznego wykrywa w obu oczach wybitną tarczę zastoinową: tarcze wyniesione ponad poziom siatkówki na 5 D., mają kształt grzyba, granice całkowicie zatarłe, żyły umiarkowanie poszerzone, tętnice niezmiennione; w oku lewym nad tarczą nieznacznych rozmiarów krwotok w siatkówce. Ostrość wzroku niezmienniona: oko prawe — 5/6, oko lewe palce na 2 matr. Stan ten trwał bez zmiany do końca sierpnia, kiedy przy trwających zmianach w dnie, pierwszy raz stwierdzono zmniejszenie siły wzroku w prawym oku, która wynosiła już tylko 5/10, badanie zaś pola widzenia, które dawniej nie wykazywało żadnych ubytków, wykazało wydętą zniżkę dośrodkową i znaczne powiększenie plamki żółtej. Chorą podano serji nasświetlań promieniami Rg., po których dnia 8.IX. b. r. wystąpiła wyraźna poprawa w stanie ogólnym chorej (ból głowy znacznie mniejszy; nudności, wymiotów nie było) i w stanie wzroku (siła wzroku znów prawie 5/6), aczkolwiek zmiany w dnie ocznym nie cofnęły się w najmniejszym stopniu. Obecnie chora czuje się znów znacznie gorzej: ból głowy przesładowa ją codziennie, miewa nudności, niekiedy i wymioty. Badanie oczu przed paroma dniami: tarcze wciąż dodatnie, wyniesione (oko prawe 4 D., oko lewe 5 D.), tarcze nabierają barwy szarawej, utkanie tarcz pokryte siateczką drobnokształtną, nowo wytworzonych naczyń krwionośnych. Ostrość wzroku słabnie: oko prawe — niepewnie 5/12, oko lewe — palce ręki na

1 mtr. Chorej niewątpliwie grozi w najbliższym czasie zupełna utrata wzroku skutkiem stale trwającego wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego, na co wskazuje trwające nieprzerwanie od 4 miesięcy wygórowanie brodawek nerwu wzrokowego i rozpoczynające się już zmiany wsteczne w jej utkaniu. Konieczność dokonania zabiegu dekompresyjnego staje się nakazem chwili.

W dyskusji J a b ł o ņ s k i zapytuje, dlaczego nie zrobiono odczynu W a s s e r m a n n a.

K a r b o w s k i zapytuje, czy badano jamy oboczne nosa; zna 2 przypadki, gdzie rozpoznano *meningitis serosa* — okazało się, że powodem schorzenia była ropa w jamach obocznych nosa.

H i g i e r uważa, że brak ścisłych czynników etiologicznych (uraz, wstrząs psychiczny, insolacja, infekcja poprzedzająca, alkoholizm) nie zachęca do rozpoznania *meningitis serosa*, natomiast przebieg z częstymi zwolnieniami nie zgadza się z obecnością guza, tembardziej, że poza objawami ogólnouciśkowymi niema objawów ogniskowych ani w wywiadach i przebiegu choroby, ani w radiogramie czaszki chorego. Punkcji leżwiowej nie dokonano słusznie, tembardziej, że chemizm płynu łąkowego ułatwia rozpoznanie różniczkowe między guzem a wodogłowiem, odczyn W a s s e r m a n n a jednak jest niezbędny. Długotrwałość choroby nie wyłącza *meningitis serosa*; sam opisał przed laty szereg przypadków *meningitis serosa chronica*, zupełnie wyleczonych, a w kilku wielokrotnie nawrotowych pod tytułem „*pseudotumor cerebri recidivans*” i obecnie ma w obserwacji młodą kobietę, która na oddziale neurologicznym po dłuższej obserwacji była ostatecznie zakwalifikowana do interwencji chirurgicznej, a w 2 miesiące później przy obojętnej terapii znikły wszystkie przed — i podmiotowe objawy, i chora wyzdrowiała zupełnie.

E n d e l m a n w odpowiedzi zaznacza, że W a s s e r m a n n a nie zrobiono ze względów technicznych, obraz kliniczny zresztą nie odpowiada przymiotowi. Podkreśla, że wobec tak znacznej tarczy zastoinowej należy chorą bezwzględnie operować, w przeciwnym razie ślepotą jest nieunikniona.

Z. B y c h o w s k i utrzymuje, że w danym przypadku rozpoznanie *meningitis serosa* nie jest pewne; okresy wolne od bólów i dolegliwości przemawiają przeciwko guzowi mózgu.

C) O d c z y t:

G. L e w i n. *Ciąża a gruźlica*. (Drukuje się obecnie w „Warsz. Czas. Lek.”).

W dyskusji R a s z k e s uważa, że każdy przypadek należy indywidualnie traktować; przeważnie ciąża nie powoduje pogorszenia sprawy gruźliczej; jednak ma żądanie matki należy ciążę przerwać.

E n d e l m a n porusza sprawę wpływu ciąży na gruźlicze schorzenia oka; w wielu przypadkach wpływ ciąży okazał się raczej dobroczynny, natomiast w okresie pokwitania i przekwitania sprawy gruźlicze oka zjawiają się lub pogarszają.

K a r b o w s k i cytuję przypadek gruźlicy krtni; w parę lat po porodzie stwierdził wyleczenie sprawy gruźliczej.

K n a s t e r uważa, że statystyki dla danego zagadnienia nie są miarodajne, gdyż pochodzą z rozmaitych krajów; kładzie nacisk na warunki rasowe, klimatyczne i ekonomiczne; naogół sądzi, że czynna gruźlica jest bezwzględnie wskazaniem do przerwania ciąży; zwłaszcza powtórne zjawienie się ciąży prowadzi do powikłań krtniowych i jelitowych.

J a b ł o ņ s k i wyraża wątpliwość, czy ciąża dobroczynnie wpływa na jakąkolwiek postać gruźlicy; nie należy odmawiać przerwania ciąży gruźliczej, aby się nie dostała w ręce niepowołane.

S z e n k i e r zwraca uwagę, że pomimo zaburzeń w krążeniu krwi w nerkach u ciężarnych nie spotyka się tu gruźlicę nerek częściej, niż u innych kobiet; ciąża nie wpływa ujemnie na gruźlicę nerek; raczej należy usunąć gruźliczą nerkę, niż przerwać ciążę.

J u s t m a n zwraca uwagę na głębokie zmiany biochemiczne w ustroju zachodzące podczas ciąży, co różnie wpływać może na odporność.

L e w i n w odpowiedzi zaznacza, że wybierał statystyki klinicystów godnych zaufania; sprawa konstytucji i warunki ekonomiczne mają ważne znaczenie dla indywidualnego traktowania ciężarnych gruźliczek.

Sekretarz: Jakób P e n s o n.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Berlińskiego Towarzystwa Pediatrycznego z dnia 25 lipca 1932 r. (Klin. Wschr. Nr. 49. 1932) mówił E. S c h i f f o leczeniu *djetetycznym* nerzycy lipidowej.

Leczenie powinno wychodzić z tego założenia, że za bardzo silny brak oporności, który należy zwalczać przede wszystkim, ponoszą winę nie obrzęki, lecz czynniki, wywołujące gotowość obrzękową. Jeżeli usunąć gotowość obrzękową, to z poprawą sił opornościowych umożliwia się samowyleczenie. W nerczycy lipoidowej ponosi ustrój znaczne straty lipoidowe. Wynika z tego konieczność bogatego dowozu lipidów, szczególnie w postaci żółtka jaj celem podniesienia oporności. W odwadnianiu środki moczopędne szeregu purynowego są bezskuteczne, tak samo dnie cukrowe. Preparaty rțciowe są zbyt niebezpieczne, jeżeli nie można z zupełną pewnością wyłaczyć (co często bywa trudne) współdziału kłębuszków. Niepewne jest działanie gruczołu tarczowego i soli, działających zakwaszająco. Skuteczny jest natomiast mocznik, jeżeli choroby po nim nie wymiotują. Najlepsze usługi okazuje dieta surowkowa owocowo-roślinna. Jeżeli doprowadzi ona do zwiększenia się diurezy, podaje się żółtka jaj we wzrastającej ilości (do 5 gr. dziennie z sokiem owocowym i cukrem), mięso (duża ilość białka celem uzupełnienia utraconych ilości białka), wątrobę, beżsolne jarzyny, beżsolne pieczywo i masło. Daleko idące ograniczenia wody są zbędne, gdyż zwalcza się nie obrzęki, lecz gotowość obrzękową. Żółtka należy natomiast możliwie ograniczyć z powodu skłonności do zatrzymywania jej w nerczycy lipoidowej. Skoro znikną obrzęki, dzieci powinny wstać i przebywać na świeżem powietrzu. Ważne jest odszukiwanie zakażeń i ich leczenie. 9 ciężkich, a nawet bardzo ciężkich przypadków udało się autorowi w ten sposób wyleczyć w ciągu kilku miesięcy. Szczególnie uderzający w porównaniu z dotychczasowymi wynikami był dobry stan ogólny po wypłukaniu obrzęków, a zwłaszcza jedność tkanek. W obfitym dowozie lipidów widzi prelegent główny czynnik wyników leczniczych. W żółtku jaja cenna jest karotyna, którą należy uważać za prowitaminę czynnika A. Rokowanie zależy od wtórnych zakażeń i czynności nerek. W przypadkach czysto nabłonkowego schorzenia jest najzupełniej możliwe dzięki wybitnym zdolnościom regeneracyjnym nerkowych komórek kanalikowych zupełne wyleczenie.

