

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 X

WARSZAWA, 25 MAJA 1933 R.

Nr. 21

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

O chorobie Addisona.

Podał

Maksymilian BIRO (Warszawa).

(Dok. — patrz Nr. 20)

Badania anatomo - patologiczne wykazywały w chorobie Addisona najczęściej ich gruzlicę (według Elsässer'a w 17% pierwotną), nowotwory złośliwe, kilę, rzadziej zanik, niedokształcenie tkanki chromochłonnej, wreszcie rozrost tkanki łącznej po nieokreślonych sprawach zapalnych.

Czemu jedne czynniki częściej, niż inne, wywołują chorobę Addisona, czemu gruzlica nadnerczy powoduje ją w 80% (Thomason), a rak rzadziej, zależy to od specjalnej właściwości gruzlicy. Gruzlica szerzy się w nadnerczu hipoplastycznym i obniża na dużej przestrzeni jego układ chromochłonny; guz złośliwy może po dotknięciu części nadnercza przez swą działalność destrukcyjną uśmiercić pacjenta wcześniej, nim duża część nadnercza zostanie zniekształcona: choroby ginie w razie guza nadnercza, gdy jeszcze poważna część gruczołu pracuje prawidłowo, a zatem niekiedy, nim się choroba Addisona może objawić. Toteż Ball na 183 spostrzeżenia tej choroby tylko w 7 przypadkach wykrył raka nadnerczy. Zakażenie dodatkowe może spotęgować zaburzenia, jakie choroba Addisona sprowadza; również uraz je może powiększyć, a to przez uszkodzenie już chorego nadnercza (rozrost zapalny) lub skłonności do schorzeń na tle jego stanu dysplastycznego (niedokształcenie tkanki chromochłonnej, marskość, zanik i t. d.).

Trudno wyjaśnić, czemu pewne objawy, że wspomnę o barwnikowych, są u rozmaitych osób umiejscowione w innych okolicach ciała. Niekiedy lokalizacja da się objaśnić warunkami zewnętrznymi (wystawianie na światło, tarcie skóry przez odzież i t. d.). Część plam może być porzucana bezładnie prawdopodobnie naskutek warunków specjalnych, narazie nieznanymi. Podczas cięży zabarwienie brunatne zwiększa się około

sutków, i powstaje *linea fusca* na miejscu *lineae albae*; *herpes zoster* występuje w międzyżebrowych odpowiednio do zwojów międzyżebrowych (*ganglia intervertebralia*) lub wzdłuż innych nerwów (*n. trigeminus* i t. d.). Zmiany na skórze, powstające pod wpływem zaburzeń w układzie nerwowym lub gruczołów dokrewnych, może ukazują się na miejscu nerwów, które są dotknięte bezpośrednio lub zaangażowane za pośrednictwem gruczołów o wydzielinie wewnętrznej.

Intermisje w przebiegu choroby Addisona dają, według mnie, do myślenia, czy w nadnerczu nie może zająć kompensacja, zastąpienie części, nieprawidłowo działających, przez pozostałe lub z nich się rozrastające.

Wiążąc chorobę Addisona ze zmianami w nadnerczu, muszę zastrzec, że tylko w 88% przypadków tej choroby (Lewin) znajdujemy owe zmiany, że w 12% nadnercze, badane według dotychczasowych metod, okazuje się nieuszkodzonym, i że w 28% zmienionego nadnercza niema objawów choroby Addisona. Dane te nie mogą zachwiać poglądu o związku między tą chorobą a nadnerczem. Gdy pojmiemy ją szeroko, gdy zaliczymy do niej przypadki nie tylko klasyczne z melanodermją i szeregiem innych charakterystycznych objawów, lecz wykazujące jedynie zaburzenia krążenia, bądź objawy nerwowe oraz wyczerpanie ogólne, odpadnie poważna część z owych 28%. Zresztą, musi być zmieniona duża część nadnercza, by się uwydatniły objawy choroby Addisona. Pomijam, jako do tego działu niewchodzące, obrazy wzmożonego ciśnienia, pewne wylewy krwi do mózgu u ludzi młodych, specjalnie obrazy, przebiegające z białkomoczem (Neusser), zgrubienie naczyń krwionośnych u osób młodych pod wpływem nadprodukcji nadnercza (Kollisko), miażdżycę naczyń krwionośnych u dzieci (u dwuletniego dziecka w przypadku Wiesla). Marskość nerek, przerost serca idyopatyczny mogą powstać na tle zmian w nadnerczu, naczyniowe zaburzenia klimakteryczne niekiedy się ukazują naskutek

zmniejszenia czynności układu chromochłonnego (G l u z i ń s k i) pod wpływem tarczycy, zmienionej przez zaburzenia w jajnikach. A owe 12% spostrzeżeń, wykazujących nieuszkodzone nadnercza, również nie obalają poglądu, że nadnercze jest siedliskiem choroby A d d i s o n a. Tkanka nadnercza może pozostawać nieuszkodzoną lub taką się wydawać, ale, jak już wspomniałem, czynność jej może być upośledzona. Długotrwałe silne zaburzenia czynności nadnercza mogą spowodować zaburzenia poważne. Tem sobie tłumaczę ciężkie zejście w przypadkach, w których autopsja nie wykazała ani w nim, ani w częściach analogicznych, poza niem leżących, żadnych uszkodzeń anatomicznych.

Czynność poszczególnych gruczołów dokrewnych jest często związana z produkcją innych. Każdy prawie z tych gruczołów ma swą czynność specyficzną. W swej wytwórczości nie może on zostać zastąpiony przez inny, lecz jego zaburzenia mogą pociągnąć za sobą zmiany czynności innych gruczołów. Znana jest współzależność wytwórcza tarczycy, trzustki i tkanki chromochłonnej. W każdym zespole, obejmującym cierpienie szeregu gruczołów, przeważają zaburzenia pewnego gruczołu poszczególnego; ta droga, wydaje mi się, występuje taki stan rzeczy, że powstają określone obrazy chorobowe, a nie mozaiki najróżnorodniejszych zaburzeń.

W sprawie choroby A d d i s o n a zaznaczę, że zachodzące w niej zaburzenia w nadnerczu odbijają się na działalności tarczycy (G l u z i ń s k i), trzustki (F. B l u m, M e t z g e r i Z ü l z e r) i gruczołów płciowych (K y r l e). W ten sposób w chorobie A d d i s o n a mamy do czynienia z zaburzeniami szeregu gruczołów, których działalność wiąże się ze sprawami nadnercza.

„Choroba A d d i s o n a jest naogół śmiertelna”, powiada N e u s s e r; długie remisje mogły być niesłusznie brane za wyleczenie. Zresztą może zajść wyleczenie w przypadkach o tle kiłowym; notowano wyzdrowienie u chorego z bąblowcem w nadnerczu, w nieznacznej gruźlicy nadnercza (O e s t r e i c h). W przypadkach na tle ucisku nadnercza przez gruczoły chłonne próbowano arseniku, lecz ten się okazał mocną trucizną w chorobie A d d i s o n a (S e r g e n t i B e r n a r d). Próbowano wreszcie opoterapii. Badania doświadczalne upoważniły do względnego optymizmu. L a n g l o i s pozbawił żabę nadnerczy, zaszczerpił jej pod skórę zdrowe nadnercze i uzyskał „przedłużenie jej życia”. Gdy zaszczerpienie nadnercze zostało zniszczone, i wystąpiły objawy chorobowe, A b e l o u s użył szczepienia ponownego i znów na jakiś czas „zatrzymał życie”. — Podobne doświadczenia innych badaczy (B o i s n e t, S t r e h l i W e i s s) nie dały wyników pożądaných. I sądzono, że sprawa zależy od sposobu stosowania metody. B é c l è r e użył nadnerczy świeżych i w dużej dawce (25,0 dziennie), H a y e r w mniejszej (do 15,0), M a r i e w zupełnie małej (do 2,0). I rezultaty były bardzo zachęcające. B é c l è r e stosował nadnercze, pozbawione kory, a dane doświadczalne wskazywały, że nadnercze działa, jako całość, że ważna jest i kora.

Próbowano leczyć wyłącznie istotą korową, wyciągiem, z niej otrzymanym (R o g o f f i S t e w a r t). Wyciąg ten („interrenalina”) zastrzykiwali zwierzętom dożylnie, a ludziom radzili go łykać w opłatkach keratynowych i uzyskać mieli dobre wyniki w chorobie A d d i s o n a, w jej postaci z pigmentacją, jakoteż w postaciach poronnych. Lekarz amerykański H a r r o w wraz z współpracownikami wykrył w korze nadnercza hormon („cortina”), który, podawany drogą zastrzykiwań, utrzymywał długi czas przy życiu psy, pozbawione nadnerczy. Ten hormon ma u ludzi regulować przemianę barwnikową, rozkład uwłosienia i przemianę materji, zwłaszcza tłuszczową. H a r t m a n n, T h o r n, L o c k i e, G r e e n e i B o w e n mieli uzyskać poprawę przez zastrzykiwanie wyciągu z kory nadnerczy („cortin”): w tych razach wracał apetyt, ustępowały nudności, wymioty, bóle mięśniowe, kurcze, bezsenność, przynębnienie psychiczne, osłabienie i nadmierna pigmentacja. O ileby tą drogą nie podniesiono ciśnienia krwi, trzeba byłoby stosować obok tego istotę rdzeniową nadnercza lub adrenalinę.

Nawet wraz z pomyślnych wyników pozostałaby jeszcze potrzeba przeprowadzenia dokładnej obserwacji wobec długich w tej chorobie remisji. Musielibyśmy się przekonać, czy można leczenie przerywać. Hormony, brane przez nas z zewnątrz, działają w zastępstwie hormonów, jakie organizm przestał wytwarzać całkowicie lub częściowo; organizmowi są jedne z hormonów potrzebne długie lata, inne całe życie. Hormony z nadnercza musiałyby być podawane, analogicznie do insuliny, do końca życia.

S t r e s z c z e n i e.

1. Choroba A d d i s o n a jest w dużym związku z konstytucją organizmu.
2. Na tle słabej konstytucji mogą wywołać tę chorobę drogą uszkodzenia nadnerczy infekcje, intoksykacje i nowotwory.
3. Jedną z najczęstszych spraw, jakie uszkadzają nadnercze i powodują tę chorobę, jest gruźlica; rzadziej w ten sposób działa rak; do powstania choroby A d d i s o n a mogą się przyczynić rozmaite choroby zakaźne, bądź otrucia.
4. Choroba A d d i s o n a zaczyna się przeważnie w wieku dojrzewania płciowego (pacjenci autora mieli zachorować między 15 — 21 rokiem życia).
5. Zdarza się ona głównie wśród mężczyzn (materiał autora był wyłącznie męski).
6. Ogólnie przyjęty pogląd, że do choroby tej jest najbardziej skłonna rasa biała, jest mało uzasadniony.
7. Jednym z wyrazów stanu hipoplastycznego, mającego znaczenie w sprawie powstawania choroby A d d i s o n a, jest wrażliwość skóry; o jej wrażliwości mają świadczyć wysypki w dzieciństwie (świerzbica w 1 obserw. autora).
8. Pigmentacja normalna rzadko ulega zmianie na uwłosionej części głowy (zmieniona w 1 przyp. autora).
9. Zmienione zabarwienie skóry zjawia się przeważnie w określonych jej miejscach, a rozmieszczenie i nateżenie ciemnego zabarwienia jest w zależności od wpływów zewnętrznych (czynni-

ki chemiczne, termiczne, mechaniczne) i zewnętrznych (czynniki naczynioruchowe i inne w związku ze stanem nadnercza).

10. Ściemnieniu ulegają też włosy (spostrz. autora); wbrew ogólnemu mniemaniu ciemnieć mogą paznokcie (1 przyp. autora).

11. Rzadko ciemnieją łącznice oczu (spostrz. autora).

12. Zmianom zabarwienia ulegają błony śluzowe; u niektórych osób w stopniu nawet większym, niż skóra (1 przyp. autora).

13. Mogą istnieć przypadki choroby Addisona z zachowaniem normalnego zabarwienia skóry.

14. Nie można dzielić choroby Addisona na oddzielne postacie, oparte na szybszym lub wolniejszym przebiegu, ani też na istnieniu lub nieobecności specjalnego zabarwienia skóry i śluzówek.

15. Zmieniona pigmentacja może się pojawić w rozmaitych okresach choroby (we wczesnym, średnim, bądź późnym), może ustępować i powracać (spostrz. autora).

16. Choroba Addisona często zaczyna się od astenji (przyp. autora).

17. W najrozmaitszych okresach choroby mogą się ukazać zaburzenia żołądkowo-kiszkowe (w początkowych i późniejszych — spostrzeżenia autora).

18. Nieopisane dotąd w chorobie Addisona bóle mięśni i stawów, niekiedy z wysiękiem, podkreśla autor w 2 swych przypadkach.

19. Zaburzenia psychiczne — apatia, przygnębienie, brak woli, lenistwo, manja religijna — istniały w 1 spostrz. autora.

20. Nieopisane dotąd w niej zaburzenia oddziaływania elektrycznego, zmienione odruchy podnosi autor w 2 swych przypadkach.

21. Wykazuje zaburzenia krążenia (sine i zimne palce — spostrz. autora), słabe, miękkie tętno i zmniejszone ciśnienie krwi (przyp. autora).

22. Zaburzenia płciowe bywają zasadnicze (zakłócone miesiączkowanie, niedołęstwo męskie) lub drugorzędne (uwłosienie o typie kobiecym u mężczyzny w spostrz. autora).

23. Stan krwi zmienia się w miarę postępu choroby (w 1 przyp. autora była oligochromemja, leukocytoza i eozynofilia).

24. Przebieg choroby Addisona bywa przeważnie przewlekły, rzadko ostry. W przebiegu może dojść do czasowego ustąpienia jednego lub kilku objawów, jakoteż do czasowej poprawy stanu ogólnego.

25. Trwanie choroby przeciętne 1 — 3 lat, rzadko kilka miesięcy lub 10 — 13 lat; w spostrzeżeniach autora stan był niezły pomimo trwania kilkoletniego (2 — 10 lat).

26. Tło choroby należy, według autora, rozszerzyć z nadnercza na szereg gruczołów dokrewnych, związanych z niem pod względem czynności (tarczycy, trzustki, gruczoły płciowe).

27. W chorobie Addisona sprawa rozgrywa się w nadnerczu, w jego części rdzeniowej oraz korowej.

28. Części uszkodzone nadnercza mogą być w pewnej mierze zastąpione w swej czynności przez pozostałe, zdrowe.

29. Brak danych anatomicznych w ograniczonej części przypadków choroby Addisona w nadnerczu i poza niem przemawia za możliwością zaburzeń czynnościowych jako tła choroby.

30. Leczenie poza ograniczoną liczbą przypadków, w których walczymy z odpowiednimi cierpieniami nadnercza, przyczyniającymi się do choroby Addisona (kiła, bąblowiec, gruźlica i t. d.), polega na opoteranji z wykorzystaniem działania warstwy rdzeniowej i korowej nadnercza.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) Addison. On the effects of disease of the suprarenal capsules. London 1855 (cyt. Neusser u. Wiesel).
- 2) Ball (cyt. Sergent et Bernard).
- 3) Biedl. Wien. klin. Woch. 1907, S. 615.
- 4) Biro. Przyp. choroby Addisona. Pam. Warsz. Tow. Lek. 1902.
- 5) Biro. Zapalenie wielonerwowe. Neurol. Polska. 1931, Z. 1.
- 6) Biro. Sklerodermja. Medycyna, 1896, Nr. 46—48.
- 7) Biro. Stwardnienie zanikowe boczne. Warsz. Czasop. Lek. 1931, Nr. 25—27.
- 8) P. Blum i J. Bralez. Causes, pathogénie et traitem. du vitiligo. Paris Méd. 1932, Nr. 10, p. 212.
- 9) Brown-Séquard. Recherches experim. sur la physiol. des caps. surrénales. Arch. génér. de Méd. Paris 1856.
- 10) Bruno. Ueber Morbus Addisonii. Münch. med. Woch. 1902, Nr. 4, p. 136.
- 11) Cassan (cyt. Neusser i Wiesel).
- 12) Cybulski. O funkcji nadnercza. Gaz. Lek. 1895, str. 299 i Wien. med. Woch. 1897.
- 13) Diamare. (cyt. Neusser i Wiesel).
- 14) Falta. Die Erkrank. der Blutdrüsen. 1913.
- 15) Gębarski St. 5 przyp. chor. Addisona. Gaz. Lek. 1910.
- 16) Gębarski. 2 przyp. chor. Addisona. 1911.
- 17) Gluźniński. O dział. fizjol. wyciągów z nadnercza. Przegl. Lek. 1895, Nr. 9.
- 18) Gluźniński. Kilka słów w spr. dział. wyciąg. z nadnercza. Gaz. Lek. 1895, Nr. 15.
- 19) Gregor. Izmen. nadpocz. żeliez... Petersburg 1912.
- 20) Hartman, Thorn, Lockie, Greene i Bowen. Journ. of the Amer. med. Assoc. 1932, T. 98, Nr. 10.
- 21) Jaccoud. Diagn., marche, pathogénie de la mal. d'Addison. Union méd. 1888.
- 22) Janowski. Przyp. obustr. ropn. nadnerczy. Gaz. Lek. 1898, Nr. 14.
- 23) Lewin. Ueber Morb. Addis. mit Berücks. der Pigm. der Haut. Charité — Annal. 1885, S. 630.
- 24) Leriche et Jung. Essai du tr. de la sclérod. Bullet et Mém. de la soc. nation. de Chir. 1931, p. 609 — 618.
- 25) Langlois. Compt. rend. de la soc. de biol. 1893, p. 444 — 448.
- 26) Leichtenstern. Ueber Morb. Addis. D. Med. Woch. 1891, Nr. 52.
- 27) Meckel. Die Schilddrüse, Nebennieren... Abhandl. der... Anatomie. Halle, 1806.
- 28) Minervini. Des caps. surrén. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. 1904.
- 29) Neusser u. Wiesel. Die Erkr. der Nebennieren. Nothnagel's Spez. Pathol., 1910.
- 30) Nothnagel. Experim. Unters. über die Addison. Krankh. Ztschr. f. klin. Med. 1879.
- 31) Oestreich. (cyt. Neusser u. Wiesel).
- 32) Oppenheim. Les capsules surrén. Paris 1902.
- 33) Orth. Lehrb. d. pathol. Anat. Bd. II.
- 34) Pawiński. Przyp. chor. Addis. Gaz. Lek. 1888, Nr. 4 i 5.
- 35) Plecnik. Zur Histol. der Nebenniere. Arch. f. Mikrosk. Anat. u. Entwicklungsgesch. 1902.
- 36) Pruszyński. Chor. Addisona bez bronz. zabarw. skóry. Gaz. Lek. 1906.
- 37) Rudzki St. 10 przyp. chor. Addis. Czasop. Lek. 1905, str. 362.
- 38) Raymond. De la pigm. dans la mal. d'Addison. Arch. de Physiol. 1892.
- 39) Rogoff and Stewart. Supreren. cortic. extr. in supraren. insuff. Journ. Amer. Med. Assoc. 1929, t. 92, Nr. 19.
- 40) Sabrazès et Husnot. C. rend. de séances de la soc. de biol. 1906.
- 41) Schmorl. Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. 1891, S. 523.
- 42) Sergent et Bernard. L'insuff. surrén. Paris. Masson.
- 43) Simmonds. Virchow's Arch. 1904, S. 103.
- 44) Stilling. Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. 1887.
- 45) Störk. Beiträge z. norm. Histol. der Nebennierinde. Berl. klin. Woch. 1908, S. 773.
- 46) Strümpell. Lehrb. der spez. Pathol. u. Therap. der inner. Krankh. 1914.
- 47) Szymonowicz. Die Funktion der Nebenniere. Virchow's Arch. 1896.
- 48) Szymo-

nowicz i Cybulski. O funkeji nadnercza. Gaz. Lek. 1895, str. 299. 49) Vollbracht. Ein Fall von Morb. Addis. nach Purpura haemorrh. Wien. klin. Woch. 1899, S. 737. 50) Wiesel. Zur Pathol. des chromaff. Syst. Virchow's Arch. 1904, S. 103. 51)

Wiesel. Der heut. Stand d. Lehre v. der Arterioskler. Wien 1909. 52) Zawadowski. Radjodjagn. ukl. wydziel. wewn. Warsz. Czasop. Lek. 1932, Nr. 33. 53) Znajewska. Brunatne zabarw. skóry a chor. Addis. Lekarz Wojsk. 1930.

Z klinik, szpitali i pracowni

Ze szpitala hutniczego w Szopienicach, G. Śl.

Przypadek wgłobienia jelit w przebiegu ostrego zatrucia ołowiem.

Podał

Dr. med. H. KOŁODZIEJ (Roździeń - Szopienice).

Zachorowania, wchodzące w zakres kilku gałęzi medycyny, wyłaniają często ciekawe zagadnienia na tle mniej lub więcej sprzecznych ze sobą zapatrywań poszczególnych dziedzin co do etjologii i leczenia. Zatrucie ołowiem, czy to ostre, czy przewlekłe, należy ze względu na swe objawy najczęściej do działu medycyny wewnętrznej i neurologii, a w rzadkich tylko przypadkach, jak w niżej podanym, może zainteresować i chirurga.

Robotnica huty ołowiu, która już kilka razy zapadła na kolkę ołowiczą, zostaje przyjęta do szpitala z objawami silnej zapadłości. Podaje, że 10 godzin temu dostała silnych bólów brzucha, które uważała za kolkę i, jak zwykle, chciała pomóc sobie sama przez zażycie oleju rycynowego. Bóle jednak wzmogły się i umiejscowiły w okolicy pępka. Nastąpiły wymioty i parcie na stolec ze śluzowokrwawymi odchodami.

Stano b e c n y: Powłoki blade, stan odżywienia lichy, lekkie zamroczenie przytomności, *facies hippocratica*, język suchy, obłożony. Metaliczny zapach z ust. Typowy koloryt ołowiczy. Obwódka ołowicza. Hemoglobina: 55° według *S a h l i e g o*. Zasadocześnie zabarwione czerwone ciała krwi: 1000 : 1.000.000. Płuca bez zmian. Tętno słabe, przyspieszone (120 na minutę), Temperatura 38,5. Oddech powierzchowny, o typie żebrowym, przyspieszony. Powłoki brzuszne wciągnięte, po bokach wyczuwa się jelita w postaci twardych postronków. Zwraca uwagę lekkie wypuklenie poniżej pępka, które przy opuku wydaje oddźwięk bębnowy. Poza to wydaje się miejsce to bardziej miękkie i wrażliwsze przy ucisku, aniżeli boczne części brzucha. Dalej narzeka pacjentka na stałe parcie na stolec z wydzielaniem krwawego śluzu.

Przy badaniu różniczkowem chodziło mi przede wszystkim o wyłączenie przedziurawienia jakiegoś z narządów jamy brzusznej. Gwałtowny początek zachorowania ze znaczną anemią i silnym wstrząsem przemawiał za pęknięciem ciąży trąbkowej. Wywiad w kierunku ciąży był jednak ujemny. Przeciwno ciąży przemawiają brak rozpułchnienia części rodnych, wzmaganie się dolegliwości, podczas gdy przy pęknięciu ciąży trąbkowej po początkowym gwałtownym bólu następuje rzekoma ulga i później zapasć. Przedziurawienie wrzodu żołądka, względnie dwunastnicy mógłbyśmy wykluczyć ze względu na lokalizację i trwale, wzmagające się bóle. Skręcenie osiowe zgięcia esowatego i zamknięcie krążenia kreskowego przez zator albo zakrzep było nieprawdopodobne z powodu braku odpowiednich znanych objawów ze strony serca i naczyń. Inne ostre zachorowania narządów jamy brzusznej, jak *colitis mucosa — membranacea*, skręcenie torbieli jajnikowej, mało wchodziły w rachubę. W takim razie pozostało początkowe rozpoznanie, a mianowicie: wgłobienie jelit w przebiegu ostrego zatrucia ołowiem. Obwódka, koloryt typowy, ziarnistość erytrocytów, polichromazja, zmniejszenie hemoglobiny, typowa kolka — przemawiały bezwzględnie za ołowicą. Wypuklenie poniżej pępka, krwawe stolce i zapasć, któ-

ra rzadko się zdarza w zatruciu ołowiem, przemawiały za wgłobieniem.

Jak należy tłumaczyć w danym przypadku przebieg wgłobienia? Co jest pierwotne, czy kolka ołowicza, czy wgłobienie? Powstawanie inwaginacji odbywa się, według *N o t h n a g e l a*, w ten sposób, że w toku prawidłowej perystaltyki tworzy się w pewnym miejscu przypadkowo silniejsze pierścieniowate obkurczenie okrężnych mięśni gładkich jelita, które w następstwie przekracza miarę wgłobienia fizjologicznego i jest początkiem patologicznego. Prawdopodobnie powstał u naszej pacjentki w pewnym miejscu toniczny pierścieniowaty skurcz jelita pod wpływem działania ołowiu na okrężne mięśnie gładkie. Gwałtowne ruchy robaczkowe, wywołane przez zażyty olej rącznikowy, spowodowały nasunięcie się jelita ponad obkurczony wspomniany odcinek pierścieniowaty, powodując przez to początek wgłobienia, które zostało powiększone, względnie wzmożone przez trwale, pojedyncze, następujące ruchy robaczkowe. Prawdopodobnie skurcz wskutek zatrucia ołowiem został znów wzmożony i, hamując ruchy robaczkowe, utrzymał w tym stanie odcinki jelit, nasunięte na siebie. Naogół w przypadkach wgłobienia po ustąpieniu, wzgl. złagodzeniu, objawów wstrząsu jest wskazana operacja, gdyż inne sposoby leczenia, jak np. wtłoczenie powietrza do odbytnicy pod kontrolą rentgenowską niedawno polecane przez *P f e i f f e r a*, zwłaszcza u małych dzieci, uważałem w tym przypadku za niepewne, a nawet niebezpieczne. Docent *K a s p a r z* kliniki *H o h e n e g g a* jest zwolennikiem chirurgicznego leczenia nawet przewlekłego nieżytu żołądka i owrzodzeń przyodźwiernikowych na tle ołowicy i wykonywa w tych przypadkach rezekcję żołądka, względnie gastroenterostomię. Nader znamienny jest przez *K a s p a r a* opisany przypadek ciężkiej kolki ołowiczej z objawami niedrożności jelit, w którym laparotomia sama spowodowała natychmiastową poprawę stanu chorego. Nastąpiło prawidłowe wypróżnienie, i także wszystkie inne dolegliwości znikły. Według autora, dodatni wynik operacji był wywołany działaniem układu nerwowego wegetatywnego. Tak samo w naszym przypadku proponowałem operację, jednakże pacjentka sprzeciwiała się. Wobec tego byłem zmuszony do leczenia zachowawczego, chociaż postępowanie takie wydawało mi się bardzo wątpliwe. Stosowano gorące okłady na brzuch, wysokie dawki pantoponu w celu działania rozluźniającego na skurcze jelitowe, aby ewentualnie spowodować cofnięcie się wgłobionego jelita. Poza to podawano kroplówki z cukru gronowego i dożylnie wlewania roztworu soli fizjologicznej z dodatkiem stromantyny, celem zapobiegania niebezpieczeństwu ze strony narządu krążenia.

Zaniechałem zastrzykiwań dożylnych *Natrii thiosulfurici* (0,6 : 20), zwykle w ołowicy skutecznych, aby uniknąć wzmożenia się perystaltyki. W przeciągu dwóch dni rozwinął się obraz typowego zapalenia otrzewny z wysoką ciepłotą, równomiernie wzdętym, na dotyk wrażliwym brzuchem, silnym napięciem powłok brzusznych i wymiotami. Badanie krwi wykazało hiperleukocytozę z przesunięciem obrazu na lewo. Zejście śmiertelne wydawało się już nieuniknione, gdy nagle nastąpił zwrot ku polepszeniu. Uporczywe parcie na moczkę i ucisk na odbytnicę z wypukleniem tylnego sklepienia pochwy przemawiały za ograniczeniem pierwotnie rozlanego zapalenia otrzewny do jamy *D o u g l a s a*. Po nacięciu

sklepienia tylnego i założeniu drenu stan chorej znacznie się poprawił, aczkolwiek temperatury wieczorne, w dalszym ciągu dochodzące do 38° stopni, i obraz krwi, stwierdzony 4 dni później, a nie bardzo odmienny przemawiały za toczącym się nadal procesem zapalnym. Wypuklenie w okolicy pępka było mniej wyczuwalne. Jelita drobne przy płynnej diecie, jak poprzednio. W ciągu następnych dni u chorej nie zaobserwowano żadnych szczególniejszych zmian, oprócz stałych wymiotów. W 24-tym dniu po przyjęciu pacjentka odczuła nagle silny ucisk w odbytnicy. Badanie *per rectum* wykryło twór mniej więcej okrągły i przesuwalny. Za pomocą irygacji wydobyto pętlę jelitową, 20 cm. długą wraz z własną kreską. Po rozłożeniu i obejrzeniu jej stwierdzono typowe cechy jelita cienkiego z ziarnistościami o szarem zabarwieniu, wyraźnie pochodzenia ołowiczego.

Mieliśmy tu więc przypadek rzadkiego samoistnego wyleczenia wgłobienia jelit. Znamienne w tym przypadku jest to, że ołów przyczynił się do powstania wgłobienia a zarazem do jego samowyleczenia. Samowyleczenie wgłobienia zależne jest w szczególności od dwóch czynników, mianowicie od martwicy wgłobionego odcinka z następczym oddzieleniem martwaka i od równoczesnego zrostowo - zapalnego sklejenia się dwóch zewnętrznych błon surowiczych odnośnych odcinków je-

lit. Cylinder wgłobiony wraz ze swoją kreską doznaje poważnych uszkodzeń w zakresie zaopatrujących go naczyń krwionośnych, a to z tego powodu, że wciągnięcie i skręcenie żył krezkowych prowadzi do zastojów żylnego. W naszym przypadku oprócz tego wpłynęło ujemnie niedostateczne ukrwienie tętnicze, spowodowane przez ołowiczy skurcz naczyń. Wczesne i dostateczne powstanie zrostów zapalnych pomiędzy odnośnymi odcinkami surowicówki, zapobiegające przedziurawieniu, należy przypisać działaniu ołowiu, z jednej strony hamującemu perystaltykę, a z drugiej strony sprzyjającemu zapalnemu zlepianiu się błon surowiczych przez skurcz toksyczny mięśni okrężnych jelita.

PISMIENNICTWO.

Nothnagel: Beiträge zur Physiologie und Pathologie des Darmes 1884. Specielle Pathologie und Therapie. Erkrankungen des Darmes 1896. Fritz Kaspar: Bleivergiftungen des Magens — und Darmtraktes und ihre chirurgische Heilung. Wiener Medizinische Wochenschrift, 1929 Nr. 22. Dr. Kazimierz Czyżewski. O tak zwanem — samoistnem wyleczeniu — wgłobienia jelit, Polska Gazeta Lekarska 1932 Nr. 36. Dr. Pfeiffer: Zur Diagnose und Behandlung der Darminvagination. Münchener Medizinische Wochenschrift, 1932 Nr. 41.

Z praktyki prywatnej

Rzadkie powikłanie trzeciego okresu porodowego, powstałe przez zatrzymanie łożyska wskutek zwężenia skurczowego w okolicy ujścia wewnętrznego macicy *).

Podał

Dr. med. Wilhelm SZENWIC (Warszawa).

Po zakończeniu drugiego okresu porodu położnik, uzbrojony w cierpliwość, oczekuje oddzielenia się łożyska. Pacjentka czeka również na to samo i, wrazie przedłużania się tego okresu, zaczyna zdradzać zdenerwowanie.

Jeżeli odejście łożyska nie następuje w ciągu 1 — 4 godzin, wówczas należy je usunąć czynnie, jak mniema większość położników; tylko w razie niedającego się opanować krwotoku przystępujemy do usunięcia łożyska przed upływem tego czasu.

Zbyt długie czekanie wydaje się niektórym klinicytom nieludzkim, bo pacjentka, do połowy rozwiązana, nie znajduje zupełnego wypoczynku fizycznego, ani duchowego, dopóki okres trzeci nie będzie zakończony.

Wielu autorów, obawiając się słusznie infekcji przez wejście ręką do macicy, uważa, że można czekać z ręcznym usunięciem łożyska, dopóki nie będzie ścisłych wskazań do tego zabiegu, jak krwotok lub gorączka. Jeden z tych autorów (Hirst) twierdzi nawet, że łożysko bez szkody dla zdrowia może pozostawać w macicy przez szereg tygodni, a nawet miesięcy.

Jednak ze względu na zanieczyszczanie jamy macicy zarazkami w miarę przedłużania się okresu trzeciego (Schubert) pożądaną jest, aby okres ten nie trwał zbyt długo, tembardziej, że zbyt długie oczekiwanie przez lekarza na samoistne odejście uwięźłego łożyska spowodowało cały szereg niepomysłnych zejść, zakończonych śmiercią pacjentek.

*) Wygłoszone 26.I.1933 r. na posiedz. Warsz. Tow. Ginekol.

Rozumie się, że w zakładzie lub szpitalu, gdzie chora jest pod ścisłą opieką lekarską, można czekać dłużej na odejście łożyska; w prywatnem zaś mieszkaniu lekarz-praktyk będzie wolał obrać sposób postępowania więcej czynny dla zaoszczędzenia sobie czasu, tembardziej, że nauka taki sposób również aprobuje.

Zaburzenia w wydaleniu z macicy oddzielnego już łożyska (*Placenta incarcerata*) powstają z powodu niedostatecznych jej skurczów lub z powodu wytworzenia się trudności przy przejściu łożyska z macicy do pochwy.

Podobne trudności mogą mieć miejsce w przypadkach wadliwej budowy macicy, umiejscowienia się łożyska w uchyłku macicy lub miejscu, odpowiadającemu kątowni jajowodu; uwięźnięcie łożyska może nastąpić także skutkiem przepełnienia pęcherza moczowego, lub też samo łożysko może być zbyt duże.

Najważniejszą przyczyną uwięźnięcia oddzielnego już łożyska jest nieumiejętne obchodzenie się z macicą, czyli, wyrażając się pospolicie, pasterwienie się nad nią.

Z jednej strony mechaniczne urazy macicy mogą wywołać jej niedowład, z drugiej zaś, zbyt nie mięszenie powoduje wytworzenie się pierścieniowatego skurczu w okolicy ujścia wewnętrznego, zwłaszcza, jeśli istnieje do tego skłonność.