Na posiedzeniu Berlińskiego Towarzystwa Lekarskiego z dnia 6 lipca 1932 r. (Klin. Wsch. Nr. 49. 1932) mówił K a l k o znaczeniu laparoskopji dla rozpoznawania schorzeń jamy brzusznej. Prelegent zmodyfikował laparoskop J a k o b a e u s a, tak, że przyrząd jego ułatwia przenikanie przez ścianę brzusznej i poprawia możliwości orientowania się w jamie brzusznej. Rozbudował on metodę w ten sposób, że zastosowanie jej również u chorych bez wodobrzusza możliwe jest bez większych trudności. Zabieg przeprowadza się w znieczuleniu miejscowem w warunkach zupełnej aseptyki. Najbardziej cenna jest laparoskopja w rozpoznawaniu chorób wątroby oraz

schorzeń otrzewny. Właśnie w schorzeniach wątroby, które przedstawiają bardzo często znaczne trudności rozpoznawcze, metoda ta często szybko i jednoznacznie wyjaśnia sytuację. Prelegent omawia również możliwości rozpoznawcze w chorobach woreczka żółciowego, żołądka, śledziony, kiszek grubych i cienkich, znaczenie dla rozpoznania guzów w zakresie jamy brzusznej. Metoda ta nadaje się także do wyjaśnienia zagadnień naukowych (np. czynności ruchowej i ukrwienia narządów jamy brzusznej i wpływów farmakologicznych). Metoda ta przy dostatecznej wprawie jest zupełnie bezbolesna i wolna od niebezpieczeństw. Laparoskopję należy zastosować dopiero wtedy, gdy wszystkie inne metody badania kliniczne i rentgenologiczne nie doprowadzą do wyjaśnienia sytuacji. Przypadki z wodobrzuszem są netylko najłatwiejsze pod względem technicznym, lecz i najbardziej obiecujące pod względem rozpoznawczym. Przeciwwskazanie stanowią ostre procesy zapalne w jamie brzusznej i niewyrównanie krążenia bez wodobrzusza. Zrosty w jamie brzusznej bardzo znacznie utrudniają przeprowadzenie zabiegu. Laparoskopja może w wielu przypadkach zastąpić próbnę otwarcie jamy brzusznej.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Lipsku z dnia 21 czerwca 1932 r. (Klin. Wsch. Nr. 49. 1932) referował B u e t h n e r sprawę *technicznie dających się zastosować modyfikacji odczynu Aschheim-Zondeka*. Po opisie metody oryginalnej opisał krótko prelegent następujące modyfikacje: metodę eterową, odczyn pęcherzyków nasiennych, metodę eterowo-cukrową, stężoną alkoholową metodę, przyspieszenie oryginalnej metody za pomocą naświetlania przedmiotów kontrolnych czerwonym światłem. Dokładnie omawia prelegent metodę króliczą. Najważniejsze są, zdaje się, zwierzęta na początku okresu dojrzewania płciowego. Wśródryłne zastrzyknięcie 10 cm.³ rannego moczu wystarcza. Jajniki ogląda się gołym okiem u uśpionego zwierzęcia po upływie 24 do 48 godzin, można wtedy postawić rozpoznanie. Najkrótszy spostrzegany czas od zastrzyknięcia do odczytania wynosił 12 godzin. Prawie zawsze wystarcza wyczekiwanie 24-godzinne, jednakże nie we wszystkich przypadkach. Koszty odczynu można znacznie zmniejszyć przez kilkakrotne użycie zwierząt. Zdolności odczynowe jajników niecierpią wskutek tego, jeżeli tylko zwierzęta pozostają zdrowe i nie tracą znacznie na wadze. Kryterjum dodatniego odczynu stanowi u młodocianego zwierzęcia krwawienie pęcherzykowe, u użyciego po raz pierwszy i zdrowego dojrzałego królika — jajeczkiowanie. Wyniki metody króliczej są prawie takie same, jak metody oryginalnej, która nigdy nie straci na wartości. W nagłych przypadkach można i należy używać królika, nic też nie stoi na drodze bardziej rozległemu zastosowaniu tego zwierzęcia jako przedmiotu kontrolnego.

Krytyka lekarska

Tricki konkurencyjne.

W chwili, kiedy zajęty jestem czytaniem pięknej książki prof. Henryka N u s b a u m a p. t. Zarys etyki lekarskiej, książki pełnej myśli podniosłych i wezwań szlachetnych pod adresem przedstawicieli naszego zawodu, w chwili tej, zapewne prawem kontrastu, odżywają mi w pamięci liczne, niestety, przykłady takiego sponiewierania przez nich wszelkich postulatów etycznych, że nie mogę powstrzymać się od bezimiennego choćby ich napiętnowania.

Poruszała już kiedyś na łamach naszego pisma sprawę „zaśmieciania” życia lekarskiego koleżanka Z a n d o w a, poruszał sprawę „tandety” lekarskiej kol. Józef H a n d e l s m a n, mówiono już i pisano o różnorodnych wyczynach koleżeńskich niejednokrotnie, a pomimo to nie przestaje nas prześladować *status quo ante*, a nawet *status pejor*. Bo dawne, stare, zwietrzałe sposoby zostały wzbogacone nowemi, łączącemi dobry pomysł z urokiem świeżości. Faktorzy, stręczący chorych — to stara sztuczka, ale faktor, przychodzący do lekarza w charakterze pacjenta i namawiający w pocze-

kalni jednego lub drugiego chorego, aby z nim udał się do innego, lepszego lekarza — to już jest udoskonalenie starego sposobu. Ogłaszanie żyjącego lekarza, jako zmarłego, z wyrazami współczucia i pochwałami, że był to dobry doktor, ale cóż, kiedy Bóg go zabrał, to trzeba udać się do innego — to znowu pomysł dobry. I oto mniemany nieboszczyk słyszy, jak w przedpokoju służąca przekonywa pacjentkę, że pan doktor żyje. Po chwili do gabinetu wchodzi chora i oświadcza doktorowi, że już dawno się do niego wybierała, ale powiedziano jej, że pan doktor umarł. „A któż to pani powiedział?” pyta doktor. „Kupcy” brzmi odpowiedź. „Kupcy” — to znaczy faktorzy konkurenta. Chwalenie lekarza, jako dobrego znawcy chorób dorosłych, gdy idzie o poradę dla dziecka, i pochwały dla tegoż, jako doskonałego pedjaty, jeżeli pacjentem jest osobnik dorosły — to znowu droga, wytknięta przez faktora do opłacającego go lekarza.

Zresztą, faktorstwo niezawsze bywa płatne. Natury wybredniejsze posługują się dla reklamy osobami życzliwemi, bliskimi, najczęściej kuzynkami lub własnemi żonami, jako że niewiasty naj-

lepiej do tego rodzaju usług się nadają. Słyszysz się nieraz w tramwaju lub w wagonie kolejowym na cały głos prowadzone rozmowy, których treść przeznaczona jest dla ogółu pasażerów, o cudach, będących dziełem takiego a takiego lekarza, o ministrach, ambasadorach i innych dygnitarzach, zawdzięczających mu życie, o przypadkach nieszczeniwości, które jednak byłyby uratowane, gdyby w porę do owego cudotwórcy się zwrócono; niestety, wezwano go zbyt późno i t. d.

Często dla wykazania swojej wielkości, a niższości kolegi stosuje się delikatny gest w postaci kręcenia głową lub wzruszenia ramionami; innym razem lekkie westchnienie albo niewinne mruknięcie podczas badania chorego, leczonego przedtem przez kogoś innego, należy również do arsenału środków zdolnego reklamisty. Czasem młody lekarz, zapytany o opinię o koledze, młodszym od niego o rok lub dwa, odpowiada: „Nooo, taak, orjentuje się”. Znaczący to: „daleko mu do mnie, ale jednak cośniedługo rozumie”. Wezwany po innym, znanym lekarzu starszym, rzuca niby od niechcenia: „Cięcie jest trochę krzywo poprowadzone”. — Dowiedziawszy się od matki chorego dziecka, że, wbrew jego opinii, inny lekarz uważa operację za zbędną, a w każdym razie za przedwczesną, oświadcza, że decydować o potrzebie operacji może tylko lekarz szpitalny. Można i należy mieć swoje zdanie, ale nie wolno degradować w oczach publiczności kolegi, jako nie mającego dostatecznego doświadczenia. Mniejsza o to, że w danym razie ów zdegradowany był także lekarzem szpitalnym, mniejsza o to, że dziecko w kilka dni po wydanym wyroku śmierci, jeżeli operacja nie będzie dokonana, wyzdrowiało bez operacji, mniejsza o to wszystko — ale taki sposób reklamowania swojej osoby wobec ludzi nieświadomych i mało krytycznych świadczy o bardzo niskim poziomie etycznym autora tego nowego tricku konkurencyjnego.

Za głęboko już tkwić zaczynamy w ohydzie handlarskiej, i czas doprawdy zastanowić się nad drogami, prowadzącymi do położenia tamy bezwstydnemu geszefciarstwu. Prof. N u s b a u m w cytowanej na wstępie tego artykułu książce pisze: „Odpowiednie instytucje i stowarzyszenia w imię godności stanu lekarskiego, w obronie bytu materialnego tych, którzy dostojnym spełnianiem zawodu swojego bytu tego bronią, powinny lekarzy, którzy poniżają godność zawodu swojego niewłaściwą reklamą, pozbawiać praw członkostwa”. Niestety, rada ta mogłaby znaleźć zastosowanie w nielicznych tylko przypadkach istnienia dowodów, potępiających postępowanie lekarza, np. w postaci d r u k o w a n e j nieprzyzwoitej reklamy.

W innych razach brak będzie tych dowodów „rzeczowych”. Bo, gdyby nawet udało się skonfrontować winnego ze świadkiem, wobec którego dopuścił się nieetycznego czynu, to trudno spodziewać się ze strony tak mało wrażliwego na postulat moralne osobnika, aby miał odwagę przyznać się do winy, raczej ręczyć można, że w żywe oczy świadkowi kłam zada. Dostarczenia dowodów „rzeczowych” ostrożny a wytrawny reklamista zawsze skrzętnie unikać będzie. Gdyby takie dowody istniały, to i w niniejszym artykule, zamiast anonimów, figurowałyby nazwiska, bo godne są one publicznego napiętnowania. Ale dowodów tych brak, a brak ten zawsze będzie sprzymierzeńcem tych, co, zamiast konkurować wiedzą, uczciwym stosunkiem do chorego i troską o godność stanu lekarskiego, wybierają łatwiejszy sposób brutalnego torowania sobie drogi do powodzenia łokciami. Gdy więc ciemne oblicza swoje dalej bezkarnie pod osłoną mroku ukrywać będą, niechże w wierzbach tych przynajmniej konterfekt swój odnajdą.

Z. Srebrny (Warszawa).

O d c i n e k

Głód i apetyt.

Szkic psychologiczno-fizjologiczny

Podał

Stefan KRAMSZTYK (Warszawa).

Głód w swej rozmaitej postaci jest najpotężniejszym czynnikiem utrzymania się przy życiu jednostki; w głodzie przejawia się najsilniej jej instynkt samozachowawczy, podobnie jak w popędzie płciowym dochodzi do głosu troska o zachowanie gatunku. Popęd płciowy ustępuje jednakże co do swej siły uczuciu głodu. Uczucie głodu występuje już wtedy, gdy popęd płciowy jeszcze drzemie, i trwa jeszcze, gdy ostatni dawno już zanikł.

Przejawy uczucia głodu, wpływ jego na działania ludzkie należy obserwować nie na postępowaniu dobrze usytuowanego człowieka kulturalnego, którego we właściwej porze oczekuje dobrze zastawiony stół, lecz na czynach człowieka, który już nazajutrz niema na chleb. Wtedy pęd do zdobywania pokarmu występuje w całej swej brutalności, niekrępowany i niehamowany.

Wojna światowa dawała niejednokrotnie możliwość spostrzegania siły uczucia głodu również i u człowieka kulturalnego, opanowując w takich momentach wszystkie jego myśli i dążenia. Historia może opowiedzieć o niezliczonych buntach głodowych. Prawie wszystkie wojny w przeszłości posiadały również i składnik ekonomiczny, to znaczy, że do powstania ich przyczynił się groźący głód. Pielgrzymki narodów występowały zawsze wtedy, gdy przestrzeń, nadająca się do wyżywienia mas, stawała się zbyt ciasna. Wskutek znakomitego udoskonalenia środków przewozowych oraz metod, umożliwiających zamianę dóbr, nie dochodzi już dzisiaj do pielgrzymek narodów dla braku pożywienia; że jednak są one w razie odpowiednich warunków możliwe — tego dowodzą wypadki w Rosji przy wybuchu powojennej katastrofy głodowej.

Pomimo tę wielką siłę i znaczenie, jakie posiada głód, uczucie to, zarówno jak i związane z nim uczucie łaknienia, dopiero w ostatnich czasach stało przedmiotem subtelnych badań naukowych. Stroną psychologiczną tego zagadnienia za-

jął się specjalnie prof. K a t z w Instytucie psychologicznym w Rostoku, a stronę fizjologiczną badał znany fizjolog wiedeński, prof. D u r i g.

Liczne, przeprowadzone przez prof. K a t z a obserwacje i doświadczenia na zwierzętach są niezmiernie pouczające i pozwalają na wyciągnięcie szeregu wniosków, dotyczących różnych interesujących faktów z zakresu życia ludzkiego.

O wybitnie dynamicznej, wybuchowej naturze uczucia głodu świadczą choćby spostrzeżenia, dokonywane na zwierzętach w ogrodach zoologicznych. Gdy zbliża się godzina, w której podawany bywa im pokarm, zwierzęta wykazują wielki niepokój, biegają w klatce tam i z powrotem. Tak samo rzecz się ma z niemowlętami, gdy zbliża się zwykły czas karmienia; gdy się akt ten opóźnia, małe stworzenia dopominają się o posiłek coraz gwałtowniej.

Każdemu lekarzowi znane jest, jak dalece przewód pokarmowy reagować może na wzruszenia i wstrząsy duchowe. Wpływ różnych uczuć na uczucie głodu daje się również wykazać w spostrzeżeniach, zebranych ze świata zwierzęcego. Tak na przykład, w ciekawy sposób ulega zmianom popęd do jedzenia u kury, wysiadującej jaja. Obok kosza, gdzie siedziała kwoka, umieszczono dużą kupę ziarna i miseczkę z wodą. I oto kwoka w ciągu dwudziestu dni, które upłynęły do chwili wylęgnięcia się piskląt, zużywała przeciętnie tylko 20 gramów pokarmu, to znaczy, tylko piątą część normalnej ilości pożywienia. W ciągu tego czasu kura raz przez całe pięć dni nie opuszczała gniazda; w tym okresie straciła ona 23 proc. swojej wagi. Inna kura siedziała na podłożonych jej fałszywych jajkach niemniej niż cztery miesiące, podczas gdy normalnie czas wylęgania wynosi 20—21 dni.

Psycholog poddał również badaniom doświadczalnym wpływ, jaki wywierać może na siłę uczucia głodu instynkt strachu. W tym celu użyto myszy, która, gdy tylko zabierała się do jedzenia, sama mechanicznie wywoływała silny hałas. Okazało się, że dla ostatecznego przezwyciężenia głodu mysz potrzebowała aż 75 godzin; dopiero wtedy zdecydowała się pomimo hałasu spożyć pokarm. Była ona już bliska śmierci głodowej. W innym doświadczeniu sama obecność świnek morskich tak przerażała kury, że jeszcze po upływie 120 godzin nie odważały się w miejscu obecności tych zwierzątek zbierać ziarno.

Doświadczenia, wykonane na zwierzętach, doprowadziły do wytworzenia teorii o istnieniu dwóch czynników, wpływających na sposób nasycenia głodu. Teoria ta mówi, że to ostatnie uczucie w wysokim stopniu zależy od okoliczności zewnętrznych, a w żadnym razie nie jest tylko wynikiem warunków, tkwiących w ustroju głodującym. Teoria ta jest w stanie wyjaśnić wiele objawów, spostrzeganych u ludzi i dobrze znanych lekarzom.