W niniejszym artykule chcę się tylko ograniczyć do omówienia sprawy powstawania zwężenia w okolicy pierścienia skurczowego, które utrudnia, a nawet czasem uniemożliwia wydalenie się łożyska, a które, według mego zdania, ma bardzo ważne znaczenie praktyczne dla położnika.

W okolicy pierścienia skurczowego tworzy się nieraz jakby zwężenie ujścia wewnętrznego; przekształcenie macicy, które z tego wynika, nazwano Hourglass - Contraction z powodu kształtu zegara piaskowego, jaki macica wówczas przyjmuje.

Rozpoznajemy ten stan wtedy, gdy chcąc wejść ręką do macicy, stwierdzamy zwężenie w okolicy ujścia wewnętrznego. Spoistość miejsca zwężenia jest twarda, jak kamień, przedostanie się do wnętrza macicy jest niemożliwe nawet dla jednego palca.

Skurcz taki może trwać godziny, dni i tygodnie (Freund i Hitschmann) i uniemożliwia wydostanie się łożyska z macicy, nawet śmierć pacjentki nie usuwa tego skurczu (Hegar, Schultze).

Takie zwężenia zdarzały się dość często dawniej, gdy ordynowano sporysz jeszcze przed odejściem łożyska, pisano wówczas nieraz o skurczowym zwężeniu w okolicy ujścia wewnętrznego. Podobnego stanu obawiano się bardzo i często w celu uniknięcia zamknięcia się macicy starano się o jaknajprędze wymięsienie łożyska, podczas gdy dziś wiemy dobrze, że właśnie pozostawienie macicy w spokoju najlepiej zabezpiecza przed tem powikłaniem.

Taki przypadek skurczowego zwężenia ujścia wewnętrznego poraz pierwszy spostrzegalem przed 7 laty w zakładzie gin-polożniczym Żyd. Tow. Pom. Niezam. Matkom; skurcz wystąpił w omawianym przypadku prawdopodobnie po zbyt energicznym mięsieniu macicy przez położną i ustąpił dopiero po upływie 24 godzin. Łożysko zostało wyciśnięte po uspianiu pacjentki podczas przygotowań do zabiegu operacyjnego sposobem Dührssena.

Leo na ogólną liczbę 329 przypadków ręcznych odklejeń łożyska znalazł 30 razy zwężający pierścień mięśniowy, którego powstanie przypisywał przesadnej gorliwości w postępowaniu podczas okresu trzeciego; makowiec i uspienie zawsze usuwały ten skurcz.

Strassmann znajdował w takich przypadkach ujście wewnętrzne jakby ściągnięte, szyję — jakby sformowaną, ale w uspianiu nigdy nie miał trudności z dostaniem się ręką do macicy.

W sprawie przyczyny wytworzenia się zwężenia skurczowego macicy uważam, że czynnik konstytucyjny, a mianowicie, nadmierne przodozgięcie macicy, na co zwrócił uwagę Freund, stanowi usposobienie do takiego stanu.

Ale to samo nie wystarczy. Musi dojść jeszcze czynnik wyzwalający, a jest nim jedynie błędne postępowanie w okresie trzecim porodu.

Zbytne mięsienie macicy, pociąganie za pępowinę, podawanie sporyszu (Spiegelberg), nałożenie kleszczy podczas drgawek porodowych bez uspiania chorej, lub prysznica pochwy, zastosowany przed odejściem łożyska (Ahlfeld) mogą być przyczyną wzmożonej pobudliwości i wywołać tak nadmierne podrażnienie kurczących się włókien mięsnych, że otrzymamy w wyniku zwężenie.

Stoeckel stwierdza, że uwięźnięcie łożyska jest objawem chorobowym, sztucznie wywołanym przez zbytne, przedwczesne lub wadliwe techniczne postępowanie.

Do takich właśnie czynników wyzwalających muszę zaliczyć również zastrzykiwanie wyciągu z tylnego płata przysadki mózgowej (w t p p m), jak wykazują spostrzegane przeze mnie niedawno dwa przypadki, które poniżej przytaczam. Tembardziej uważam za wskazane omówienie tych przypadków, gdyż tego rodzaju powikłania w ostatnich latach spotyka się bardzo rzadko.

Przypadki poniższe są tem osobliwsze, że przyczyną zwężenia skurczowego było podanie wyciągu z tylnego płata przysadki mózgowej w nieodpowiedniej chwili.

P r z y p a d e k 1-y. K. L., lat 30, zamężna od 3 lat, pierwiastka; perjody od 16 r. życia, regul. co 4 tyg., 4 dni trwające, bolesne w pierwszym dniu, ostatni 25 lutego 1932 r. Wymiary miednicy prawidłowe, położenie płodu główkowe, pozycja 1a. Bóle rozpoczęły się 17 listopada o godzinie 14-ej, wody płodowe odeszły o 24-ej. 18.XI. godz. 1-a, słabe bóle, poród nie postępuje naprzód przy główce widocznej w szparze sromowej, obfita smółka, tętno dobre, lekarz ordynujący zastrzyknął 0,5 *post-hypophysis* Choay. 5 minut po zastrzyknięciu wystąpił mocny ból, 3 minuty później podczas następnego bólu urodził się płód żywy, wagi 2600 gr.

W godzinę po porodzie macica miękka, krwawienia nie ma, łożysko nieoddzielone. Wobec prośby pacjentki, która pragnęła jak najprędzej „być już po wszystkim”, zastrzyknięto ponownie 0,5 *post-hyp.* Choay, poczem macica mocno się skurczyła, pacjentka odczuwała nieznaczne bóle.

Po upływie 2 godzin od zastrzyknięcia, t. j. 3 godzin od porodu, ordynujący lekarz chciał usunąć ręcznie łożysko, stwierdził jednak tak silny skurcz ujścia wewnętrznego, że nie mógł wejść do macicy, ujście nie przepuszczało nawet jednego palca; zastrzyknął *atropin. sulf.* 0,001 bez skutku. Wobec silnego zdenerwowania pacjentki wezwał mię na naradę.

Badanie zewnętrzne wykazało macicę wielkości najwyższej główki noworodka, bardzo twardą, objaw Küstnera wskazuje na to, że łożysko jest w jamie macicy. Zastrzyknęliśmy pacjentce *morph. mur.* 0,015. Po upływie 10 minut od zastrzyknięcia ręka, położona na macicę, stwierdziła zwiótczenie macicy, podczas ucisku nad spojeniem łonowym pępowina cofa się w górę.

Uspiono chorą ponownie, stwierdzono zupełne rozkurczenie się macicy, ręka z łatwością usunęła łożysko, leżące oddzielone w jamie macicy.

Epikryza: Dwa zastrzyknięcia po 0,5 *post-hyp.* Choay w odstępie 1 godz. jedno po drugim wywołały skurcz całej macicy, a specjalnie w okolicy ujścia wewnętrznego. Już przed drugim zastrzyknięciem wytworzył się prawdopodobnie pierścień skurczowy. Gdyby nie zastrzyknięcie w t p p m poraz drugi, to możliwe, że już w krótkim czasie nastąpiłby rozkurcz, i łożysko dałoby się usunąć. Przyczyną tego skurczu było wyłączenie zastrzyknięcie w t p p m, ponieważ mięsienie nie miało miejsca.

P r z y p a d e k 2-gi. A. R., 25 l. pierwiastka, zamężna od roku, perjody od 14 r. życia, co 4 — 5 tyg., 4 dni trwające, bolesne w pierwszym dniu, ost. 5.IX.29 r. Wymiary miednicy prawidłowe, położenie główkowe, 1a pozycja. Bóle wystąpiły w dniu 12. VI. o godzinie 8-ej, wody odeszły o godz. 16-ej. O godz. 20-ej urodził się płód wagi 3000 gr.

W godzinę po porodzie silne krwawienie, stwierdzono, że łożysko nie jest oddzielone, wstrzyknięto 0,5 *post-hypoph.* Choay, krwawienie ustalo.

W 3 godziny od porodu lekarz ordynujący, pragnąc zaoszczędzić pacjentce dłuższego czekania, chciał usunąć ręcznie łożysko. Aczkolwiek macica była już zpowrotem rozkurczona, sięgała powyżej pępka, kształtu podłużnego, stwierdził zupełne zamknięcie się ujścia wewnętrznego. Pomimo to, że chora była uspiona, nie był w stanie przedostać się nawet jednym palcem do macicy.

Wezwany na naradę, znalazłem pacjentkę w dobrym stanie, uradziliśmy zastrzyknąć 0,01 *morph. mur.* i czekać na rozkurcz ujścia wewnętrznego. W 6 godzin po porodzie zaczęła krwawić, ponowna próba wejścia do macicy wykazała roz-

kurcz; po przezwyciężeniu niedużego oporu ręka, wprowadzona do macicy, znalazła oddzielone zupełnie łożysko, usunięte je z łatwością.

Epikryza: W godzinę po porodzie, z powodu krwotoku i nieoddzielenia się łożyska, wstrzyknięto 0,5 *post hyp.* Choay, co wywołało silny skurcz w okolicy ujścia wewnętrznego. Możliwe, że krwotok dałby się opanować tylko przy pomocy mięsienia, a w przeciwnym razie należało usunąć ręcznie łożysko. Tak samo, jak i w pierwszym przypadku, przyczyną skurczu według mego zdania było zastosowanie wtpm, ponieważ zbyt gwałtowne mięsienie nie miało miejsca.

Działanie główne wtpm polega na drażnieniu gładkich mięśni; bezpośrednio jego działanie na mięsień uwidacznia się na sercu, naczyniach i macicy. Malinowski stwierdził przy pomocy tokodynamometru Schatza na 50 rodzących, że bóle po zastrzyknięciu wtpm nie są fizjologiczne, ale charakter ich jest prędzej tępcowy. Działanie wtpm trwa zazwyczaj pół godziny, ale w niektórych przypadkach trwa nawet do kilku godzin (Vogt). Podanie wtpm podług Rübsamena, wywołuje zwiększenie się częstości bólów, czyli zmniejszenie się przerw między bólami. Wagner jest zdania, że wtpm uczula macicę, tak, że odpowiada ona w większym stopniu na inne bodźce skurczowe, jak sporysz, lub mięsienie.

Otóż, jeżeli zastosować w okresie trzecim porodu takie przetwory, które silnie kurczą macicę, to może nastąpić zbyt silne działanie, i łożysko może uwięznąć z powodu skurczu włókien mięsnych w okolicy ujścia wewnętrznego. To powikłanie miało często dawniej miejsce wobec stosowania przetworów sporyszu, natomiast wtpm wywoływał takie zjawisko dotychczas jedynie w przypadkach poronienia, mianowicie Patek i Haman spostrzegali w poronieniu zamknięcie się uprzednio rozwartego ujścia po zastrzyknięciu pituitryny.

Schmidt również uważa, że w przeciwieństwie do przetworów sporyszu wtpm nie może wywołać uwięźnięcia łożyska, przypadki zaś Studenyego, White-Hentona i Riecka, w których wystąpił skurcz w okolicy ujścia wewnętrznego, mogły być podług niego również dobrze następstwem nieumiejętnego postępowania położnej w okresie trzecim.

W prawidłowo przebiegającym porodzie łożysko i błony oddzielają się i wydalone zostają naskutek ponownie występujących bólów.

Ponieważ w okresie trzecim porodu macica dobrze odpowiada na zastrzyknięcie wtpm, macica twardnieje, i łożysko łatwiej się oddziela, jak twierdzi Sachs, to niektórzy autorzy, a między nimi Schmidt i Sachs radzą zastrzyknąć wtpm, jeżeli łożysko nie oddzieliło się od ściany macicy po upływie 2 godzin od porodu.

W przypadkach nadmiernej skłonności do krwotoków oraz w przypadkach operacyjnego rozwiązania stosują niektórzy nieraz zapobiegawczo wtpm przed odejściem łożyska (Reis i Guggisberg).

Wprowadzenie wyciągu z tylnego płata przysadki mózgowej do leczenia stanowi, podług

mego zdania, jeden z największych postępów w dziedzinie położnictwa w ostatnich latach.

Jednak, niestety, nie wszyscy stosują się do prawidła, że zastrzyknięcie wtpm powinno być wykonane tylko na mocy ścisłych wskazań, i nieraz dla skrócenia sobie czasu wyczekiwania nie tylko na poród, ale i na łożysko, wstrzykuje się wtpm, nie uwzględniając jego możliwych złych skutków.

Pamiętać należy o tem, że najzdrowiej dla pacjentki jest, jeżeli przebieg trzeciego okresu jest możliwie fizjologiczny.

Jeżeli macica jest prawidłowo kurczliwa, to, stosując wtpm lub mięsiąc bez potrzeby, przeszkadzamy prawidłowemu przebiegowi.

Można zastrzyknąć wtpm w przypadku niedowładu macicy w okresie trzecim celem opanowania krwotoku i ominięcia wejścia ręką do macicy, jakto radzą niektórzy autorzy (Sachs, Vogt, Guggisberg), ale lepiej jest nawet w takim przypadku się zastanowić, czy nie da się opanować krwawienia przy pomocy mięsienia, ew. nawet usunąć ręcznie łożysko, bo cóż nam pozostanie do czynienia, jeżeli wywołamy tępcowy skurcz macicy ze zwięzieniem w okolicy ujścia wewnętrznego, a jednak nie przestanie krwawić z powodu przyklejonego łożyska? Chyba, że wycięcie macicy, a co najmniej cięcie Dührssena.

Przytem nie wolno nam nigdy zapominać o przeciwwskazaniach internistycznych do stosowania wtpm, a więc o zmianach w mięśniu sercowym, miażdżycy naczyń, a specjalnie wieńcowych, schorzeniach nerek, nadmiernie wysokiem ciśnieniu krwi i kamicy żółciowej.

Po rozpatrzeniu wszystkich przyczyn powstawania zwięzienia skurczowego przechodzimy do sprawy leczenia tego stanu.

Celem usunięcia skurczu w okolicy ujścia wewnętrznego macicy Spiegelberg, radzi stosować gorące okłady na dół brzucha, robić ławatywki z rumianku z dodatkiem 1 łyżki oleju terpentynowego, 20 kropeł nalewki makowcowej lub 3 ccm wodanu chloralu. Zastrzyknięcie morfiny lub atropiny może już w krótkim czasie pomóc, podczas gdy chloroform podług Spiegelberga nie odnosi wogóle skutku.

Wszelkie środki, usuwające skurcz, jak pan-topon, papaweryna, atropina, prowadzą do celu; najlepiej daje się uskutecznić rozszerzenie pierścienia skurczowego w uspianiu eterowem, ale czasem środki te zawodzą, i skurcz trzyma dość długo. Nie należy wówczas robić nic, tylko czekać. Jedynie w razie krwotoku należy przeforsować skurcz i usunąć łożysko (Spiegelberg). Rozszerza się pierścień mechanicznie albo przy pomocy palców, stopniowo jeden po drugim, (Spiegelberg, Strassmann, Walther), albo metreuryntera, metranoiķtera (Schmidt) lub instrumentu Bosiego (Pollitzer).

Schmidt poleca uprzednie zastrzyknięcie do części pochwowej 1/2 — 1% roztworu nowokainy, Schweitzer — przyszyjowo, Pal — przykrzyżowo lub przykręgowo, rozumie się, ma to być roztwór bez dodatku adrenaliny, zwiększającej napięcie mięśni.

Jeżeliby krwotok zmusił do szybszego opróżnienia macicy, to można przeciąć pierścień skur-

czowy przez nacięcie przedniej ściany szyi — *hysterotomia anterior* (Freund), lub — *hysterotomia suprapubica* (Polak)

Stoeckel uważa, że można w takich przypadkach zrezygnować z rozszerzenia pierścienia skurczowego, i wyciągnąć łożysko kleszczami, jednak, wobec obawy wynicowania lub uszkodzenia macicy wraz z przyrośnięcia łożyska, uważałbym, że tego rodzaju postępowanie jest nie tylko niewłaściwe, ale też i niebezpieczne.

Jeżeli niema gwałtownego wskazania, należy czekać na ustąpienie skurczu przynajmniej do 12 godzin, posiłkując się do tego czasu tylko środkami niewinnymi. Po tym czasie, jeżeli wszystkie środki zawiodą, wskazane jest przystąpienie do operacji Dührsena, t. j. *hysterotomia anterior*.

Dłuższe czekanie naraża pacjentkę na zakażenie wnętrza macicy, a następnie i całego organizmu, i znane są przypadki, gdzie z powodu kilkudniowego zatrzymania się gnijącego łożyska zmuszony był lekarz usunąć macicę bądź przez pochwę (Frommolt), bądź drogą brzuszną (B. Schultze).

Rozpatrzywszy krytycznie przebieg obu obserwowanych przezemnie przypadków, dochodzimy do wniosku że w okresie trzecim porodu obok zbyt gwałtownej gorliwości w mięśniu macicy, braku cierpliwości, również zastrzykiwanie wyciągu z tylnego płata przysadki mózgowej może, wobec skłonności do skurczu z powodu odpowiedniej anatomicznej budowy lub uczulenia macicy, wywołać skurcz w okolicy ujścia wewnętrznego macicy oraz uwięźnięcie łożyska.

Dlatego wskazaniem jest nieodstępować od zasady, że w okresie trzecim porodu obowiązuje jak najostrożniejsze postępowanie i cierpliwość.

Nie tylko mięsienie macicy, ale też i zastrzykiwanie wtpm winno mieć miejsce tylko na skutek ścisłego wskazania.