Jeżeli doprowadzić zwierzę do stanu głodowania i dać mu możliwość nasycenia głodu przez podawanie pokarmu w różnych wielkościach, to okazuje się, że zwierzę pobiera pokarm przede wszystkim z większej masy. Kura, mając do wyboru dwie kupy ziarna rozmaitej wielkości, dziobie zawsze z kupy większej i, biorąc absolutnie, potrafi z tej ostatniej zjeść przeważnie o połowę więcej, aniżeli z kupy mniejszej; obie kupy zawierają

przytem ziarno w nadmiarze. Na szali waży tu, oczywiście, fakt, że podnieta, wychodząca z kupy większej, przewyższa bardzo znacznie podniętą, która pochodzi od kupy mniejszej.

Podobnie dzieje się i z ludźmi o dobrym apetycie; spożywają oni więcej jadła przy obficie zastawionym stole, aniżeli, gdy ten ostatni dźwiga tylko małe ilości jadła. Zasada ta jednakże nie daje się zastosować do ludzi ze złym apetytem lub dotkniętych chorobliwym brakiem łaknienia. Takie osoby mogą właśnie stracić resztę apetytu przy spoglądaniu na pełne półmiski i talerze. W racjonalnie prowadzonych klinikach przestrzegana jest zasada djetetyczna, że pacjentom ze słabym łaknieniem podaje się jedzenie w bardzo małych porcjach, gdyż wtedy większe są szanse, że zjedzą oni więcej.

Również i w stosunku do innych wyników doświadczeń na zwierzętach można wskazać na wysoce pouczające odpowiedniki w ludzkiej psychologii żywienia.

Jeżeli wygłodzoną kurę postawić przed wielką kupą ziarna, to zje ona z niej tyle, ile to jest dla niej możliwe, a w końcu pozostawi pokarm w spokoju. Jeżeli teraz przystawić do niej drugą równie wygłodzoną kurę, która natychmiast zabiera się do jedzenia, to i pierwsza kura, która już w zupełności głód swój nasyciła, zaczyna znowu dziobać ziarno i jest w stanie zjeść połowę poprzednio pochłoniętej ilości.

Doświadczenie to wypada jeszcze bardziej dobitnie, gdy zamiast jednego sprowadza się więcej głodnych zwierząt do pierwszego już najedzonego. Występuje tu w całej swej sile i wyrazistości zależność przyjmowania pokarmu od wpływów socjalnych. Wiadomo powszechnie, że ludziom smakuje zawsze lepiej jedzenie w towarzystwie i w gronie współbiesiadników spożywa się daleko więcej, aniżeli by to miało miejsce w razie samotnego przyjmowania posiłku. Tak dobrze obecnie znany zarówno matkom, jak i lekarzom fakt braku apetytu u dzieci daje się przedewszystkiem stwierdzić u jedynaków, a najlepszym nań środkiem jest dostarczenie dziecku rówieśników, obdarzonych dobrym apetytem.

Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że tem mniej wymaga się od pokarmu smaku i wartości pożywnej, im więcej dokucza głód; można w tym wypadku mówić o prawie obniżania wymagań w miarę wzmagania się uczucia głodu. W razie bardzo dużego braku środków spożywczych zostają zjadane pokarmy, uważane przedtem za nienadające się do przełknięcia. Jest faktem oczywistym, że w czasach głodu stają się jadalnymi rzeczy, których normalnie zupełnie się do jedzenia nie używa. Jeżeli zwykle nie używa się mięsa końskiego, to polega to raczej na tradycyjnej, z pokolenia na pokolenie przekazywanej odrazie, aniżeli na istotnych rozumowych przyczynach. Rzecz ta wypływa zarówno z przesłanek naukowych, jak i z odnośnych spostrzeżeń.

Tradycyjny wstręt do pewnych określonych potraw skierowany jest u różnych ras i ludów do nader rozmaitych rzeczy; co u jednego narodu uchodzi za zakazane, to u innego cieszy się szczególnie upodobaniem i uznaniem i odwrotnie. Badania, przeprowadzone nad temi obyczajami, wy-

kazały, że powstawanie tego tradycyjnego wstrętu oparte jest na wyobrażeniach, związanych z różnymi rodzajami kultu, panującego wśród danego plemienia. Na tem opiera się również i geneza ludożerstwa, które powstało naskutek przypuszczenia człowieka pierwotnego, że przez spożycie mięsa swego wroga może on przejąć jego właściwości duchowe.

Czy głód i apetyt są tylko ilościowo różnymi wyrazami jednego i tego samego uczucia? Czy głód jest tylko szczególnie silnym apetytem? Czy też głód i apetyt są wogóle zasadniczo różnymi wrażeniami? Fizjologia ścisła nie daje na te pytania żadnej wyraźnej odpowiedzi.

Apetyt poprzedza zwykle właściwe uczucie głodu; pod apetytem rozumiemy chęć lub dążenie do spożycia pewnej potrawy. Głód istotny nie pyta o dobro i smak potraw, to też nazywa się on najlepszym kucharzem. Apetyt jest więc uczuciem bardziej wydelikacjonem aniżeli głód, i ogranicza się bardzo często wogóle do pewnej określonej potrawy lub pewnego określonego smaku. Ale jeżeli idzie o prawdziwie naukowe ujmowanie, to tego rodzaju różniczkowanie między głodem a apetytem w medycynie nie da się utrzymać. Lekarzom znane są postaci głodu, skierowanego ku jednemu tylko składnikowi pokarmowemu; bywają wszak przypadki głodu mięsa, głodu węglowodanowego u chorych na cukrzycę lub głodu solnego u żywionych bez soli pacjentów z zapaleniem nerek. Prawie wszystkie ważniejsze składniki pożywienia, których jesteśmy przez czas dłuższy pozbawieni, mogą z czasem spowodować głód swoisty, pożądanie tego właśnie składnika. Przy przymusowym jednostajnym pożywieniu z żywiołową siłą budzi się pożądanie pewnego brakującego a nieodzownego składnika: tak np. było przy końcu wojny światowej, kiedy objawiał się tak wydatnie głód tłuszczowy, czy też pożądanie bezwiedne witaminy w tłuszczu rozpuszczalnej, a jednocześnie ukazały się liczne przypadki choroby, wywołanej brakiem tego dopełniającego czynnika pokarmowego.

Zoologowie rozróżniają zwierzęta co do sposobu żywienia się ich, a więc dzielą je na roślinożerne, mięsożerne, wszystkożerne i t. p. Niektóre owady, na przykład, przystosowane są wyłącznie do żywienia się pewną określoną rośliną; gdy jej zabraknie, to równa się to wyrokowi śmierci na te owady. Obok tego żyją w świecie zwierzęta, obdarzone niezwykle szeroką skalą pokarmów. Do takich, bogato pod tym względem obdarzonych przez naturę istot należy człowiek. Jak w wielu innych dziedzinach, tak i tutaj rozporządza człowiek takim bogactwem możliwości, jak żaden inny przedstawiciel świata zwierzęcego.

Wśród ludzi daje się stwierdzić ogromna różnorodność indywidualna co do ich upodobań smakowych. Zdarzają się osobniki, które z natury skłaniają się więcej do wegetarianizmu i które doskonale obchodzą się bez mięsa, a obok nich istnieją i tacy, którzy tylko z wielką trudnością mogą się wyrzec potraw mięsnych. Wygląda to tak, jakgdyby istniał pewien związek pomiędzy ustrojem, konstytucją cielesną, a charakterem smaku i pędem do pewnego typu pożywienia. Prof. K a t z na podstawie odnośnych badań porównawczych doszedł do wniosku, że pewne typy fizyczne dzieci (pykni-

cy) skłaniają się więcej do pokarmu mięsnego, podczas gdy dzieci szczupłe i wysokie (astenicy) wolą raczej potrawy jarskie.

Zagadnienia, dotyczące apetytu, posiadają nawet znaczenie dla psychologii ludów i socjologii. Tak np. potrawy narodowe są bardzo ważne dla zachowania tradycji szeregu pokoleń. Potomkowie wychodźców zachowują stare zwyczaje w zakresie żywienia nawet wtedy, gdy ztratili już zupełnie język przodków. Przystosowywanie się do nowego sposobu żywienia jest w ogólności nader trudne dla człowieka pierwotnego.

Kwestja przyczyny, wywołującej uczucie głodu i apetytu, posiada za sobą szereg teoryj, starających się ją objaśnić, ale nie jest definitywnie rozwiązana. Jedni dopatrują się powstawania uczucia głodu w samym żołądku, czy to przez tarcie wzajemne fałd błony śluzowej, czy też przez niedostateczne wypełnienie żołądka. Przeciwno tym teoryjom przemawiają fakty, że możliwe jest wyraźne uczucie głodu przy zupełnym braku żołądka lub po usunięciu znacznej jego części. Można też usunąć uczucie głodu drogą hipnozy lub wpływu psychicznego różnego rodzaju oraz przez wprowadzenie pokarmu do odbytnicy lub do krwi. Często przy zupełnie pustym żołądku człowiek nie odczuwa uczucia głodu, zarówno w stanie choroby, jak i zdrowia. Po obudzeniu się rannym apetyt zjawia się nie bezpośrednio zaraz, aczkolwiek od ostatniego posiłku upłynęło 8—12 godzin. Dział tu przyzwyczajenie, które pozwala opóźnić pierwszy posiłek nawet do godzin południowych. Cały szereg przykładów dowodzi, że podniety, idące od nerwów błony śluzowej żołądka, nie mają znaczenia dla wywoływania uczucia głodu; również i żołądek, niewypełniony pokarmem, nie jest sam przez się pobudką do uczucia łaknienia. Chorzy z objawami głodu wilczego przy przepełnionym żołądku mogą odczuwać silny głód; z drugiej zaś strony są chorzy jak np. gruźlicy, u których bardzo małe ilości pokarmów natychmiast usuwają uczucie łaknienia.

Znana jest ogólnie teoria, która łączy uczucie głodu z wydzielaniem się kwasu solnego w żołądku. Klasyczne doświadczenia fizjologa rosyjskiego P a w ł o w a istotnie zdają się potwierdzać tę teorię, gdyż wydzielanie soku żołądkowego u psa idzie równoległe z pożądaniem pokarmu. Jednakże istnieje szereg faktów, które bynajmniej nie potwierdzają teorii oparcia powstawania uczucia głodu na wydzielaniu soku żołądkowego. Są przypadki, gdy niema głodu przy obecności kwasu solnego i odwrotnie. Nauka do dziś dnia nie jest w stanie dać ścisłej odpowiedzi na to, czy głód, czy wydzielanie kwasu solnego jest objawem pierwotnym, czy wydzielanie to jest związane tylko z apetytem, czy też i z głodem.

W powstawaniu uczucia głodu i apetytu mają przedewszystkiem znaczenie czynniki nerwowe, a najważniejszą rolę gra tu nerw błędny; drogą nerwu błędnego przebiegają impulsy ruchowe i wydzielnicze i odruchy warunkowe. Jeżeli pokazać psu kawał mięsa, to zaczyna on obficie wydzielać ślinę, a również i sok żołądkowy; to samo daje się stwierdzić u człowieka z przetoką żołądkową. Jeżeli pies jest przyzwyczajony podczas karmienia mięsem widzieć kolorową szybę, to przy pewnej

wprawie zaczyna on wydzielać sok żołądkowy już przy pokazaniu mu samej tylko szyby bez podawania mu mięsa.

W tenże sposób powstaje u nas uczucie apetytu już przy szeregu wrażeń, które przywykliśmy łączyć z uczuciem zadowolenia przy jedzeniu; należą tu: sposób podawania potraw, dźwięk talerzy, rodzaj nakrycia stołu, zapach poszczególnych dań. Drogą, którą w ten sposób wywoływany odruch przebiega do żołądka, jest zawsze nerw błędny. Wpływ sięga tu tak daleko, że do pewnych określonych potraw wydzielany bywa pewien określony pod względem swego składu i właściwości sok żołądkowy. Ale również i wpływy hamujące dostają się tąż drogą do żołądka; wszystko, co napętnia nas wstrętem i odrazą, powstrzymuje wydzielanie soku i ruchy żołądka. Jak dalece apetyt zależy od wywoływanych jednocześnie wyobrażeń, tego dowodzi szereg faktów i spostrzeżeń.

Podobnie jak z apetytem, ma się rzecz również i z uczuciem sytości; i tu także wielką rolę grają czynniki rozmaitego pochodzenia. W uczuciu sytości znajduje uczucie łaknienia swój kres. Uczucie sytości stoi w ścisłym związku z objętością przyjmowanych pokarmów. Jakkolwiek doświadczenia na zdrowych i chorych dowodzą ważności masy pokarmu dla wywołania uczucia sytości, to jednakże z wypełnieniem żołądka niezawsze idzie w parze nasycenie i dla jego wywołania potrzebne są jeszcze zupełnie swoiste własności pokarmów, które przy niewielkiej objętości już sycą. Właściwości te stale uwzględnia się przy układaniu porządku potraw, powinny one również być brane pod uwagę przez lekarza w jego praktyce djetetycznej. Tak zwana wartość użytkowa pokarmów odgrywa też znaczną rolę, i niepodobna przeto dać szablonowej oceny wartości sycącej pokarmów. Zarówno wartość użytkowa, jak i wartość sycąca może ulegać zmianom i dla jednego i tego samego pokarmu i dla jednego i tego samego człowie-

ka. Podniety są konieczne do wywołania pewnych wrażeń i z tem liczyć się należy przy wszelkiej djetecie.

Sytość następuje, gdy dany rodzaj żywności utracił dla nas wartość użytkową, którą po pewnym czasie znów może odzyskać. Nietylko same potrawy, ale i czynniki zewnętrzne, jak zmiana miejsca pobytu, wpływają w sposób decydujący na wartość nasycającą pewnego pożywienia czy pewnej określonej potrawy. Niewiele jest potraw, które możemy spożywać stale bez szkody dla ich wartości użytkowej i nasycającej; takim pożywieniem jest chleb. Wielkim wahaniem w zależności od indywidualności karmionego i sposobu podawania podlega np. mleko, co niezmiernie ważne jest w djetetyce dziecięcej. Mleko dla jednego i tego samego osobnika posiada nader rozmaitą wartość sycącą w zależności od tego, czy podawane jest w stanie ciepłym, czy zimnym, ugotowanym czy surowym, czy też kwaśnym. Nawet sposób podawania mleka może mieć znaczenie dla jego wartości sycącej: mleko, wypijane łyżeczkami, syci znacznie prędzej, aniżeli pite szklanką.

W racjonalnej djetetyce bardzo jest ważnem nietylko brać pod uwagę wszystkie te czynniki, które pobudzają apetyt, lecz również i te, które odsuwają uczucie sytości do granicy, jakiej wymaga wprowadzenie potrzebnej i pożądanej ilości pokarmu. W innych okolicznościach należy, odwrotnie, starać się o to, aby przez wywołanie uczucia sytości przeszkodzić w odpowiednim czasie przyjmowaniu nadmiernej ilości pokarmu.

Wszystkie powyższe wywody wykazują dobitnie, jak ważnym i często nawet decydującym czynnikiem jest apetyt, gdy chodzi o ułożenie celowego indywidualnego przepisu djetetycznego. Należy głębiej ująć zarówno fizjologicznego, jak i psychologicznego podłoża uczucia głodu i apetytu jest dla lekarza ważnym czynnikiem racjonalnej terapii.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Z Oddziału Statystyki i Higieny Społecznej Państwowej Szkoły Higieny

(Kierownik: Dr. M. Kacprzak).

Rak w Warszawie jako zagadnienie rasy.

(Dokończenie).

Podał

Stanisława ADAMOWICZOWA (Warszawa).

W miejskich szpitalach warszawskich przyjęto w 1925/26 r. razem 58.510 kobiet w wieku powyżej lat 20, w czem 46.166 chrześcijanek i 12.344 żydówek.

W tej liczbie było 1.561 chorych z rozpoznaniem guzów złośliwych, co czyni 2,7%. Odsetek chorych na nowotwory złośliwe był wyższy wśród żydówek, niż wśród chrześcijanek, wynosząc odpowiednio 3,4 i 2,4%. Mniej więcej taki sam stosunek znajdujemy w zachorowaniach na nowotwory niezłośliwe, na które leczono 1.122 chrześcijanki — 2,4% i 486 żydówek — 3,9%.

Podział chorych według rasy, wieku i postaci nowotworów podany jest w tablicy Nr. IV i V.

Z tablic tych wypływa, że wśród chrześcijanek najwyższy odsetek chorych (34,2%) przypadła na raka i inne nowotwory złośliwe organów płciowych kobiecych, drugą z kolei grupę tworzyły nowotwory złośliwe żołądka i wątroby (22,8%), trzecią guzy sutka (13,1%). U żydówek sprawa przedstawia się nieco inaczej: tutaj na plan pierwszy wysuwają się nowotwory żołądka i wątroby (26,1%), drugie miejsce zajmuje rak sutka (21,7%), wreszcie trzecie guzy złośliwe organów płciowych kobiecych (17,7%). Odsetek raków tej ostatniej postaci w statystyce szpitalnej Warszawy jest więc dwukrotnie wyższy u chrześcijanek niż u żydówek.

Ten ogólny stan rzeczy ulega pewnym wahaniom w obrębie poszczególnych grup wieku. U chrześcijanek zachorowania na nowotwory złośliwe organów płciowych dają najwyższy odsetek ogólnej liczby raków w grupie wieku 20—39 i 40—59, odsetek ten spada znacznie w grupie chorych powyżej lat 60-ciu: z 44,2 w pier-

T A B L I C A IV.