Zasadnicze wstrzykiwanie wtpm, stosowane przez niektórych położników podczas przerywania się główki w celu przyspieszenia porodu lub okresu trzeciego, jest niecelowe, gdyż nie należy sztucznie wkraczać i zmieniać fizjologicznego przebiegu porodu.

Krwotok w okresie trzecim opanować należy mięsieniem, a wraz z potrzebą usunąć ręcznie łożysko; podanie wtpm może nawet w takim przypadku okazać się błędem wobec możliwości wytworzenia się zwichnięcia skurczowego, uniemożliwiającego usunięcie w razie potrzeby łożyska.

W położnictwie każdy zabieg wymaga ścisłego wskazania, wstrzykiwanie więc wyciągu z tylnego płata przysadki mózgowej winno mieć miejsce także tylko wtedy, kiedy istnieje ścisłe wskazanie do tego zabiegu.

PISMIENNICTWO.

Ahlfeld wym. przez Schmidta Bumm. Grundr. z. St. d. Geb. 1912, str. 630. Freund i Hitschmann. Handb. d. Geb. Winkel t. 2-gi, cz. 3-a, str. 2215. Frommolt wym. przez Schmidta. Guggisberg. Biol. u. Path. Halban u. Seitz. t. 6-y, cz. 2-a, str. 1230. Hegar. Path. u. Ther. d. Placentarretention Berlin 1862. Hirst. Zentr. f. Gyn. 1924, str. 1099. Leo wym. przez Schmidta. Malinowski wym. przez Guggisberga. Pal. Klin. Woch. 1925 N. 43 str. 1993. Patek wym. przez Guggisberga. Polak wym. przez Schmidta. Pollitzer wym. przez Schmidta. Rieck wym. przez Schmidta. Rübsamen wym. przez Guggisberga. Sachs. Monats. f. Geb. 1914. XL. str. 544 i 1917 XLV str. 399. Schatz wym. przez Guggisberga. Schubert wym. przez Schmidta. Schultze wym. przez Freunda i Hitschmana oraz Schmidta. Schmidt. Biol. u. Path. Halban u. Seitz. t. 8-y, cz. 1-a, str. 159. Schweitzer. Arch. f. Gyn. 1925 CXXV, str. 377. Spiegelberg. Lehrb. d. Geburt 1882, str. 536 — 40. Stoeckel. Arch. f. Gyn. 1925 CXXV, str. 1-a. Strassmann. Handb. d. Geb. Winkel. t. 3-ci cz. 1-a, str. 859. Studeny wym. przez Schmidta. Wagner wym. przez Guggisberga. Walther wym. przez Schmidta. White-Henton wym. przez Schmidta. Vogt wym. przez Guggisberga.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

Promieniowanie mitogenetyczne (komórkowe).*)

Podal

Dr. med. Władysław PROSZOWER (Warszawa).

W miarę tego, jak wiadomości nasze o procesach biologicznych rozszerzają się dzięki nowym odkryciom, zostajemy wciągnięci w coraz to dokładniejsze i precyzyjne badania i pomiary. Zakres uwagi i obserwacji stopniowo obejmuje coraz szersze, a właściwie coraz mniejsze pola badań, gdyż zmuszeni jesteśmy siłą rzeczy i postępu z makroprzemiotu przerzucić uwagę na mikroskopowe, a ostatnio molekularne i atomowe ustosunkowanie, by tem dokładniej zrozumieć zawsze zagadkowe przejawy życia.

Promieniowanie komórkowe, odkryte przez Gurwicza, a badaniami ustalone również przez Franka, Prottiego, Wolffa, Sieberta i innych, jest bardzo ważnym czynnikiem, który po-

zwala zajrzeć w najtajniejsze, najbardziej trudne i dotąd najmniej uchwytne procesy życiowe, uzupełni niejedną lukę i oświetli niejedną ciemną sprawę. Z konieczności rzeczy wypadnie zetknąć się z pojęciami i wielkościami, zbliżonymi do środowiska atomowego. Zrozumienie istoty samej jest więc związane z pewnymi wiadomościami z dziedziny najnowszych zdobyczy o promieniowaniu i mikromechanice.

Bez tych wiadomości trudno jest zrozumieć niżej przytoczone zjawiska, tembardziej interesujące, że rozpoczynają one nową erę w zagadnieniach biologicznych wogóle, a w medycynie w szczególności. Zapoznanie się, chociażby pobieżne, z promieniowaniem i układem atomowym dla każdego może być tylko pożyteczne, zarówno dla ścisłego biologa, jak i lekarza, i pozwoli na głębsze wnikięcie w złożone procesy, na lepsze zrozumienie patologii ustroju oraz może wpłynąć również i na terapię.

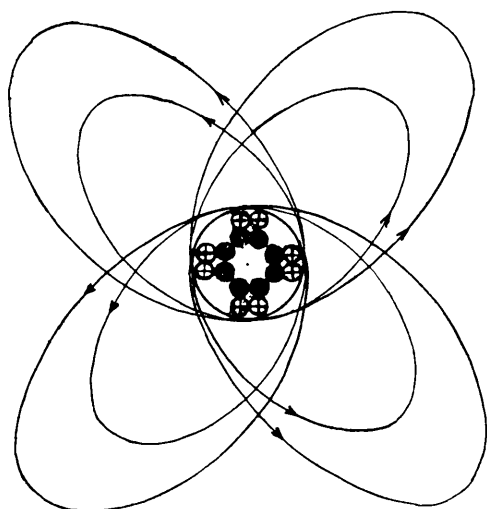
Budowa atomu do dziś jeszcze nie jest zupełnie wyświetlona.

*) Wygłoszone na posiedzeniu Zrzeszenia Lekarzy Rz. P. d. 28.III.1933 r.

Atom składa się z jądra i powłoki o rozmiarze 100.000 razy większym, niż jądro. Jądro składa się z protonów o naboju elektrycznym dodatnim oraz neutronów, które nie mają naboju elektrycznego. Masa protonu jest nieco większa od masy neutronu.

Wokoło jądra krążą cząsteczki materialne o masie 1840 razy mniejszej od protonu. Są to elektrony. Elektron ma nabój ujemny równy dodatniemu naboju protonu. Liczba elektronów i protonów w każdym atomie jest jednakowa i równa się liczbie porządkowej atomu. Liczba neutronów równa jest różnicy pomiędzy liczbą określającą ciężar atomowy, a liczbą porządkową danego pierwiastka. Na przykład, atom tlenu o liczbie porządkowej 8 i ciężarze atomowym 16 ma 8 protonów, 8 elektronów, i $16 - 8 = 8$ neutronów.

Protony i neutrony jądra zespala się w bardzo trwałe cząsteczki alfa. Jedna cząsteczka alfa zawiera dwa protony i dwa neutrony. Jest to stałe i dotychczas nierozwalne połączenie jądra. Cząsteczkę tę nazywają heljonem, gdyż jest jądrem helu.



Model atomu tlenu

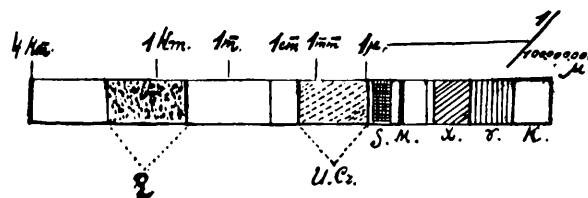
Na początku 1933 roku odkryto elektrony dodatnie. Sprawa ta jeszcze nie jest dostatecznie wyświetlona. Prawdopodobnie proton składa się z neutronu i elektronu dodatniego.

Elektrony tworzą powłokę atomu i krążą wokoło jądra po orbitach kolistych, a przeważnie elipsoidalnych. Elektrony na zewnętrznej orbicie krążą wolniej, niż na bliższych od jądra, mają też większy zapas potencjalnej energii, niż elektrony, bliżej jądra krążące. Pod wpływem rozmaitych czynników elektrony na obwodzie mogą przeskakiwać bliżej do jądra, i wtedy drogi elektronów są krótsze, atom traci nadmiar energii, która wychodzi poza atom w postaci jednej cząsteczki energii promienistej. Taka cząsteczka promienista nazywa się fotonem albo kwantem.

Kwant więc jest jednostką, która łączy w sobie jednocześnie pojęcie labilnej materji i energii. Odwrotnie, gdy jeden z elektronów z orbity bliższej jądra przeskoczy na jedną z dalszych orbit, wymaga to pewnej energii, która musi przyjść z zewnątrz atomu w postaci kwantu promienistego, Energia poszczególnego kwantu zamienia się na energię kinetyczną elektronu, który może wędrować

z bliższej na dalszą orbitę, a nawet wyjść poza atom, gdy energia kwantu zdolna jest go wyrzucić. Bieg elektronów, które znalazły się poza atomem, wytwarza znany powszechnie prąd elektryczny.

Planck, a później Einstein pierwsi wyrazili myśl, że światło, względnie energia promienista nie jest wysyłana nieprzerwanym strumieniem, lecz oddzielnymi porcjami o zupełnie określonej wielkości. Wykazali, że każde promieniowanie składa się z elementów, z tak zwanych atomów świetlnych, którymi są kwanty lub fotony. Foton jest cząsteczką materialną. Masa tej cząsteczki zależy od energii, jaką posiada, jest więc zmienna. Wielkość kwantu zależy od wielkości skoku elektronu z orbity dalszej na bliższą jądra atomu. Im dalszy skok, tem więcej energii traci atom, tem większy jest kwant. Kwant jest istotą promieniowania. Wielkość jego jest wprost proporcjonalna do częstości drgań na sekundę, a odwrotnie proporcjonalna do długości, wytworzonej przez te drgania fali promienistej. Tę część energii promienistej, która działa na siatkówkę naszego oka, nazywamy światłem. Wszelkie inne promienie o fali większej od światła i wolniejszych drganiach dają widmo bardziej nalewo w skali widmowej. Rozpoczynają się od promieni ultraczerwonych i dochodzą do promieni o fali długości 4 klm. Są to promienie Hertza o jaknajmniejszym kwancie, używane w radiotechnice. Promienie o fali krótszej od promieni widzianych, dają widmo, rozciągające się po prawej stronie. Rozpoczynają się od promieni ultrafioletowych i przechodzą w promienie Roentgena oraz dalej w promienie Gamma i kosmiczne Hessa o najkrótszej fali i największej energii oraz największym kwancie.



P. Promienie używane w radiotechnice (Hertza)

U. Cz.	ultraczerwone
S.	widzialne
M.	mitogenetyczne
X.	Roentgena
γ	gamma
K.	Kosmiczne (Hessa)

Długość promieni widzialnych, idąc w kierunku od czerwonych do fioletowych, wynosi $7.600\text{Å}^0 - 4.000\text{Å}^0$. Jeden Å^0 angstrom równa się $1/10.000.000$ mm. Długość fali promieni ultrafioletowych wynosi 4.000Å^0 aż do 76Å^0 . Długość fali promieni mitogenetycznych Gurwicz a wynosi 2.600Å^0 do 1.500Å^0 . Rodzaj promieniowania stoi w jaknajściślejszym związku z mechanicznymi przemianami w atomie, w którym możliwe są rozmaite kombinacje spotkań pomiędzy protonami i elektronami oraz kwantami zewnętrznymi. Sprawą tą zajmuje się nowoczesna mikromechanika kwantowa. Z powyższego wynika, że atom wysyła i pochłania poszczególne kwanty. Niekiedy wysyłanie kwantów przez atomy odbywa się samorzutnie, bez wpływu zewnętrznego. Ma to miejsce podczas stałego rozpadu pierwiastków radioaktywnych.

Rozpad taki cechuje wydzielenie wszystkich składników atomu. Promienie alfa składają się z cząsteczki alfa jądra, czyli dwóch protonów i dwóch neutronów. Promienie beta są to elektrony. Promienie Gamma są właściwymi promieniami, kwantami większymi od promieni Roentgena. Rozpad samorzutny odbywa się w każdej cząstce materii, z tą różnicą, że w radioaktywnych ciałach odbywa się to dość szybko, w innych obliczony jest na miljarde lat. Jest to proces nieodwracalny.

Zupełnie inaczej przedstawia się promieniotwórczość w materii żywej. Rozpad dotyczy przede wszystkim nagromadzonych energetycznych odżywczych substancji. Rozpad ten nie doprowadza do zniszczenia atomu, lecz do permutacji pomiędzy molekułami oraz w zewnętrznych warstwach atomu.

Rezultatem tego rozpadu jest uwolnienie pewnej ilości energii promienistej, odkrytej przez Gurwicza, a odgrywającej decydującą rolę we wszystkich kinetycznych przejawach żywej komórki. Podobnie jak w mechanice atomowej, energia kwantów przechodzi w energię kinetyczną elektronów, tak też i w tkankach żywych energia kwantu promienia mitogenetycznego przechodzi w kinetyczne procesy komórki przede wszystkim podczas bródkowania oraz w czasie wzrostu tkanek dojrzałego ustroju.

Komórka żywa różni się od materii martwej tem, że proces rozpadu jest odwracalny i wytyskany zostaje na proces twórczy. Komórka jest mikrotransformatorem materii, nadając jej rozmaite kształty, tak powszechnie nam znane.

Gurwicz przekonał się, że komórki roślinne i zwierzęce prędzej rozmnażają się, gdy w pobliżu nich znajdują się inne rozmnażające się twory: drożdże, drobnoustroje lub rośliny. Kontrolne tkanki, zdala stojące, wykazywały daleko powolniejszy wzrost.

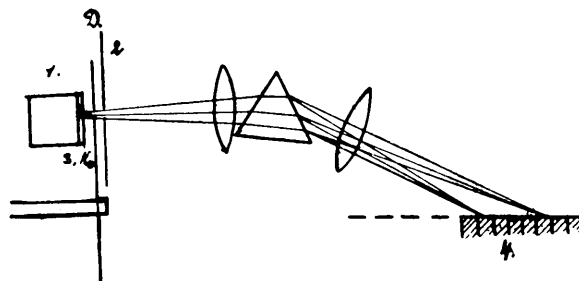
Pierwsze doświadczenia robione były na korzonkach cebuli. Dokładne badania wykazały, że drożdże, drobnoustroje i rośliny wydzielają promienie bardzo słabego natężenia o zasięgu działania do kilku centymetrów. Promienie te, padając na komórki doświadczone, wywoływały wyżej opisany efekt. Gurwicz nazwał to zjawisko, polegające na zwiększeniu się mitoz na preparacie naświetlanym w porównaniu z nienaświetlanym kontrolnym preparatem, efektem mitogenetycznym lub indukcją.

Preparat naświetlany nazywa się detektorem. Jako detektor do doświadczeń Gurwicz i inni badacze brali drożdże, bakterie, korzonki cebuli, zapłodnione sztucznie jaja jeża, pierwotniaki, rogowkę oka i tem podobne. Za źródło promieniotwórczości służyły te same twory, narządy lub tkanki zwierzęce, umieszczone w spektrografie kwarcowym, skąd promienie, po załamaniu się, padały na detektor. Najlepiej nadaje się do tego hodowla drożdży na agarze.

Blok drożdży stawia się w obrębie działania promieni, w odległości kilku mm. od źródła promieniotwórczości. Już po kilku lub kilkunastu minutach można stwierdzić, że liczba pączków na stronie naświetlanej w porównaniu ze stroną nienaświetlaną jest znacznie większa. Obliczenia świeżych pączków dokonywano w kamerze Toma-Zeissa. Liczone były tylko te pączki, które są

mnijšie niż $1/3$ dojrzałej komórki. Gdy naświetlanie przedłużyć do 70 godzin, można gołym okiem stwierdzić różnicę obydwu hodowli.

Bardzo przekonujące wyniki otrzymywała Siewiercewa, biorąc jako detektor rozmaite drobnoustroje, a jako źródło promieniotwórczości hodowlę drożdży, serce, śledzionę lub mięśnie żaby. Po kilkominutowym naświetlaniu drobnoustroje, zarówno naświetlane, jak i kontrolne, zostawiano w ciągu dwóch godzin w cieplarni, poczem następowało obliczenie sposobem, używanym w bakteriologii.



Schemat analizy widmowej promieni mitogenetycznych.

Według Gurwicza

1. Naczynie kwarcowe ze źródłem promieniotwórczości.
2. Dysk z wycinkami.
3. Kolimator spektrografu.
4. Klisza fotograficzna lub detektor (drożdże).

Doświadczeń tego rodzaju robiono tysiące i zawsze otrzymywano dodatni efekt indukcyjny w granicach od 30 do 100, a nawet więcej procent. Bliższe obserwacje wykazały, że prócz zwiększonej liczby pączków lub mitoz indukcja promieniami mitogenetycznymi przyspiesza wzrost nowych komórek. Doświadczenia powyższe ujawniają istnienie promieni mitogenetycznych na drodze biologicznej.

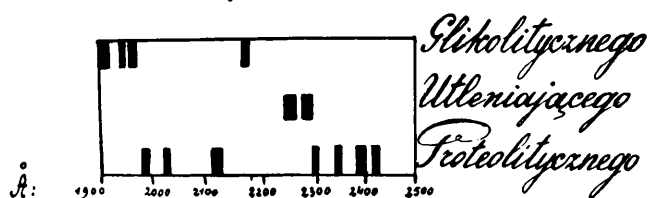
Bardziej przekonująco dają się one wykryć metodami fizycznymi przez zadziaływanie na kliszę fotograficzną lub bardziej ściśle za pomocą efektu fotoelektrycznego. Efekt polega na tem, że pod wpływem naświetlania powierzchni ciał promieniami, zwłaszcza krótkofalowymi, zostają wyrwane elektrony przez padające kwanty. Elektrony dają prąd elektryczny, ściśle notowany przez elektrometr. Szybkość elektronów jest tem większa, im większe są kwanty padających promieni.