Zachorowania na nowotwory złośliwe leczone w szpitalach Warszawskich według wieku, rasy i postaci nowotworu

	20 — 39		40 — 59		60 — 70		Razem	
	Ch.	Ż.	Ch.	Ż.	Ch.	Ż.	Ch.	Ż.
43. Rak i inne now. złośli. jamy ustnej	6	3	9	5	11	2	26	10
44. Rak i in. nowot. złośli. żołąd. i wątroby	31	14	126	64	105	30	262	108
45. Rak i inn. nowot. złośli. otrzew. jelit i odbytnicy	15	7	30	22	22	15	67	44
46. Rak i inne now. złośli. organów płc. kobiecych	107	16	245	44	40	13	392	73
47. Rak i inne now. złośliwe sutka	28	17	99	59	23	14	150	90
48. Rak i inne now. złośliwe skóry	5	2	28	5	16	7	49	14
49. Rak i inne now. złośliwe in. organów i bez określenia organ.	50	20	106	37	45	18	201	75
Razem na nowotwory złośliwe	242	79	643	236	262	99	1147	414
50, 137, 139. Nowotwory niezłośliwe	633	263	414	205	75	18	1122	486
Ogółem	875	342	1057	441	337	117	2269	900

T A B L I C A V.

Zachorowania na nowotwory złośliwe kobiet
1925 — 1296 r.

wg. grup wieku, wyznania w %.

	20—39		40—59		60—100		Razem	
	chrz.	ż.	chrz.	ż.	chrz.	ż.	chrz.	ż.
43. Rak i inne nowotwory złośliwe jamy ustnej.	2,5	3,8	1,4	2,1	4,2	2,0	2,3	2,4
44. Rak i inne nowotwory złośliwe żołądka i wątroby.	12,8	17,7	16,6	27,1	40,1	30,3	22,8	26,1
45. Rak i inne nowotwory złośliwe otrzewnej, jelit i odbytnicy.	6,2	8,9	4,7	9,3	8,4	15,2	5,8	10,6
46. Rak i inne nowotwory złośliwe organów płc. kobiecych.	44,2	20,3	38,1	18,7	15,2	13,1	34,2	17,7
47. Rak i inne nowotwory złośliwe sutka.	11,6	21,5	15,4	25,0	8,8	14,1	13,1	21,7
48. Rak i inne nowotwory złośliwe skóry.	2,0	2,5	4,3	2,1	6,1	7,1	4,3	3,4
49. Rak i inne nowotwory złośliwe innych org. i bez określenia organów.	20,7	25,3	16,5	15,7	17,2	18,2	17,5	18,1
Razem na nowotwory złośliwe	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

wszym przypadku do 15,2 w ostatnim. Natomiast wyraźnie narasta odsetek zachorowań na guzy złośliwe żołądka i wątroby, które łącznie z rakami otrzewny, jelit i odbytnicy dają około 50% ogólnej liczby leczonych chorych (48,9%).

U Żydówek wśród chorych na raka w wieku od 20 — 39 najsilniejsza liczebnie jest grupa cierpiących na raka przewodu pokarmowego (26,6), dalej idą w kolejności zstępującej rak sutka (21,5%), nowotwory złośliwe organów płciowych (20,3). Ten sam kolej-

ny stosunek utrzymuje się i w następnych grupach wieku od 40 — 59 lat i powyżej lat 60-ku, przyczem jednak uwidoczni się i w tej grupie chorych narastanie z wiekiem liczby raków przewodu pokarmowego i spada odsetek schorzeń organów płciowych kobiecych.

Z ogólnej liczby 1604 chorych na nowotwory złośliwe (łącznie z pozostałymi z ubiegłych lat) przebywających w szpitalach warszawskich zmarło w 1925/26 r. 311 — 254 chrześcijanki i 57 żydówek, w czym zaledwie 3 przed upływem 24 godzin po przybyciu do szpitala. Współczynnik śmiertelności był znacznie wyższy wśród chrześcijanek, niż wśród żydówek, wynosząc przeciętnie dla obu lat dla pierwszej grupy chorych 23,6%, dla drugiej 13,1%. Ponieważ liczby te dotyczą krótkiego bardzo okresu czasu, trudno więc na tej podstawie wyprowadzić jakies wnioski, nawet w formie przypuszczenia, że żydówki wcześniej zwracają się o pomoc lekarską, chociaż taka uwaga mogłaby się nasunąć na podstawie przytoczonych liczb i tego, co się widzi w życiu.

Los pozostałych chorych ujęty jest w statystyce szpitalnej w cztery rubryki: wyleczone, wypisane z poprawą, bez poprawy, z pogorszeniem. Liczba uznanych za wyleczone, w omawianym okresie, była dość pokazna, wynosiła bowiem 233 przypadki, co czyni 14,5%. Nasuwa się nawet pytanie czy określenie to nie było stosowane zbyt swobodnie i czy nie tchnie zbytym optymizmem. Nawet przy pomyślnym wyniku zabiegu operacyjnego lub wydatnej poprawie pod działaniem tej lub innej metody leczniczej, trudno mówić o wyleczeniu w przypadkach nowotworów złośliwych, nie mając chorego pod obserwacją przez dłuższy okres czasu.

Odsetek wypisanych z poprawą wynosił przeciętnie 28,4%, wypisanych bez poprawy 35,9%. Wahania

tego odsetka są nieznaczne zarówno w poszczególnych latach, jak i w poszczególnych grupach chorych — pod tym względem niema większych różnic pomiędzy chrześcijankami i żydówkami.

Rozpatrując podział chorych według postaci nowotworów i wyników leczenia, widzimy, że zarówno wśród wyleczonych, jak i wypisanych z poprawą spotykamy najczęściej pomyślny przebieg zabiegów w nowotworach złośliwych skóry, co jest całkiem zrozumiałe ze względu na umiejscowienie schorzenia, dalej w raku sutka, wreszcie w guzach złośliwych organów płciowych kobiecych. Kolejność ta jest jednakowa zarówno wśród chrześcijanek, jak i żydówek.

Dane dotyczące stanu cywilnego chorych na podstawie kart szpitalnych przedstawiają się bardzo ubogo, rubryka ta bardzo często nie jest wcale wypełniana. Ponieważ interesowały nas specjalnie daty co do stanu cywilnego chorych na raka organów płciowych kobiecych wybraliśmy 419 kart wypełnionych dokładnie (376 chrześcijanek i 43 żydówki). Wśród tych chorych chrześcijanek w stanie wolnym było 38 (10,1%), wśród żydówek 5 (11,6%), resztę stanowiły mężatki, wdowy i rozwiedzione. Odsetek mężatek wśród chorych na raka sutka wynosił u chrześcijanek 89,9%, u żydówek 88,4%.

Jak już zaznaczyliśmy na początku, obecne doniesienie jest to jeden z kolejnych przyczynków do sprawy raka z badań prowadzonych w Oddziale Statystyki i Higieny Społecznej Państwowej Szkoły Higieny. Przyczynkę ten nie wnosi nic specjalnie nowego, ale jest dalszym ciągiem żmudnego zbierania własnego materiału, którego nam do-
tąd brak.

Wiadomości bieżące

— XIV Zjazd Lekarzy i Przyrodników w Polskich w Poznaniu.

O d e z w a.

Komitet Organizacyjny XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu czyni usilne starania w tym celu, by Zjazd ten nabrał charakteru Sejm u n a u k o w e g o P o l s k i, gdzie wszystkie gałęzie ścisłej wiedzy i jej zastosowań byłyby reprezentowane.

Rozrastająca się coraz pomyślniej Ojczyzna nasza jako potęga światowa nakłada na polskich uczonych zaszczytny obowiązek zbiorowej, harmonijnej współpracy tak, by w ogólnym wysiłku pracy Nauka polska nie pozostała w tyle.

Takim dniem godowym, dniem przeglądu dorobku naszego za okres ostatnich czterech lat, winien być nasz XIV Zjazd Lekarzy i Przyrodników w Polskich, który odbędzie się w Poznaniu w dniach 12 — 15 września 1933 r.

Protektorat nad Zjazdem raczył najlaskawiej objąć Pan Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej Prof. Dr. Ignacy Mościcki.

My pracownicy na niwie nauk przyrodniczych i lekarskich przyczynimy się do wielkiego dzieła, któreby godnie mogło świadczyć o rozroście Nauki Ojczystej. Niech obcym otworzy na jej perspektywne znaczenie, a nas podnieci do rozwijania jej prospektywnej mocy.

Zgodnie z życzeniem Stałej Delegacji Zjazdów Lekarzy i Przyrodników Polskich zwracamy się z apelem do wszystkich

towarzystw przyrodniczych, lekarskich, farmaceutycznych, weterynaryjnych, rolniczych i leśniczych w kraju, by ich Walne Zebrania, przypadające na rok 1933 odbyły się w ramach Zjazdu w charakterze jego sekcji.