Przyrząd jest tak czuły, że wykrywa promienie o najdłuższej fali. Siła prądu elektrycznego jest miarą intensywności promieni. Przyrządem tym niebicie stwierdzono obecność promieni, wyrzucanych przez komórki roślinne i zwierzęce. Co do tego, niema najmniejszej wątpliwości. Promienie mitogenetyczne nie mają wielkiego natężenia. Detektor w odległości większej niż $1/2$ cm. od źródła daje słaby efekt mitogenetyczny. Intensywność promieni mitogenetycznych, według Franka i Radjowa, wynosi około 1.000 kwantów na 1 cm^2 w ciągu 1 sekundy.

Czas naświetlania, by uzyskać dodatni efekt, jest rozmaity. Najkrótszy uzyskał Frank, naświetlając w ciągu 1 sekundy korzonki cebuli. W większości przypadków indukcja trwa od kilku do kilkunastu minut. Promienie te są zatrzymywane czyli pochłaniane przez szkło, celulo-

żelatynę. Dlatego też naczynia, zawierające komórki promieniujące, oraz inne przyrządy są zrobione z kwarcu, który nie zatrzymuje promieni ultrafioletowych. Widmo, otrzymane spektroskopowo, daje linie dla długości fali od $2.500\text{\AA}$ do $1.900\text{\AA}$. Liczba i jakość linii widma zależy od pochodzenia promieniowania. Gurwicz określa promieniowanie mitogenetyczne jako chemoluminescencję, powstającą wskutek procesów chemicznych rozpadowych. Już Dubois oraz Newton Harveyy odnośnymi badaniami nad świeceniem rozmaitych istot żyjących dowiedli, że odbywa się ono wskutek zadziałania fermentu oksydazy na ciało białkowe lucyferinę, która przechodzi w oksylucyferinę. Wszelkiego rodzaju promieniowanie mitogenetyczne jest również charakteru fermentacyjnego i sprowadza się do 3 procesów: utleniającego, proteolitycznego i glikolitycznego.

Widma pochodzenia:



Według Gurwicza

Jeżeli do surowicy krwi dodamy oksyhemoglobinę lub H_2O_2 , występuje silne promieniowanie. Magroux otrzymał dodatni efekt mitogenetyczny na jajach jeża morskiego, używając, jako źródło promieniowania, glukozy wraz z nadmanganianem potasu. Widmo pochodzenia utleniającego ma dwie linie o długości fali od $2.200\text{\AA}$ do $2.400\text{\AA}$. Proteolityczne widmo daje 7 linii o fali $2.000\text{\AA}$ do $2.400\text{\AA}$. Promienie tego rodzaju otrzymywano podczas trawienia peptycznego i tryptycznego substancji białkowych np. roztartych jelit lub w czasie autolitycznych procesów, zachodzących w wątrobie i nerkach, przechowywanych w termostacie w warunkach aseptycznych. Efekt mitogenetyczny z tych źródeł otrzymano po 8 godzinach. Najważniejsze i najbardziej interesujące jest glikolityczne pochodzenie promieniowania.

Według Gurwicza dotyczy ono żywych i zdrowych narządów i znika wraz z ustaniem krwioobiegu. Promieniowanie typu proteolitycznego jest trwalsze i dotyczy narządów uszkodzonych i schorzałych. Wyrazem promieniowania obu typów będzie widmo spektralne o charakterystycznych liniach dla proteolitycznego i glikolitycznego promieniowania. Może to mieć doniosłe zastosowanie praktyczne w przyszłości.

Energja promienista typu glikolitycznego powstaje wskutek rozpadu cząsteczki heksozy na 2 triozy podczas glikolizy. Nie otrzymano dotychczas fermentu glikolitycznego, który rozkładał glukozę w czystym roztworze. Chodzi o wytworzenie się glukozy, względnie z glikogenu kwasu mlekowego lub powstania fermentacji alkoholowej.

Próby, robione metodą pośrednią, dały wyniki bardzo przekonujące. Dodanie małej ilości glukozy do shemolizowanej krwi w próbowce, która zwykle po godzinie traci zdolność promieniowania, natychmiast przywraca promieniowanie krwi.

To samo zachodzi, gdy do niepromieniującego nowotworu rakowego myszy w płynie Ringera dodać nieco glukozy. Coglińska otrzymywała promieniowanie wymoczków, które normalnie tej własności nie posiadają, przez dodanie do roztworu glukozy. Promienie typu glikolitycznego, otrzymane z powyższych doświadczeń, dają widmo monochromatyczne czyli o jednokolorowej długości fali o wymiarze $1.900\text{\AA}$ do $2.230\text{\AA}$, składające się z 4 linii.

Pomimo, że procesy utleniające, proteolityczne oraz glikolityczne dotyczą wszystkich prawie tkanek, jednak eksperymentalnie dotychczas nie można wykazać promieniowania wszystkich narządów. Obecnie promieniowanie można uważać jako stały czynnik, towarzyszący podziałowi i wzrostowi komórek. Komórka zdolna do podziału wyrzuca promienie nie stale, lecz okresowo. Gurwicz dowodzi tego na zasadzie obliczeń. Jeżeli przyjąć, że komórka wyrzuca 1 kwant energii promienistej, to liczba komórek promieniujących będzie mała w stosunku do ogólnej liczby komórek, biorących udział w doświadczeniu, mając na uwadze, że *maximum* padających promieni na 1 cm^2 w ciągu 1 sekundy wynosi 1.000 kwantów. Stąd wniosek, że promieniowanie nie jest ciągłe, lecz okresowe. Każdy taki wybuch energii występuje na krótki czas przed podziałem komórki i daje impuls do podziału tej samej komórki lub sąsiedniej na drodze indukcji. Komórki, które nie posiadają dużej zdolności rozmnażania, można zmusić do intensywniejszych mitoz przez naświetlanie promieniami mitogenetycznymi. Do celów doświadczalnych, jako źródło promieniowania, są używane rozmnażające się drobnoustroje oraz drożdże. Najbardziej ciekawe są obserwacje poczynione przez Franka i Załkina nad brózdowaniem zapłodnionego jaja morskiego jeża (*strongylocentrotus dröbakensis*).

Ujawniono promieniowanie mitogenetyczne po 70 minutach od chwili zapłodnienia przed pojawieniem się pierwszej brózdy. Następne wybuchy promieniowania występowały dopiero po 30 minutach po wytworzeniu się każdej nowej brózdy. Warburg stwierdził, że proces brózdowania wymaga znacznie zwiększonego zapotrzebowania tlenu po 10 minutach od chwili zapłodnienia. Gurwicz stawia wniosek, że tlen można ściśle powiązać z promieniowaniem mitogenetycznym. Sądzi, że dojrzałe do zapłodnienia jaja zawierają dwa ciała mitogenetyczne: mitotynę i mitotazę, mające własności fermentów.

Ponieważ po zapłodnieniu przenikliwość otoczki jaja zwiększa się, oba ciała dyfundują na powierzchnię, i tu odbywa się aktywacja profermentu. Na powierzchni jaja ma powstawać reakcja promienista.

Badania nad promieniowaniem narządów dojrzałych organizmów dały rozmaite wyniki. Eksperymentowano z organami nieuszkodzonymi, które zachowały normalny krwioobieg. Wątroba nie wy-

kazywała promieniowania, pomimo że ma dużo glikogenu. Śledziona myszy nie dała efektu, śledziona żaby dała bardzo silne promieniowanie. Stałe i silne promieniowanie dawała śluzówka cien-

kich jelit myszy i żaby. Najlepsze wyniki otrzymano z nabłonka rogówki oka, który prędko się rozmnaża i daje silne promieniowanie.

(Dok. nast.)

Streszczenia pojedyncze

Choroby alergiczne.

BERGER i HANSEN. **Badania kliniczne nad chorobami allergicznymi.** (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 174, z. 2).

Jest prawdopodobnem, że allergja insulinowa nie zostaje wywołana przez samą insulinę jako taką i również nie przez swoiste białko zwierzęcia, od którego pochodzi insulina. Chodzi tutaj raczej o nadwrażliwość w stosunku do zanieczyszczających domieszek o nieznanym składzie chemicznym, które zawierają jeszcze preparaty insuliny. Czy chodzi tutaj o nadwrażliwość szczególnie w stosunku do białka trzustkowego (analogicznie do kwestjonowanego, zresztą, ostatnio — uczulenia na białko soczewicy, niezależnie od jego pochodzenia), pozostaje tymczasem nierozstrzygniętem. Leczenie powinno iść w tym kierunku, ażeby stosować w zastrzyknięciach możliwie jak najbardziej oczyszczone insuliny; dopóki jest to niemożliwe, leczenie polega na odczuleniu, które w insulynie zawsze jest możliwe. Postępowanie to można ułatwić przez zastosowanie 5 — 10-krotnego rozcieńczenia preparatu kupnego 0,9% roztworem chlorku sodowego.

Henryk J. L a n d a u.

J. P. ZUM BUSCH. **W sprawie nagłej śmierci w zimnej kąpieli.** (D. m. W. Nr. 1. 1933).

Co rok, w lecie, czyta się i słyszy o przypadkach nagłej śmierci w czasie zimnej kąpieli i przeważnie u ludzi młodych. Spostrzeżenia autora dotyczą jego własnej osoby. W młodości cierpiał na napady kataru (*rhinorrhoe spasmolytica*), które występowały zwłaszcza wtedy, gdy owionęło go zimne powietrze; pozątem nigdy na zimno nie był wrażliwy. W późniejszych latach zauważył, że mycie rąk w zimnej wodzie powoduje ich obrzęk, zaczerwienienie i swędzenie. Stan ten przemijał szybko a żadnych zmian chorobowych nie stwierdzano. W 10 lat później, podczas kąpieli zimnej poczuł wielkie osłabienie, ciemno mu się zrobiło przed oczami, jedynie z wielkim wysiłkiem dopłynął do brzegu, gdzie upadł i stracił przytomność. Zauważył wówczas, że stawy zwłaszcza nóg, były silnie obrzmiałe i że nie mógł nimi poruszać. Stan ten minął po kilku godzinach. Podobne doświadczenie autor powtórzył wobec swego przyjaciela, lekarza chorób skórnych, który określił ten stan jako, *urticaria gigantea*. Autor sądzi, że mamy tutaj do czynienia, ze specjalną wrażliwością na zimno (allergją). Niezrozumiałe są tylko przerwy i okresy zupełnego zdrowia.

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

Choroby narządów trawienia.

G. LOEWY. **Pęcherzyk a cholesterol.** (Arch. des mal. de l'App. Dig. Nr. 9. 1932).

U zwierzęcia normalnego doświadczenia porównawcze pomiędzy żółcią pęcherzykową a czystą żółcią wątrobową, otrzymaną zapomocą drenowania, przemawiają za wydzielaniem cholesterolu przez woreczek żółciowy, lecz z tej serii doświadczeń nie można wyciągnąć wiążących wniosków, gdyż żółć wątrobową była wydzielana w warunkach nienormalnych. W stanie normalnym w razie braku zmian zapalnych w woreczku żółciowym badania porównawcze pomiędzy żółcią pęcherzykową a czystą żółcią wątrobową, otrzymywanymi jednocześnie w rozmaitych naczyniach, przemawiają po wprowadzeniu poprawki na czynność stężania pęcherzyka żółciowego za wchłanianiem cholesterolu przez ścianki woreczka. Wy-

dzielanie cholesterolu przez woreczek żółciowy jest możliwe, lecz wydaje się nieregularne i bardzo niewielkie w warunkach normalnych.

Henryk J. L a n d a u.

S. WAJL. **O t. zw. wtórnych schorzeniach ropnych żołądka i kiszek.** (Więst. Chir. i Pogr. Obl. z. 80-81. 1932).

Przerzutowe schorzenia ropne żołądka i kiszek, jak wynika z opisu przypadków autora, nie dają zwykle jakiegos charakterystycznego obrazu chorobowego, wskutek czego najważniejsza rola w badaniu tego zagadnienia przypada w udziale anatomo-patologowi. Dlatego, ażeby wyrobić sobie pojęcie o dynamice rozwoju opisywanych schorzeń żołądka i kiszek, ważne jest zebranie materiału, odnoszącego się do wczesnych postaci rozwojowych tego cierpienia. Aczkolwiek takie schorzenia żołądka i kiszek w ciężkich postaciach zakażenia ogólnego nie dają dużego materiału klinicznego, jednak ich badania morfologiczne posiadają znaczenie kliniczne w tym sensie, że sprzyjają wyjaśnieniu patogenetycznych tych ropnych schorzeń żołądka i jelit, które panują nad obrazem chorobowym i wymagają w porę postawienia rozpoznania i pomocy leczniczej.

H.

H. SCHUR. **Znaczenie zmniejszonego wydzielania soku żołądkowego wskutek wycięcia jamy odźwiernikowej dla zapobiegania powstaniu wrzodu trawiennego jelita czczego.** (Wien. med. Wschr. N. 3, 1933).

Materiał autora dowodzi, że właśnie silny spadek wydzielania soku żołądkowego wskutek wycięcia jamy odźwiernikowej jest tym czynnikiem, który w większości przypadków zapobiega powstawaniu wrzodu trawiennego jelita czczego po tej operacji. Fakt ten powinien wywierać duży wpływ na wybór metody operacyjnej i na rodzaj dalszego jej rozwoju. Dla celów dalszej rozbudowy metod operacyjnych, wbrew pogładowi S t a r l i n g e r a, zaleca autor w każdym operowanym przypadku systematyczne i okresowe kontrolowanie stosunków kwasowych w pozostałej części żołądka. Jest to tem bardziej wskazane, że w poszczególnych przypadkach rozwijają się po operacjach inne jeszcze następstwa, jak ciężka niedokrewność i ogólne zaburzenia odżywiania, wymagające wytłumaczenia i ustalenia genezy. W rękach doświadczonego lekarza badania te nie są szczególnie nieprzyjemne i nie kryją w sobie żadnych niebezpieczeństw.

Henryk J. L a n d a u.

F. BOJDAŁOW. **W sprawie kliniki, patologii i mechanizmu powstawania rzadkich postaci ostrej niedrożności jelit.** (Więst. Chir. i Pogr. Obl. z. 80-81, 1932).

Niedrożność jelit, zależna od wewnętrznego uwięźnienia kiszek cienkich w prostopadle położonym zmienionym zapalnie i zrośniętym z kreską jej wyrostkiem robaczkowym jest rzadką sprawą. Podrażnienie mechaniczne i objawy procesu zapalnego w wyrostku robaczkowym pociągają za sobą okresowe kurcze mięśni okrężnych кишки doprowadzającej zastawki kręto-kątnej. Codzienne bóle napadowe, którym towarzyszy bębnica, są skutkiem obostrzeń podostrego zapalenia wyrostka robaczkowego i odruchowego kurczu zastawki B a u h i n a, stwarzających względną niedrożność jelit. Wspólne występowanie na tem samem podłożu patogenetycznem zapalenia wyrostka robaczkowego, przechodzącego przez okres wytwarzania się zrostów łącznotkankowych, i kurczu zastawki B a u h i n a na podłożu odruchowego podrażnienia *sphincter ileocaecalis* może wywołać bezwzględną ostrą niedrożność jelit.

Kwestja rozstrzygającej roli tego lub innego czynnika w patogenezie ostrej niedrożności jelit pozostaje otwartą i wymaga dalszych spostrzeżeń klinicznych i systematycznych badań doświadczalnych. Operacja wytwórcza zastawki Bauhina (bauhinoplastyka) metodą Heile-Grekowa w razie trwałego kurczu stanowi jedyny pewny sposób leczenia, sprzyjający szybkiemu odejściu gazów i wydalaniu trującej treści jelit. Sztucznie wywołana niedomoga zastawki Bauhina usuwa nawroty kurczów, a jednocześnie nie powoduje trwałych zaburzeń w czynności przewodu pokarmowego. Mechanizm bólów brzusznych w zawężeniach tłumaczy się jednocześnie występowaniem czynników nagłego długotrwałego skurczu ścianki jelitowej, wzmożonych ruchów robaczkowych jelit i jednoczesnym udziałem w procesie uwięźnięcia krezek. Objawy wstrząsu w zawężeniu zależą od zaburzeń w krążeniu krwi w jelitach — zawału krwotocznego i zakrzepu naczyń krezkowych, prowadzących do niedostatecznego ukrwienia mózgu i odruchowego ucisku ośrodków mózgowych. W podłożu zaburzeń naczyniowych leży szereg składników dynamicznych, biologicznych i chemiczno-toksycznych, wywołujących dzięki wessaniu się wytwarzanej podczas uwięźnięcia histaminy silne zatrucie. Wymioty kałowe stanowią równoważny objaw stopniowo rozwijającej się niedrożności jelit; w zawężeniach nie układają się one w ramach obowiązkowości zarówno co do czasu powstania, jak i co do charakteru uwięźnięcia kiszek. Istnienie burzliwych ruchów robaczkowych jelit na początku schorzenia można rozpatrywać jako odruch z miejsca uwięźnięcia; brak ich przemawia za długotrwałym skurczem tonicznym lub niedowładem jelit na wysokości rozwoju procesu. Objaw von Waha w stanie niedowładu uwięźniętych jelit cienkich w doprowadzającym ich odcinku nie jest obowiązujący; w częściowym uwięźnięciu jelit i przy ruchach robaczkowych wyżej leżących pętli stwarza się to tło, na którym łatwo się uwidacznia sprężysta pętla Waha. Za uspasabiający do uwięźnięcia kiszek cienkich i esicy moment uważać należy istnienie wrodzonej nieprawidłowości — nieprawidłowego otworu krezki; drugi moment etjologiczny w zawężeniu między innymi stanowią nadmiernie długie krezki. Pomyślnie zejście w jelitowych zawężeniach zależy od wykonanego w porę radykalnego wkroczenia chirurgicznego i od stopnia ogólnego zatrucia ustroju i zmian w jelitach. Celem zapobiegania skrętowi esicy zaleca autor operację metodą Grekova, w odpowiednich przypadkach wskazana będzie *mesosigmoidoplectomia* metodą Hagena-Thorna, dająca trwałe wyniki pooperacyjne. H.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

W. FALTA. O dojrzewaniu. (Wien. kl. Woch. Nr. 24 i 25, 1932).

Z rozpoczęciem okresu dojrzewania następuje ogromny skok w rozwoju gruczołów płciowych, przysadki mózgowej, gruczołu tarczowego i szyszynki (tej ostatniej tylko u mężczyzn), pierwotnych i wtórnych cech płciowych i wraz z niemi, a poczęści wyprzedzając je, całego ciała. Wszystkie spostrzeżenia wykazują, że występowanie i normalny przebieg dojrzewania jest związany tak samo z wzmożeniem czynności przysadki mózgowej, jak i ze spotęgowaniem się czynności gruczołów płciowych, ba nawet, jak się zdaje, proces dojrzewania w gruczołach płciowych otrzymuje dopiero swój bodziec od przedniego płata przysadki mózgowej. Dla rozwoju męskiego uwłosienia płciowego posiada, prawdopodobnie, znaczenie kora nadnerczy. Prawidłowy przebieg rozwoju płciowego jest związany z prawidłowym wzajemnym oddziaływaniem tych trzech gruczołów dokrewnych. Rola grasicy i szyszynki nie jest dotąd wyjaśniona. Wypadnięcie czynności

ci gruczołu tarczowego, jak się zdaje, hamuje rozwój sfery płciowej nie swoiście, lecz tak, jak innych narządów. Nowsze badania nad czynnością przedniego płata przysadki mózgowej przemawiają za tem, że udział tego gruczołu dokrewnego w procesie dojrzewania wyprzedza udział gruczołów płciowych. Otwarte pozostaje zagadnienie co do bodźca, który doprowadza poszczególne gruczoły dokrewnne do przyspieszonego wzrostu. Rossle upatruje przyczynę w udzielonym każdemu ustrojowi podczas zapłodnienia autochtonicznym popędzie wzrostowym. Ujęcie to jednak nie daje zupełnie wytłumaczenia, dlaczego rozwój odbywa się w tak przyspieszonym tempie w okresie dojrzewania. Falta wyciąga z danych patologji ten wniosek, że to odżywcze ośrodki gruczołów dokrewnych w mózgu muszą dopiero osiągnąć pewien rozwój, zanim ich bodźce staną się tak potężne, że rozpocznie się ów bardziej szybki, przebiegający ze wzmożeniem czynności wzrost gruczołów dokrewnych, jaki znajdujemy w okresie dojrzewania.

A. Neumann (Baden-Helenthal).

G. DELIANNIS i G. PETASSIS. Doświadczenia kliniczne z cukrzycowymi gruczołkami, leczonymi insuliną. (Wien. kl. Woch. N. 29, 1932).

Moczówka cukrowa istnieje pierwotnie. Liczba przypadków gruźlicy w moczówce cukrowej od czasu wprowadzenia insuliny zmniejszyła się, również ciężkość przypadków. Jeżeli udaje się zapomocą diety i insuliny odcukrzyć nastale pacjentów, to gruźlica przebiega, jak u ludzi o normalnej przemianie materji; w razie braku insuliny natomiast — gwałtownie. Rokowanie zależy w pewnym znaczeniu od istnienia możliwości leczenia moczówki cukrowej. Najważniejszą jest rzeczą, ażeby pacjent pozostał odcukrzony i przyjmował pokarm w dostatecznej ilości. Jako dietę wzorcową otrzymuje chory 150 gr. mięsa, 2 jaja, 1 chlebek białkowy, czarną kawę, 400 — 600 gr. jarzyny, rosół, około 150 gr. tłuszczów, 50 — 100 gr. koniaku, 200 gr. śmietany, 40 gr. białego pieczywa, 30 gr. ryżu i 120 gr. ziemniaków (= równoważnikowi 120 gr. białego chleba). Insulinę podaje się, jeżeli pacjent przy tej diecie nie jest odcukrzony. Oczywiście, należy uwzględnić smak i potrzebę pokarmów chorego.

A. Neumann (Baden-Helenthal).

F. P. WEISS. Wpływ leczenia wyciągami ciała żółtego na przemianę podstawową. (Wien. kl. Woch. N. 29, 1932).

Autor stosował sistomensinę i stwierdził, że po podaniu większych ilości tego preparatu drogą pozajelitową i jednocześnie doustnie w ciągu sześciu tygodni codziennie przemiana podstawowa materji się zwiększyła. Czy wzmożenie przemiany podstawowej przedstawia tylko chwilowe zjawisko, czy też utrzymuje się przez czas dłuższy, zagadnienie to wymaga bardziej długotrwałych spostrzeżeń.

A. Neumann (Baden-Helenthal).

A. SCHÜRMAYER, E. WISSMAN. Leczenie choroby Basedowa dijdetyrozyną. (Klin. Woch. N. 16, 1932).

Badania fizjologów dowiodły, że normalnie tarczycza wydziela szereg substancji, które znajdują się ze sobą w ścisłej korelacji; w warunkach patologicznych korelacja ta zostaje zachwiana, stąd próby leczenia przy pomocy podawania substancji przeciwnie działających. Autorzy sądzą, że w przebiegu choroby Basedowa występuje przesunięcie na korzyść tyroksyny; podają wyniki leczenia choroby Basedowa dijdetyrozyną, którą stosują od 2 lat. W ciągu krótkiego czasu udaje się zawsze obniżyć przemianę podstawową oraz uzyskać ogólną poprawę chorego; po pewnym czasie stosowania leku metabolizm ponownie wzrasta, ogólna poprawa trwa jednak nadal. W przebiegu lekkim i średnio ciężkim choroby Basedowa dijdetyrozyna niekiedy daje zupełny powrót do zdrowia. W ciężkich zaś przypadkach

służy jako metoda przygotowawcza do zabiegu operacyjnego. Wobec tego, że jod stanowi główny składnik dijonotyrozyny, niektórzy autorzy przypisują lecznicze właściwości działaniu jodu. K u m m e r e l l dowiódł jednak, że ta sama dawka jodu nieorganicznego odmiennie działa, niż dijonotyrozyna; wreszcie A b d e r h a l d e n i A b e l i n wykazali, że zapomocą dijonotyrozyny można przyspieszyć metamorfozę kijanek żaby, czego nie można osiągnąć przez stosowanie jodu nieorganicznego. Autorzy zalecają stosowanie dijonotyrozyny ze względu na szybkość poprawy obrazu klinicznego choroby B a s e d o w a; pozatem lek ten nie daje żadnych ubocznych objawów oraz posiada właściwość gromadzenia koloidów w tarczycy, o czym autorzy przekonali się, operując chorych, uprzednio leczonych dijonotyrozyną.

Jakób P e n s o n.

Choroby kobiet i położnictwo.

S. S. ROGOWIENKO. *Operacja ręcznego oddzielania łożyska z zastosowaniem rękawa* prof. L. L. Okinczyca. (Żurn. Akusz. i Żeńsk. Bol. N. 4, 1932).

Czas trwania okresu popłodowego w zatrzymaniu łożyska w dość znacznym stopniu zależy od aktywności, i im mniejsze będzie ryzyko wprowadzenia zakażenia do jamy macicy, tem ta aktywność będzie większa. L. L. O k i n c z y c zaproponował w r. 1924 używanie podczas operacji ręcznego oddzielania łożyska jałowego rękawa, zrobionego z cienkiego, ścisłego i miękkiego metkalu. Długość rękawa należy tak obliczyć, ażeby włożony na rękę sięgał poza łokieć, podczas gdy palce chowają się w jego końcu, który utrzymują w zamkniętym stanie tak długo, póki ręka się nie zetknie z szyjką macicy. Celem łatwiejszego wprowadzenia do kanału porodowego zwilża się dolny koniec rękawa, włożonego na rękę, lizolem na długość dłoni. Doszedłszy do szyjki macicy, operator otwiera palce i czystą ręką wolną od zakażenia wchodzi do jamy macicy, ściągając ręką zewnętrzną rękaw ku tyłowi. Ze znacznego materiału, zestawionego przez autora, widać, że zastosowanie rękawu L. L. O k i n c z y c a w operacji ręcznego oddzielania łożyska obniżyło do połowy śmiertelność oraz liczbę powikłań w okresie pooperacyjnym. W 1929 r. zaproponował O k i n c z y c wprowadzanie, w celach zapobiegawczych okresu poporodowego, do pochwy każdej rodzącej po porodzie riwanolu w następujący sposób: zaraz po ukończeniu porodu i następnego dnia wprowadza się po 10 cm³ riwanolu w rozcynie 1 : 500. Prócz tego, w przypadkach wkroczenia operacyjnego wprowadza on do jamy macicy riwarol w tej samej ilości, lecz w rozcynie 1 : 1000. To samo robi się w ręcznym oddzielaniu łożyska i kontrolowaniu jamy macicy. Wśródmaciczne zastosowanie riwanolu w operacji ręcznego oddzielania łożyska jeszcze bardziej obniża odsetek śmiertelności i powikłań.

L. J. H.

O. GLASSMAN. *Zastosowanie zewnętrznego obrotu na główkę*. (Amer. J. Obst. and Gyn. t. XXIV, N. 2, 1932).

U 64 pacjentek wykonano z powodzeniem zewnętrzny obrót na główkę, przytem w 84% bez zastosowania znieczulenia. Żaden z płodów nie umarł, w żadnym przypadku nie powstały powikłania. Zabieg należy wykonywać już w 28 tygodniu ciąży, ażeby możliwe było powtórzenie, jeżeli pośladek powróci na poprzednie miejsce lub zabieg się nie uda za pierwszym razem. Dziecko może być zwrócone w dowolnym kierunku, zaś przyrządy do podtrzymywania brzucha nie są konieczne. Śmiertelność płodu przy porodach pośladowych jest znacznie większa (10 do 15%) aniżeli w położeniu wierzchołkowym (2 do 4%), lecz posiadamy do dyspozycji pewny i względnie prosty sposób obrotu pośládka i rzuciany części przodującej na wierzchołek zapomocą zewnętrznych rękoczynów. W miednicach względnie zwężonych dopuścić moż-

na do próby porodu przy położeniach wierzchołkowych, lecz nie należy tego próbować w położeniach pośladowych, gdyż zmniejsza to odsetek udanych operacji.

L. J.

B. ASCHNER. *Przysadka a narządy rodne*. (Wien. kl. Woch. Nr. 28. 1932).

Uznając wyniki badań nad czynnością przysadki mózgowej, w których autor sam brał udział, kładąc pod nie podwaliny, uważa on, że nie należy ich ze względu na ich oddziaływanie na narządy rodne brać pod uwagę jako tych, które należy wyłącznie uwzględniać. Należy zwracać również uwagę na przekrwienie narządów miednicy małej, wywołane przez siedzący tryb życia, zaparcie stolca, nieprawidłowe podniety płciowe i t. d. Przekrwienie to powoduje u kobiet nadmierne i niedostateczne miesiączkowanie, a przez to znowu schorzenia skóry i oczu, zapalenia woreczka żółciowego, schorzenia nerwowe i psychiczne i t. d. Autor zaleca wprowadzone nanowo przezeń leczenie konstytucyjne.

A. N e u m a n n (Baden-Helenenthal).

M. SCHARMAN. *O znaczeniu rozpoznawczem coeliotomia posterior w ciąży pozamacicznej*. (Wien. kl. Woch. Nr. 28. 1932).

Jeżeli spostrzeganie usprawiedliwia podejrzenie ciąży pozamacicznej, to przez wykonanie *coeliotomia posterior* przeprowadza się oglądanie przestrzeni D o u g l a s a z jajnikami i jajowodami. Jeżeli znajduje się normalne stosunki, zamyka się ranę szwem warstwowym. Jeżeli natomiast istnieje ciąża pozamaciczna, to w pomyślnych warunkach próbuje się operować drogą przez pochwę, w przeciwnym razie zamyka się ranę badania i robi się laparotomję.

A. N e u m a n n (Baden-Helenenthal).

Choroby nerwowe i psychiczne.

L. BERKESY. *O przypadkach nagminnie występującego surowiczego zapalenia opon w Szegedzie latem 1931*. (Wien. kl. Woch. N. 28, 1932).

Autor wyciąga z równoległego pod względem czasu występowania spostrzeganej przezeń epidemii surowiczego zapalenia opon mózgowych (*meningitis serosa*) z nagłym wzrostem liczby przypadków choroby H e i n e - M e d i n a wnioski co do ich jednakowej etiologii.

A. N e u m a n n (Baden-Helenenthal).

LANGE W. *Dystonja torsyjna w przebiegu przewlekłego zapalenia mózgu*. (Psychiatr. - Neurolog. Wochenschrift 7. 1932).

Do tej, niezbyt rzadkiej, ogółowi lekarzy mało znanej postaci, (Referent demonstrował niejednokrotnie dystonję torsyjną pozapalną) należą ruchy torsyjne, wykręcające w obrębie szyi, kręgosłupa, kończyn i tułowia, ruchy stałe i napadowe, bez i z ustabilizowaną pozycją skrzcową danego odcinka ciała. Obok stereotypowych, są bardzo zmienne zespoły ruchowe, obok zwykłej *torticollis*, *tortipelvis*, *lordosis* nader skomplikowane symptomokompleksy motoryjne, w których bierze udział prawie cała muskulatura dowolna, nie wyłączając twarzy, gardzieli, krtani. U encefalityków — a autor rozporządza oddziałem encefalitycznym w Chemnitz ze 150 osób — spotyka się te mimowolne ruchy torsyjne zarówno u chorych dotkniętych, jak nie dotkniętych parkinsonizmem czyli drżawką porażenną pośpiączkową. Na 11 przypadków torsyjnych — wszystkie u mężczyzn — z górą połowa miała objawy parkinsonizmu. Według kilkunastu autorów, którzy o tej postaci ostatnio referowali, widuje się obok ruchów torsyjnych piasawicze, atetotyczne, wrzekomo spontaniczne i obracanie się ciała około osi. Główne ognisko chorobowe przyjęto usadawiać w jądrach *striati i pallidi*, rzadziej lokalizuje się zapalenie w obrębie szarej istoty dna 3-ej komory i w *substantia nigra Soemeringii*. Choroba leczy się ciężko, zachwalana atropina nie daje wiele lub pogorszenie. Dwa odnośne przypadki, bliźniaczo do siebie po-

dobne, opisuje autor bardzo dokładnie. (Niestety, nie rozróżnia autor ściśle zapalenia mózgu przewlekłego od zapalenia ostrygo z przebiegiem przewlekłym. Referent).

H. H i g i e r.

BROCK J. Leczenie encefalityków surowicą ozdrowieńczą oraz sprawa etiologii zapalenia mózgu. (Klinische Wochenschrift 1574, 1931)

Na zasadzie kilku przypadków encefalitu dziecięcego, rozpoznanego jako śpiączka nagminna, i leczonych pomyślnie surowicą ozdrowieńczą, dostarczoną przez stację encefalityczną uniwersytetu w Getyndze, B r o c k gorąco poleca ten sposób leczenia nawet w sporadycznych przypadkach, o ile robią wrażenie klinicznie postaci nagminnej.

H. H i g i e r.

UHLENBRUCK A. Porażenie nerwów po zastrzykiwaniach. (Münchener mediz. Wochenschr. 1256. 1931).

Autor z kliniki w Kolonii opisuje 2 przypadki ciężkiego niewyrównanego porażenia n. sprychowego po zastrzyknięciu w ramię somnifenu i solarsonu. Trudno w poszczególnym przypadku rozstrzygnąć, czy się ma do czynienia z porażeniem nerwowym, czy też toksycznym. (W kilku przypadkach, które przed kilku laty Referent demonstrował u tuberkulików po zastrzyknięciu dożylnym w ramię chlorku wapnia, rozwijały się porażenia — wprawdzie innych nerwów przedramienia — bądź natychmiastowo, bądź po kilku lub kilkunastu godzinach). Ze stanowiska sądowno lekarskiego można mówić u lekarza o nieszczęśliwym wypadku, nie zaś o błędzie wykonawczym, t. zw. Kunstfeh-

ler. U pielęgniarki powstaje sądownie pytanie, czy miał lekarz dane, że dana osoba dość była doświadczona i wykwalifikowana, aby jej tę czynność powierzyć.

H. H i g i e r.

Geo GIBIER - RAMBAUD. Rola zakażenia ogniskowego w pewnych psychozach. (Presse médicale. 1479, 1931).