Wszystkie bez wyjątku dziedziny nauk przyrodniczych winny być na Zjeździe reprezentowane.

Niech nie braknie nikogo z pośród pracowników naukowych!

Niech Zjazd nasz będzie prawdziwym Świętem Nauki Polskiej!

K o m i t e t O r g a n i z a c y j n y:

Prof. Dr. Adam Karwowski, Przewodniczący Komitetu, 27 Grudnia 18, tel. 38 - 24. Prof. Dr. Jan Grochmalicki, zast. przewodniczącego, Libelta 14. Prof. Dr. Antoni Jakubski, sekretarz grupy sekcji przyrodniczych, Libelta 13, tel. 58 - 90, zakład 27 - 41. Prof. Dr. Karol Jonscher, sekretarz grupy sekcji lekarskich, Marji Magdaleny 3, tel. 14 - 43. Dr. Władysław Ossowski, skarbnik, Pocztowa 29, tel. 54 - 05. Dr. Józef Jagielski, przew. Komisji informacyjno - mieszkaniowej, Plac Wolności 10, tel. 50 - 20. Dr. Romuald Edward Matuszewski, Przewodn. Komisji naukowo - wystawowej, W. Garbary 40, tel. 14 - 80. Prof. Dr. Alfred Denizot, Przew. Sekcji towarzyskiej, Kolejowa 29, tel. 65 - 23. Dr. Zygmunt Dymiński, Przew. Sekcji towarzyskiej, Al. Marcinkowskiego 11, tel. 34 - 85. Prof. Dr. Paweł Gantkowski, Przew. Sekcji wycieczkowej, Wały Leszczyńskiego 6, tel. 16 - 49. Prof. Dr. Stanisław Pawłowski, Przew. Sekcji wycieczkowej, Asnyka 3, tel. 65 - 12.

S e k c j e i i c h g o s p o d a r z e:

1. Sekcja nauk matematycznych, fizycznych i astro-nomiczno-geodezyjnych: Prof. Dr. Zdzisław Krygowski, Instytut Matematyczny, Zamek, tel. 19 - 84.

2. Sekcja geologii, geografii, mineralogii i paleontologii: Prof. Dr. Stanisław Pawłowski, Zakład Geograficzny, Wjazdowa 3.

3. Sekcja chemii: Prof. Dr. Antoni Gałęcki, Zakład chemii fizycznej, Coll. Minus, tel. 34 - 84.

4. Sekcja biologii, fizjologii, chemii fizjol. i genetyki: Prof. Dr. Leon Zbyszewski, Zakład fizjologii Fredry 10.

5. Sekcja zoologii, anatomii i patologii: Prof. Dr. Antoni Jakubski, Zakład anatomii porównawczej i biologii, ul. Wjazdowa 3, tel. 27 - 41.

6. Sekcja botaniki: Prof. Dr. Adam Wodiczko, Zakład Botaniki Systematycznej, Słowackiego 4/6.

7. Sekcja leśnictwa: Prof. Dr. Julian Rafalski, Zakład inżynierii leśnej, Gołęcińska 11.

8. Sekcja ochrony przyrody: Prof. Dr. Adam Wodiczko, Zakład botaniki system. Słowackiego 4/6.

9. Sekcja entomologii: Prof. Dr. Edward Lubicz - Niezabitowski, Zakład biologii ogólnej, Fredry 10.

10. Sekcja przyrodniczo-dydaktyczna: Prof. Dr. Ludwik Jaxa Bykowski, Sem. Pedagogiczne, Wjazdowa 3.

11. Sekcje nauk rolniczych: Prof. Dr. Józef Sypniewski, Zakład szczegółowej uprawy roślin, Śląska 5.

12. Sekcje nauk weterynaryjnych: Prof. Dr. Stanisław Runge, Zakład Weterynarii rolniczej, Sołacka 3, tel. 51 - 34.

13. Sekcje nauk farmaceutycznych: Prof. Dr. Konstanty Hrynakowski, Zakład chemii farmaceutycznej, Grunwaldzka 14, tel. 73 - 07.

14. Sekcja radiologii: Prof. Karol Mayer, Zakład Radiologii, Coll. Med. Fredry 10, tel. 23 - 38.

15. Sekcja anatomii patologicznej: Prof. Dr. Ludwik Skubiszewski, Zakład anatom. patologicznej, ul. Kozia 9, tel. 20 - 22.

16. Sekcja mikrobiologii: Prof. Dr. Leon Padlewski, Zakład mikrobiologii lekarskiej, Wały Wazów 25, tel. 35 - 51.

17. Sekcja higieny i medycyny społecznej: Prof. Dr. Paweł Gantkowski, Zakład Fredry 10.

18. Sekcja medycyny sądowej: Prof. Dr. Stefan Horoszkiewicz, Zakład Medycyny sądowej, Święckiego 6, tel. 76-07.

19. Sekcja historii i filozofii medycyny: Prof. Dr. Adam Wrzosek, Sem. historii i fil. med. Górna Wilda 89.

20. Sekcja medycyny wewnętrznej, farmakologii i patologii ogólnej: Prof. Dr. Wincenty Jezierski, Klinika terapeut. chorób wewn. Szpital Miejski, Szkolna 10, tel. 31 - 17.

21. Sekcja pedjatrii: Prof. Dr. Karol Jonscher, Klinika chorób dziecięcych, Marji Magdaleny 3, tel. 40 - 29.

22. Sekcja chirurgii i ortopedji: Prof. Dr. Antoni Jurasz, Klinika chirurgiczna Szpitala Przemienienia Pańskiego, Długa 1, tel. 16 - 31.

23. Sekcja ginekologii i położnictwa: Prof. Dr. Bolesław Kowalski, Klinika ginekol. - położn. Polna 17, tel. 64 - 10.

24. Sekcja okulistyki: Prof. Dr. Witold Kapuściński, Klinika oczna, Wały Batorego 2, tel. 13 - 26.

25. Sekcja chorób nerwowych i psychiatrycznych: Prof. Dr. Stefan Borowiecki, Klinika neurologiczno - psychiatryczna, Północna 10, tel. 16 - 82.

26. Sekcja dermatologii: Dr. Zygmunt Bochyński, Plac Wolności 18, tel. 31 - 32.

27. Sekcja otolaryngologii: Prof. Dr. Alfred Laskiewicz, Klinika chorób uszu, nosa i gardła, Fredry 7, tel. 16 - 78.

28. Sekcja stomatologii: Zast. Prof. Józef Jarzab, Klinika stomatologiczna, Fr. Ratajczaka 14, tel. 59 - 96.

29. Sekcja higieny i wychowania fizycznego:

Prof. Dr. Eugenjusz Piasecki, Stadjum Wych. Fiz., Park Wilsona, tel. 66 - 21.

30. Sekcja medycyny wojskowej: Pułk. Dr. Ksawery Maszadro, Szefostwo Sanitarne, Plac Działowy, tel. Centrala Sztabu 43 - 41.

31. Sekcja eugeniki: Pułk. Dr. Leon Drożyński, Plac Wolności 7, tel. 15 - 91.

32. Sekcja balneologii i klimatologii: Prof. Dr. Paweł Gantkowski, Coll. Med. Fredry 10.

33. Sekcja prasy lekarskiej: Prof. Dr. Adam Wrzosek, Zakład antropologii, G. Wilda 89, tel. 76 - 76.

34. Sekcja zawodowo-lekarska: Dr. Roman Konkiewicz, Wierzbicice 37a, tel. 79 - 59.

Wystawa „Przyroda, Zdrowie i Opieka Społeczna”.

Z okazji XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników polskich w Poznaniu odbędzie się we wrześniu 1933 Wystawa przyrodniczo-lekarska pod nazwą „Przyroda, Zdrowie i Opieka Społeczna”. Dzięki zainteresowaniu okazanemu tej inicjatywie przez władze miasta Poznania sprawą powyższą zajął się Zarząd Targów Poznańskich. Istnieje pełna możliwość urządzenia Wystawy na skalę dotąd na zjazdach naszych nie spotykaną. Będzie się ona mieścić w obszernych i celowo adaptowanych pawilonach Targów Poznańskich. W tych warunkach wystawa zrealizuje należycie główne dążenia sfer naukowych.

Przewiduje się 4 działy Wystawy: Naukowy, Opieki Społecznej, Higieny i Sportu oraz Przemysłowy.

Organizację działu naukowego Wystawy, obejmuje bezpośrednio Komitet Organizacyjny Zjazdu.

Do naukowego działu wystawy przyjmuje się następujące eksponaty:

a) literatura naukowa Polski Niepodległej. W dziale tym mogą wziąć udział towarzystwa, zakłady i pracownicy naukowcy przez złożenie dzieł, broszur i wydawnictw, wydanych w wymienionym czasokresie;

b) przyrządy wytworzone w kraju przez zakłady naukowe z wyłączeniem firm przemysłowych, zarówno stosowane w szkolnictwie jak i doświadczalnictwie naukowym;

c) główne obiekty wytwórczości naukowej, jak plany, mapy, karty, tablice, fotografie, mulaże, preparaty;

d) plany, fotografie, modele etc. nowych gmachów i urządzeń zakładów naukowych;

e) ochrona przyrody ze szczególnym uwzględnieniem charakteru regionalnego, a przede wszystkim obejmująca ziemie zachodnie.

Zgłoszenia udziału w dziale naukowym Wystawy z wymienieniem przedmiotów i określeniem przestrzeni przyjmuje Komitet Wystawy do dn. 1 maja 1933 r.

Ubezpieczenie eksponatów należy do wystawcy.

Komitet Wystawy dostarcza jedynie stołów i ścianek stoiskowych.

Stoiska w dziale naukowym Wystawy są bezpłatne.

Rzeczą wystawcy jest złożyć eksponaty w odpowiednich gablotkach i t. p. urządzeniach ochronnych.

Przewodniczącym Komisji naukowo-wystawowej i kierownikiem działu lekarskiego jest Dr. Romuald Edward Matuszewski, ul. W. Garbary 40 tel. 14-80. Sekretarzem Dr. Rakowski W. adj. Przyrodn. ul. Zwierzyniecka Ogród Zoologiczny. Wszelkich innych informacji udziela Biuro Mieści na Targach Poznańskich ul. Marsz. 62 - 06 w godz. biurowych 18 - 15

Wskazówki dla zgłaszających wykłady:

1. Ostateczny termin zgłaszania referatów ustala się na dzień 1 kwietnia 1933 r.

2. Tytuły wszystkich odczytów muszą być podane w języku polskim i francuskim.

3. Zgłaszający temat winni przesłać do dnia 1 lipca 1933 r. na ręce gospodarzy sekcji krótkie streszczenie swego wykładu, nie przekraczające 15 — 20 wierszy druku, które sekcje w miarę możliwości wydadzą drukiem przed Zjazdem i rozeszlą tak, by członkowie sekcji jeszcze przed przybyciem do Poznania mogli się z treścią wykładów zapoznać.

4. Streszczenia te w sekcjach lekarskich muszą być napisane w języku polskim i francuskim, a to ze względu na współudział gości słowiańskich i zagranicznych wogóle.

5. Streszczenia referatów przeznaczone do Pamiętnika z krótkim resumé w języku francuskim, nie mogą przekraczać dwóch stron druku dużej ósemki i winny być oddane sekretarzom sekcji przed wygłoszeniem odczytu.

Zgłoszenia późniejsze nie będą uwzględnione w Pamiętniku.

— II-gi Zjazd Lekarski TOZ'u. Zarząd Główny TOZ'u postanowił zwołać do Warszawy na 25 — 26 lutego 1933 r. II Zjazd Lekarski, który będzie poświęcony ogólnym zagadnieniom naukowym z dziedziny biologii i patologii Żydów oraz specjalnym zagadnieniom pracy zdrowotnej wśród Żydów.

Na Zjeździe czynne będą sekcje do spraw walki z gruźlicą, walki z chorobami zakaźnymi, higieny społecznej i eugeniki, opieki nad matką i dzieckiem, opieki higieniczno-lekarskiej w szkołach, opieki nad dzieckiem w wieku przedszkolnym, zagadnień szpitalnictwa żydowskiego i inn.

Zjazd ten będzie drugi z kolei. Poprzedni Zjazd odbył się w czerwcu 1928 r., i wzięło w nim udział 241 lekarzy i 42 referentów. Prace Zjazdu zostały uwiecznione w 2-ach księgach miątkowych, które uzyskały duże uznanie w fachowej prasie arskiej.

Zgłoszenia referatów na Zjazd przyjmuje do dnia 1-go lutego 1933 r. Centrala TOZ'u (Warszawa, Gęsia 43) oraz Biuro TOZ'u na prowincji.

Wobec tego, że Centrala TOZ'u ma zamiar wydać przed Zjazdem dla uczestników Zjazdu skróty referatów, mających być ogłoszonymi na Zjeździe, lekarze, którzy wyrażą życzenie zgłoszenia referatów na Zjeździe, mają do dnia 15-go lutego 1933 r. przesłać konspekty swych referatów wraz z ich

SPROSTOWANIE.

W N. 48 „W. Cz. L.” na str. 1123, szpalta lewa, wiersz 10 i dalsze, powinno być: Srebrny prostuje, że w przypadku Sonntaga dotyczył przetoki tchawiczo-przelykowej pochodzenia kłowego. Koenni g-

stein ogłosił przypadek przetoki tchawiczo-przelykowej wskutek obcego ciała, które jednocześnie wywołało porażenie nerwu zwrotnego.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

13.XII. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Orzechowski K. Działalność naukowa s. p. J. Babińskiego. 2. Filiński Wł. Działalność naukowa s. p. Chaffarda. 3. Szerszyński Br. Działalność naukowa s. p. F. Lejarsa. 4. Jachimowicz J., Kuligowski Z. i Stępień Br. Pokaz przypadków operowanego guza rdzenia. 5. Fiszhautówna L. i Kamiński W. Dwa przypadki zespołu Babińskiego-Nageota. 6. Wice-Prezes Dr. Sławiński. Wynik konkursu im. G. Piramowicza.

14.XII. Polskie Towarzystwa Psychiatryczne i Warszawskie Koło Lekarzy Szkolnych.

1. Wł. Sterling. Zboczenia umysłowe oraz zboczenia charakteru dziecka w świetle nauki o wydzielaniu wewnętrznym. 2. H. Bogusławski. Pokaz roentgenogramu obcych ciał u młodocianej schizofreniczki. 3. J. Handelsman i P. Krukowski. a) Przypadek psychozy po szkarlatynie u dziecka. b) Przypadek porażenia postępującego dziecięcego (pokaz chorych). 4. G. Bychowski. Analiza przypadku klimaksofobii (obawy przed schodami) u 15 letniego chłopca. 5. K. Mikulski. Z psychopatologii bliźniąt.

14.XII. Polskie Towarzystwo Gastrologiczne.

Pokazy z II kliniki chirurgicznej. Odczyty: 1. Prof. Z. Radliński. Leczenie chirurg. raka odbytnicy. 2. M. Flokstrumpf. Leczenie energią promienistą raka odbytnicy.

15.XII. Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa.

1. Zagajenie Prezesa. 2. Kwadrans wiadomości i komunikatów ze świata. 3. A. Goldman. Sprawozdanie z kursów szpitalnictwa we Frankfurcie w 1932 r. 4. Dyskusja. 5. Wolne wnioski.

17.XII. Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja kliniczna.

Pokazy: J. Luxenburg i M. Fejgin. 2 przypadki marskości zanikowej nerek. Odczyty: 1. L. Justman. Klinika nieżytu przewlekłego żołądka. 2. L. Sellig. Radiologia nieżytu przewlekłego żołądka.

26.XII. Polskie Lekarskie Tow. Radiolog.

1. Mesz N. Ropnie płuc. 2. Elektorowicz A. Rak płuca przebiegający pod postacią ropnia płucnego. 3. Kryński B. Zkazuistyki rozpoznania płucnych u dzieci. 4. Zawadowski W. Doświadczalne potwierdzenie sposobu powstawania cieniów towarzyszących przyżebrowych.

TREŚĆ: G. LEWIN. Cięża a gruźlica. — C. ROZENGARTENÓWNA. Z trudności rozpoznawczych chorób płucnych wieku dziecięcego. (Dok.). — L. KRASUCKA. Konstytucja a gruźlica. (Str. pogl. C. d.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Z. SREBRNY. Tricky konkurencyjne. — ST. KRAMSZTYK. Głód i apetyt. — ST. ADAMOWICZOWA. Rak w Warszawie jako zagadnienie rasy. (Dok.). — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: G. LEWIN. Grossesse et tuberculose. — C. ROZENGARTEN. Au sujet des caractéristiques des maladies pulmonaires de l'âge infantile. (fin.). — L. KRASUCKA. Constitution et tuberculose. (Rev. SREBRNY. Tricks de concurrence — ST. KRAMSZTYK. La faim et l'appétit. — ST. ADAMOWICZ. Le cancer et le problème de race. (fin.).

DIETETICUM
CINE CI' Br' J' N'
nulla contraindicatio!
ARTISAL
GEO
SILA", Warszawa, Marszałkowska 71. Tel. 8-34-49