Autor bierze za punkt wyjścia do swoich rozumowań 4 przypadki przez siebie obserwowane przewlekłej psychozy schizofrenicznej pod postacią t. zw. hebefrenji katatonicznej *dementia praecox catatonica*, ostrych lęków depressyjnych i manji pseudodemencyjnej. We wszystkich tych przypadkach udało się stwierdzić utajone ogniska ropne w migdałkach lub korzeniach zębów i wyhodować miejscowo drobnoustroje neutropowe, anaeroby, przeważnie *streptococcus viridans* lub *haemolyticus*. Po usunięciu ognisk ropnych G i b i e r - R a m b a u d stosował autoszczepionkę z tychże drobnoustrojów tygodniami podskórnie i śródmięśniowo. Dłuższa obserwacja szpitalna (Ste Anne Hôpital) stwierdziła dużą poprawę somatyczną, psychiczną i społeczną. Autor uważa, że przeszukiwać wypada w niejasnych przypadkach — w sprawie utajonych ognisk ropnych — i szyję maciczną u kobiet oraz gruczoł krokowy u mężczyzn, a na kiszkę stale działać dezynfekująco. (Prace treści powyższej zjawiają się od lat 30-tu co pewien czas. O ile istotnie ta metoda usuwa nieraz stany podgorączkowe kryptogenetyczne, o tyle w psychiatrii, gdzie czynniki endogenne tak wybitną odgrywają rolę, wyleczenia psychozy nb. samoistnej, nie zaś objawowej, należą do rzadkich wyjątków. Ref.).

H. H i g i e r.

O c e n y k s i ą ż e k

Dr. SIMON Stefan. Die Curie-Röntgentherapie bösartiger Frauenleiden. Radiologische Praktika. Band XX. Nakładem Georg Thieme, Lipsk, stron druku 122, ilustracyj 78.

W dążeniu do udoskonalenia wyników w leczeniu energią promienistą raka narządów rodnych i wychodząc z zasadniczego założenia niewystarczalności wyników dotychczasowych, autor omawia dokładnie szanse kombinowanej metody naświetlań promieniami X i radu jednocześnie. Zagadnienie to niejednokrotnie było już poruszane w literaturze światowej i nieraz już omawiane na zjazdach naukowych. Autor, zdaniem mojem, zupełnie słusznie wyodrębnił schorzenia narządów rodnych z całokształtu zagadnienia naświetlań nowotworów złośliwych. Cały szereg warunków topograficznych i możliwości technicznych (jak np. łatwy dostęp do wnętrza) stwarza specjalne warunki naświetlania, umożliwiające zaaplikowanie maksymalnej dawki bez niebezpieczeństwa „przedawkowania”. Zdaniem autora, głównym czynnikiem, działającym niszcząco na nowotwory narządów rodnych, są promienie radu. Działanie ich jednak koncentruje się przeważnie w najbliższych centymetrach tkanki. Ilościowa niejednorodność promieni radowych wespół z nierównomiernym zaatakowaniem tkanek przez nowotwór oraz niejednorodność tkankowa stwarza podłoże i wskazanie dla zaaplikowania promieni R o e n t g e n a. Dzięki zastosowaniu promieni R o e n t g e n a udaje się pogłębić działanie promieni radowych i pokryć dostateczną ilością energii promienistej odległe odcinki. Weźmy dla przykładu zaaplikowaną na powierzchni dawkę 1000 mgeh. W głębokości 1,5 ctm. —

pozostanie z nich zaledwie 415 mgeh, przy 2,5 ctm. — 150, a przy 6 ctm. 25 mgeh. Najkorzystniej przedstawia się stosunek powierzchni do pierwszego odcinka 1,5 ctm. Naogół stosunek ten dla 3-ch tych odległości przedstawia się, jak 16,6 do 6 do 1. Jeśli dodamy do tego 50% HED promieni X, to zmienimy znacznie ten stosunek. W sumie otrzymamy 2,3 do 1,4 do 1. (biorąc 500 mgeh za 600 r.). Autor jest zwolennikiem naświetlań zapobiegawczych. Działanie tych naświetlań polega na zahamowaniu bujania tkanek otoczenia pola operacyjnego i statystycznie znacznie poprawiło definitywne wyniki wyleczenia przypadków operowanych. Naświetlanie pooperacyjne nie podlega, zdaniem S i m o n a, żadnej dyskusji. Co się tyczy stosowania naświetlań jako wyłącznego środka leczenia, to wszystkie nadające się do operacji guzy pochwy, macicy i sromu z równie dobrym skutkiem mogą być naświetlane. Główną przyczyną ujemnych wyników naświetleń widzi S i m o n przede wszystkim w niedostatecznym opanowaniu techniki. Częściowo jednak przyczyna znajduje się w samej naturze schorzenia. Niezawsze jesteśmy w stanie określić dokładnie, gdzie kończy się nacieczenie nowotworowe, niekiedy zaś zmuszeni jesteśmy oszczędzać narządy, otaczające nowotwór, i tem samym powodujemy niedodawkowanie. W części II ej omawia autor szczegółowo anatomję patologiczną, wskazania i przeciwwskazania, technikę naświetlań i wyniki statystyczne w rakach sromu, pochwy, szyjki i trzonu macicy. Oddzielne działy poświęcone są mięsakom narządów rodnych i rakom jajników.

B. K r y ń s k i.

Wskazówki praktyczne

Zastrzykiwania podskórne tlenu poleca *W e l i c h* w przypadkach, w których zastosowanie wdychań tlenowych napotyka trudności. Zastrzykiwać najlepiej pod skórę zewnętrznego brzegu przedniej powierzchni uda, w odległości 7 ctm. od górnego brzegu rzepki. Ilość tlenu waha się od 150 do 500 ctm³. W razie potrzeby powtórne zastrzyknięcie. Działanie występuje natychmiastowo. Szczególnie dobre wyniki otrzymujemy w asfiksji noworodków, w przypadkach utonięcia, zatrucia CO i w zapaleniu płuc. (Brit. med. Journ. 23.VI.1932).

—o—

B i c k e l radzi *gimnastykę w ostatnich miesiącach ciąży* celem wzmocnienia muskulatury tłoczni brzusznej oraz wprawienia się ciężarnej w napinaniu i zwalnianiu mięśni. Gimnastyka taka nie jest szkodliwa i nie grozi przedwczesnym odejściem wód lub przedwczesnym porodem. (Arch. f. Frauenkunde und Konstitutionsforsch. 1932 N. 6).

—o—

W celu uniknięcia uszkodzenia nerwu pośrodkowego po zastrzykiwaniach dożylnych radzi *J. Z u t t* unikać żyły

odłokciowej (*v. basilica*), a zawsze posługiwać się żyłą pośrodkową (*v. mediana*). (D. m. W. 1932 str. 1321).

—o—

Efedryna ma być, według *H. C o h e n a*, skutecznym środkiem w *narkolepsji*. Dawka początkowa 3 razy dziennie, późniejsza 2 razy dziennie po 0,03. (Lancet 13.VIII.1932).

—o—

G l e i c h m a n n poleca przeciwko *trądzikowi, czyraczności i wypryskowi Vallathen*, przetwór wielohormonowy w drażetkach, zawierający, oprócz siarki i magnezji, sok kiszkowy, wątrobę i trzustkę. Zmiany skórne znikają bez leczenia miejscowego. Dawka: 3 razy dziennie po 1 drażetkę, w przypadkach uporczywych stopniowo do 3 razy dziennie po 3 drażetki. (Med. Welt. 1932, N. 51).

—o—

Dostateczne wyjałowienie narzędzi daje się osiągnąć przez 10 — 20 minutowe gotowanie w 1 — 2% roztworze sodu. Jeżeli zależy na skróceniu czasu wyjaławiania, to wystarczy, według *S o b e r n h e i m a*, dodanie *formaliny* w ilości 1 ctm.³ na litr wody. Formalina w tej ilości narzędzi nie psuje. (Schweiz. med. Woch. 1932 N. 45).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Posiedzenia lekarzy szkolnych.

Posiedzenie z dn. 16 marca 1933 r.

Przewodniczący Dr. Stanisław K o p c z y ń s k i.
Sekretarz Dr. Wacław M u c h o. Osób obecnych 68.

Odczytano i przyjęto protokół z dnia 16 lutego, poczem Dr. Wacław G o ń d z i c k i wygłosił odczyt p. t. „O uświadamianiu płciowem”.

Po wstępie, omawiającym historycznie reformatorską i pedagogiczną koncepcję uświadamiania płciowego, zapoczątkowaną w Polsce przed mniej więcej 30-tu laty, prelegent na zasadzie psychologicznych danych, nowych prądów w filozofii pedagogiki oraz warunków nauczania szkolnego w klasie dochodzi do wniosku, że uświadamianie płciowe zbiorowe powinno być bezwzględnie zabronione. Wyrządza ono więcej szkody, aniżeli przynieść może korzyści. Odrzucając uświadamianie zbiorowe jako metodę niepedagogiczną, mówca oświadcza się jednak za uświadamianiem indywidualnym, lecz i tej metodzie w oderwaniu od całego szeregu innych czynników wychowawczych, jak higieny, wychowanie fizyczne, praca, współzycie i t. p., nie przypisuje wielkiego znaczenia w profilaktyce płciowej. Uświadamianie płciowe jako takie oparte jest wyłącznie na wiedzy, jest werbalne, racjonalistyczne, a wiedza sama nie prowadzi do cnoty, do wyrobienia, opanowania, do charakteru. Tezę tę ilustruje negatywnymi przykładami z życia uczniów.

Omówiwszy wszystkie strony dodatnie, jakie dają wyszczególnione powyżej inne metody pedagogiczne w wychowaniu płciowem, prelegent wysuwa wniosek, że uświadamianie płciowe nie jest czołową dyscypliną płciową, lecz drugo, — a nawet trzeciorzędna.

Pierwszą teoretyczną część swego przemówienia kończy zwróceniem uwagi na rozbieżność zasad i poglądów na sprawę wychowania płciowego, istniejącą w szkole psychoanalityków, oraz podkreśla nieodzowność trzymania się przez lekarzy szkolnych pewnego systemu pedagogiki płciowej, opartej nie wyłącznie na wiedzy biologicznej, lecz na światopoglądzie, któryby liczył się nie z pojedynczymi właściwościami natury ludzkiej, ale z pełnią człowieczeństwa.

Drugą praktyczną część referatu prelegent poświęcił rozpatrzeniu i ustaleniu najlepszych warunków uświadamiania płciowego indywidualnego w zależności od czasu, formy i zakresu.

Uświadamianie płciowe dzieci do lat 10-ciu prelegent nie uważa za szkodliwe, ale za zbyt częste. Tezę tę udowadnia przykładami zaczerpniętymi z pracy *S p r a n g e r a* oraz z oso-

bistej obserwacji. Tępienie w dzieciach przyrodzonego wstępu płciowego uważa za kardynalny błąd pedagogiczny. W zależności od każdego poszczególnego przypadku wiek od lat 10 do 15-tu jest zdaniem mówcy dopiero wiekiem właściwym do rozpoczęcia uświadamiających poczynań pedagogicznych. Uświadamianie dzieci w chwili, kiedy już pojawiło się pierwsze miesiączkowanie lub zmyły nocne, jest spóźnione, mija się z celem uświadamiania — uprzedzenie w wychowaniu strachu i lęku. Za absolutne wskazanie do niezbędności uświadamiania płciowego zdaniem prelegenta, jest wystąpienie w wychowanku pierwszych oznak erotyki, pojmovanej przez niego w duchu *S p r a n g e r a*, objawiającej się w stosunku do osób obcych, a jednocześnie drażliwości, opryskliwości, nawet brutalności w stosunku do najbliższego otoczenia, a więc objawów, poprzedzających zwykle dojrzewanie płciowe.

Uświadamianie płciowe indywidualne nie prowadzi wogóle do celu, o ile wzbudza w dziecku strach i lęk, o ile nie rozwija w niem poczucia wiary w swe siły i w życie, słowem, o ile nie uduchawia instynktu płciowego, o ile nie stawia przed oczyma wychowanka pewnego ideału etyczno-płciowego. Szerzenie wiadomości wśród młodzieży starszej o chorobach wenerycznych prelegent uważa za konieczne, zakres jednak tych wiadomości powinien być dobrze rozważony i odważany. Język anatomji opisowej oraz porównanie z płciowem życia zwierząt w wykładach higieny płci uważa za nieodpowiednie, bo mogące wywołać skutek wprost przeciwny temu, jaki był zamierzony.

Zastosowanie teorii uświadamiania płciowego do życia, do każdego poszczególnego przypadku jest, zdaniem jego, rzeczą nader trudną i rozwiązywaną dodatnio jedynie przez pedagogów w wielkim stylu.

W dyskusji: Dr. C i e s z y ń s k i zaznacza wielki wpływ wychowania religijnego na zmniejszenie popędów erotycznych u młodzieży.

Dr. L e ś k i e w i c z o w a proponuje, by lekarze szkolni wspólnie z rodzicami uczniów przyczyniali się do zwalczania literatury erotycznej, zwłaszcza pornograficznej.

Dr. J e ń d r z e j o w s k i uważa, że nie rodzice, lecz tylko lekarze winni uświadamiać dzieci, gdyż oni, mając zasób wiadomości z dziedziny anatomji i fizjologii, mogą w sposób umietyjny uświadamiać młodzież, biorąc za punkt wyjścia zjawiska rozmnażania się roślin.

Dr. F r ü h a u f o w a jest zwolenniczką nawet gromadnego uświadamiania młodzieży, zaznaczając, że w szkole średniej nieuświadamionych dzieci niema. Podkreśla przytem, że dzisiejsza młodzież żyje i rozwija się daleko szybciej,

wskutek czego nieuświadomienie jej płciowe, zwłaszcza w chorobach, związanych z życiem płciowym, może pociągnąć zgubne skutki.

Dr. Uliński zastanawia się, czy lepiej uświadamiać młodzież, gdy ta już wstąpiła w okres dojrzewania, czy też przed tym okresem.

Prof. Francikowski podkreśla doniosłość ćwiczeń cielesnych, jako środka wpływającego hamująco na przedwczesny rozwój płciowy.

Przewodniczący podnosi głębokie psychologiczno-pedagogiczne ujęcie niezmiernie trudnego tematu przez prelegenta, w którego referacie przejawia się jako myśl zasadnicza — potrzeba uwznioślenia (sublimacji) popędu płciowego.

Posiedzenie zamknięto o godzinie 22.10.

Szpital fund. małż. Poznańskich w Łodzi.

Posiedzenie kliniczne oddziałów wewnętrznych im. Seweryna Sterlinga z dnia 16 marca 1933 roku.

(Ordynator oddziału A — L. Szyfman, Ordynator oddziału B — H. Kryszek).

Kol. Szyfman zagajając pierwsze wspólne posiedzenie obu oddziałów, wyraża nadzieję, że zebrani dołożą wszelkich starań, aby nie obniżyć poziomu naukowego, jaki osiągnęły posiedzenia oddziałowe za ordynatury Sterlinga.

Przewodniczący kol. Kryszek.

Porządek dzienny: Pokaz chorych

Z oddziału A:

1. Kol. Krasowski demonstruje przypadek raka oskrzelowego o wybitnych objawach rentgenowskich, a skąpych klinicznych. Chory lat 50. Przybył do szpitala 10.XI. 1932 r. Od maja 1931 r. częste dreszcze, stany podgorączkowe, bóle pleców. Brak kaszlu, krwioplucia, duszności. Na wadze nie ubywa (nawet bywają okresy przyrostu). Przytłumienie w prawej okolicy międzyłopatkowej; oddech i drżenie głosowe nieosłabione. Na początku marca 1933 r. wystąpiło nieznaczne rozszerzenie żył pod prawym obojczykiem oraz uwypuklenie prawej okolicy nadobojczykowej. O, B w r. 1931 — 20'; obecnie 15', 27', 20'. W a s s e r m a n n we krwi, K o c h w płwocinie, diazo w moczu — ujemne. R o e n t g e n: W maju 1931 — prawostronne nacieczenie okołownikowe; w listopadzie 1932 — przywnękowe nieostro odgraniczone nacieczenie; w lutym 1933 r. — przywnękowy ostro odgraniczony, jajowaty cień z odczynem międzypłatowym; w połowie marca 1933 r. cień ten osiągnął wielkość pomarańczowy, dolna jego granica uwypukla ku dołowi linię międzypłatową, górna granica jest ząbębiona (wypustki). Bronchografia (w marcu 1933 r.) lipjedol zatrzymuje się w górnym oskrzeli drugorzędnej. — Brak wybitnego odczynu ogólnego i miejscowego po trzykrotnym naświetlaniu rentgenowskim klatki piersiowej przemawia przeciwko nacieczeniu gruźliczemu. Natomiast brak charłactwa i anemii wtórnej nie wyłącza złośliwego nowotworu, gdyż rak oskrzela przez długi czas może nie dawać tych następstw. — W dyskusji zabierają głos kol. Kryszek (rozszerzenie żył przemawia za udziałem śródpiersia), P o z n a ń s k i, W i t o ń s k i, K e i l s o n (nie ulega prawie żadnej wątpliwości, że cień, widziany w 1931, i obecny odpowiadają temu samemu guzowi w różnych okresach rozwoju), R e i t e r o w s k i (diagnostyczne zakładanie odmy).

2. Kol. Wajnsztock: 2 przypadki rzeżączkowego zapalenia wielu stawów. Obie chore przybyły z rozpoznaniem: *Polyarthritus rheumaticus acutus*. Salicyl stosowano bez skutku. Bakteriologiczne badanie wydzieliny z szyi macicy dało wynik ujemny. Jednak wobec podejrzenia rzeżączki zarządzone wstrzykiwanie artionu. Wówczas dopiero — po przemijającym nasileniu — ostre objawy ustąpiły. Schorzenie zrazu wielostawowe, ostatecznie zlokalizowało się u jednej chorej w stawie nadgarstkowym, u drugiej — w kolanowym. Równocześnie z artionem stosowano zastój B i e r a oraz ruchy bierne. Zesztywnieniu stawu u jednej chorej udało się zapobiec w zupełności, u drugiej tylko częściowo (opór chorej przeciwko wykonywaniu bolesnych ruchów biernych). W obu przypadkach gonoreakcja (odchylenia dopłnicza) wypadła dodatnio (zastrzeżenie: u jednej z chorych odczyn został wykonany dopiero po przejściu do leczenia swoistego).

Dyskusja: kol. Grynberg, P o z n a ń s k i (gonoreakcja w sprawach wielostawowych podobno bywa dodatnia w 100% przypadków), K o c e n, M i l l e r

(badanie płynu z nakłucia stawu na gonokoki), A j z n e r (zależność zejścia, zesztywnienia, nietyłe od zabiegów, ile od stadium schorzenia, t. j. od tego, czy zajęta jest tylko błona maziowa, czy też chrząstka i kość).

Z oddziału B.

1. Kol. Uryson: *Przypadek gruźlicy kręgosłupa szyjnego z zimnym ropniem śródpiersia*. Klinicznie: bóle karbowe w okolicy VI kręgu szyjnego; unoszenie głowy jedynie przy podpieraniu jej od tyłu; ciepłota do 38,2 (ustępująca po założeniu wyciągu); stłumienie nad górną częścią płuca lewego — z tyłu sięgające do kąta łopatki, z przodu zlewające się ze stłumieniem serca; na obszarze stłumienia liczne rzęzenia suche i pojedyncze wilgotne drobnobańkowe. Ubytek w przegrodzie nosowej z typową ziarniną gruźliczą. R o e n t g e n (zdjęcie): Brak widocznych zmian w trzonach kręgów (kilkakrotne badanie). Ostro odgraniczony cień w przedniej części śródpiersia. Nakłucie śródpiersia (kol. A j z n e r): wydobyto klarowny bursztynowy płyn, w którym wykryto tylko limfocyty (część płynu zaszczipiono świnie morskiej).

D y s k u s j a: kol. K e i l s o n (Ropień opadowy może być jedynym objawem gruźlicy kręgów), R e i t e r o w s k i, M a z u r, K r y s z e k (klarowany płyn może pochodzić z górnej części ropnia w leżącej pozycji chorego).

3. Kol. Wołczyński demonstruje przypadek *jamistej gruźlicy płuc, powiklanej samoistną odmą i kachetycznymi obrzękami*. Chory lat 60; w sierpniu 1932 r. wystąpił kaszel i duszność. Od stycznia 1933 — gorączka, obfita ropna płwocina. (K o c h —, później jednak +), wzmagająca się duszność, bladeńie, osłabienie, obrzęki kończyn dolnych, górnych i twarzy; ciężki stan ogólny. Fizykalnie: Nad lewym płucem przytłumienie w okolicy nadłopatkowej i podłopatkowej, oddech zaostrowany, rzęzenia suche; u dołu nieliczne rzęzenia drobnobańkowe, potem wystąpiła amforja na coraz większej przestrzeni, w górnej połowie klatki piersiowej po stronie lewej. R o e n t g e n: a) przed kilku tygodniami — jama z płynem w części środkowej płuca lewego; wyżej wyjaśnienie (jama?); odma szerokości 1½ palca, z wolnym płynem, b) obecnie — dwie jamy (odmy i wysięku brak). Obrzęki w omawianym przypadku nie są pochodzenia nerczycowego (brak luźno bardzo mało białka w moczu), ani sercowego (nie ustępują po naparstnicy, brak wyraźnych cech niedomogi mięśnia sercowego), a więc obrzęki kachetyczne. W obrazie krwi uderza znaczny spadek ilości hemoglobiny (38%) przy dużej liczbie czerwonych krwinek (od 4 — 5,5 milionów) leukocytoza. Rozpoznanie różniczkowe wahało się między pogrypowymi ropniami płuc (u osobnika z włóknistą gruźlicą) a jamistą postacią gruźlicy. Dodatni K o c h oraz rentgenowski charakter jam przemawiają przeciwko ropniom grypowym; należy raczej przypuszczać, że dodatkowe zakażenie zaktywowało starą, drzemającą sprawę gruźliczą w płucach, i to w tempie niezwykle gwałtownym. Jamy, przebieg ciepłoty, leukocytoza, wybitne charłactwo z obrzękami odpowiadałoby postaci, oznaczonej przez N e u m a n n a nazwą: *Phthisis cavitaria ulcerosa*. Podług klasyfikacji S t e r l i n g a: *Phthisis pulm. consumptiva. Tbc. fibrocavosa progrediens acuta (cachecticans)*.

D y s k u s j a: kol. Szyfman (trudno wykluczyć nowotwór płuca, który może istnieć obok sprawy gruźliczej), G o l d r y n g, K o c e n (mała ilość Hb przy dużej liczbie czerwonych krwinek zdarza się szczególnie, gdy gruźlica płuc jest powikłana gruźlicą ielit). R e i t e r o w s k i (duża liczba erytrocytów jedni tłumaczą zągęszeniem krwi, inni zaś uważają ją za wyraz kompensacji niedostatecznego utlenienia), K r y s z e k, P o z n a ń s k i, W i t o ń s k i.

Sekretarz (—) W. Krasowski.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Wiedniu z dnia 2 grudnia 1932 r. (Klin. Wschr. Nr. 13. 1933) mówili M. S t e r n b e r g i Z. F o r s c h n e r o *ergotaminie jako środka hamującym wydzielanie potu*. Gynergen „Sandoz” okazał się znakomitym środkiem w zwalczaniu uporczywych potów chorych na gruźlicę. Był on również skuteczny w silnych potach w jednym przypadku białaczki i jednym ziarnicy złośliwej. Czasami celowe okazuje się łączenie małych dawek gynergeny — 2 tabletki dziennie, ewentualnie co drugi lub trzeci dzień — z czopkami z belladony lub luminalu. Podać teoretyczne wytłumaczenie nie jest łatwo, gdyż stosunki unerwienia gruczołów potowych, jak wiado-

mo, są z punktu widzenia farmakologicznego paradoksalne. W dyskusji zaznaczył A. Froehlich, że ergotamina (gynergen) działa nie tylko porażająco na współczulne zakończenia nerwowe, lecz również pobudzająco na nerwy przywspółczulne. Może ona więc u kota np. pobudzać wydzielanie gruczołów potowych. Do zahamowania współczulnego wydzielania potu potrzebne są w doświadczeniach na zwierzętach duże dawki ergotaminy. J. Wilder wskazuje na podane przezeń prawo wartości wyjściowych, które należy brać pod uwagę również w badaniach nad wydzielaniem potu.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Kilonji z dnia 10 listopada 1932 r. (Klin. Wschr. Nr. 14. 1933) Spetch przeprowadzał *uspienie endormowe* i zdawał sprawę z doświadczeń klinicznych w 50 przypadkach. Przygotowanie do uspienia nie jest konieczne. Przeciwnie, odradza należy użycia jakiegos wstępnego środka usypiającego z powodu niebezpieczeństwa uszkodzenia ośrodka oddechowego. Dawkowanie jest podobne, jak przy użyciu awertyny (5 — 10 cm.³). Czas wlewania powinien być możliwie jak najdłuższy, przynajmniej 1½ — 2 minut. Zасыpienie następuje bardzo szybko, już podczas zastrzykiwania. Czasami występuje ziewanie albo lekkie drżenie. Po przebudzeniu się nie ma żadnych objawów podniecenia. Nie ma też prze-

ważnie wymiotów. Czas trwania uspiania wynosi 5 do 15 minut. Nada się zatem ono szczególnie do zastosowania w małej chirurgji, w zabiegach urologicznych i t. p. Oddychanie nie ulega upośledzeniu, ciśnienie krwi nieznacznie się obniża, podobnie jak we śnie, tętno ulega nieznacznemu przyspieszeniu. Nie spostrzegano żadnych nieprzyjemnych wypadków w czasie uspiania, ani też następnych uszkodzeń.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Lipsku z dnia 6 grudnia 1932 r. (Klin. Wschr. Nr. 14. 1933) pokazywał Hesse dwa przypadki *mnogich raków pierwotnych*. W jednym z nich w odstępie siedmioletnim powstały odosobnione raki odbytnicy i poprzecznicy, przyczem oba z powodzeniem doszczętnie operowano. Podczas gdy w tym przypadku nie można było zupełnie ściśle zadośćuczynić wymaganiom określenia pierwotnej mnogości w znaczeniu Billrotha, przypadek drugi wypełniał całkowicie idealne wymagania Billrotha: miało się tutaj do czynienia z jednoczesnym wystąpieniem raka gruczołu piersiowego i raka esicy, budowa rozmaita odpowiednio do narządów, z których wychodziły one, związek z podłożem, przyczem każdy z raków dawał przerzuty sam dla siebie. Prelegent podkreśla konieczność i znaczenie kliniczne odróżniania pierwotnych guzów mnogich i odosobnionych przerzutów odległych.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Z Polskiego Instytutu Badania Zagadnień Ludnościowych.

Badania nad rozrodczością w Polsce.

Część II. Ankieta wśród lekarzy*).

Podał

M. KACPRZAK (Warszawa).

(Dok. — patrz Nr. 20)

III. Metody jakich używają lekarze, celem ograniczenia potomstwa, nasuwają poważne refleksje, gdyż *a priori* skłonni jesteśmy przypuszczać, że lekarze, jako najlepiej poinformowani, stosują metody najbardziej współczesne, a że dążenie do ograniczenia rodziny jest prawdopodobnie wśród lekarzy nie mniejsze, niż wśród przedstawicieli innych zawodów wyzwolonych uważamy lekarzy za przodujących w tej dziedzinie. Przedewszystkiem więc, czy zawsze stosowane są środki zapobiegawcze? Z ogólnej liczby 253 odpowiedzi na to pytanie dowiadujemy się, że w 64 przypadkach (25,3%) nie stosowano wcale środków zapobiegawczych. To niestosowanie jednak wymaga wyjaśnienia, dlatego rozpatrzmy bliżej te 64 odpowiedzi.

Przedewszystkiem 11 odpowiedzi dotyczy małżeństw, zawartych w ciągu ostatnich 5 lat (7 w roku ubiegłym), w tych przypadkach więc o ograniczaniu mówić dość trudno, gdyż większość rodzin pragnie posiadać przynajmniej jedno dziecko, a nawet przy zupełnie normalnym życiu płciowym zapłodnienie mogło jeszcze nie nastąpić, tembardziej, że niekiedy są to małżeństwa dość późne (żona po 30 roku); w kilku przypadkach z tej grupy podano, że małżeństwo oczekuje potomstwa. W 13 przypadkach są to małżeństwa zakończone, to znaczy żona ma lat 50 lub więcej, i które wydały na świat od 1 do 6 dzieci (żyjące i zmarłe). We wszystkich tych rodzinach, uwzględniając datę zawarcia małżeństwa, datę urodzenia dzieci od

pierwszego do ostatniego, trudno przypuścić, żeby tak mała liczba dzieci (maksimum 6) była wynikiem naturalnego biegu rzeczy; wszystko przemawia za tem, że wypełniający kwestionariusz mówią o czasie teraźniejszym, t. j. o niestosowaniu środków zapobiegawczych obecnie, kiedy możliwość zapłodnienia już nie istnieje ze względu na wiek żony. Może zresztą w grę tu wchodzi i inne przyczyny niezachodzenia w ciążę, o tem jednak wypełniający kwestionariusz nie mówią i nie wyjaśniają, dlaczego mieli 2 — 3 dzieci, nie przeciwdziałając zapłodnieniu. W 7 przypadkach mówi się, że środki zapobiegawcze nie są stosowane, ale obok podano, że były robione raz lub wielokrotnie (do 8 razy) sztuczne poronienia. Dwanaście kwestionariuszów dotyczy małżeństw, w których nastąpiła bezpłodność wskutek przebytych chorób, najczęściej stanów zapalnych macicy i przydatków, niekiedy wskutek poronień; w paru przypadkach mamy do czynienia z poronieniami samoistnymi, nowotworami. W 9 przypadkach mamy do czynienia z bezpłodnością fizjologiczną, co albo zaznaczają sami informujący, podając niekiedy powody (niedorozwój macicy, zwężenie szyjki, *infantilismus* - *amenorrhoea*, *retroflexio uteri*, w młodości *urethritis* męża), albo to bezpośrednio wpływa z ogólnych informacji. Są to małżeństwa, trwające przynajmniej lat kilkanaście, w ciągu których nie było ani jednego zapłodnienia.

Pozostałe kilkanaście przypadków dotyczy rodzin, posiadających 1 — 3 dzieci (w jednej rodzinie 6). Lekarz (rka) informujący wyraźnie mówi, że środków żadnych nie stosują, a z okresu trwania małżeństwa, uwzględniając nawet tylko czas od 1-go dziecka, które normalnie może przysiąć na świat po kilku latach, wpływa, że dzieci powinno być więcej, niż 1 — 3. Te przypadki na podstawie istniejących danych objaśnić trudno.

W 189 ankietach (74,7%) jest mowa wyraźnie o stosowaniu środków zapobiegawczych, na-

*) Część I. patrz Kwartalnik Statystyczny rok 1933, zeszyt I.

turalnie, z wyjątkiem tego czasu, kiedy się zmierzsa świadomie do zapłodnienia, albo, kiedy zapłodnienie nie może nastąpić.

W używanych środkach można ustalić następującą kolejność:

prezerwatywy stosowano w	— 112 przyp.	— 56,6%
<i>coitus interruptus</i> w	— 80 „	— 40,4%
czopki, galki, tampony w	— 54 „	— 27,3%
przeplókiwanie pochwy po		
stosunku, najczęściej roz-		
czynami kwaśnymi lub		
lekko odkażającymi w	— 44 „	— 22,2%
<i>pessaria</i> w	— 19 „	— 9,6%

Wyprowadzając wnioski z powyższej tablicy, należy mieć na względzie, że każdy niemal z informujących o swoich metodach używa ich kilka jednocześnie, z których jedna uzupełnia drugą (*coitus interruptus* i przeplókiwania, czopki i przeplókiwania), albo jednej niezależnie od drugiej (prezerwatywy i *coitus interruptus*), albo też pewien przeciąg czasu stosuje jedną metodę, a następnie ją zarzuca, ucieka się do innej, która wydaje mu się pewniejsza lub bardziej zbliżona do stosunku naturalnego.

W każdym razie z tablicy tej jasno wypływa, że lekarze używają metod równie prymitywnych, jak i ogół ludności. Uderza z jednej strony ogromnie wysoki odsetek, jaki przypada na *coitus interruptus*, ulubiony środek warstw ludowych od czasów O n a n a, z drugiej — rzadkie używanie *pessariów* wszelkiego rodzaju. Naturalnie, trzeba tu mieć na względzie, że *coitus interruptus* jest zawsze dostępny i nie wymaga żadnych czynności przygotowawczych, które nawet w pozycji małżeńskim przed aktem są przykre. Prawdopodobnie ta łatwość i początkowa zgodność spółkowania przerywanego z aktem naturalnym czyni je tak rozpowszechnionem nawet wśród lekarzy.

Stosunkowo niewielu zwolenników ma metoda K n a u s a, ale wobec jej niektórych zalet (gdyby była skuteczna) omawiam szczegółowiej przy odpowiedzi, które jej dotyczy. Metodę K n a u s a w połączeniu już to ze stosowaniem środków zapobiegawczych w rodzaju *coitus interruptus*, prezerwatywy, już to z absolutną wstrzeźliwością podano w 15 przypadkach.

Sam okres wolny od zapłodnienia jest bardzo różnie określan: „po każdym perjodzie od 20-go dnia” (10), „5 — 6 dni przed spodziewanym perjodem i 4 — 5 dni po perjodzie wstrzeźliwości absolutna — ten sposób niemal niezawodny” (60). „Bez środków zapobiegawczych w ostatnich dniach przed i po menstruacji” (15). „W pierwszym roku małżeństwa spółkowanie normalne tylko w 3 tygodniu po perjodzie, który to sposób przez 1 rok okazał się skuteczny” (163). „Na 10 dni przed okresem wolna od zapłodnienia” (148). „Przez 7 — 10 dni przed perjodem normalne spółkowanie” (240). „Od 1 — 12 i od 22 — 28 dnia po miesiączce *coitus* normalny” (89). Kilkakrotnie mówi się tylko o wstrzeźliwości, nie podając szczegółów.

Metoda, sądząc z różnych, niekiedy biegunowo przeciwnych odpowiedzi i podawanych uzupełnień, wcale pewna nie jest, tembardziej, że niezachodzenie w ciążę może być wywołane innymi czynnikami, co szerzej omawia jeden z lekarzy.

„Czy niezachodzenie w ciążę zależy u nas od sposobu życia seksualnego, czy też bezpłodność (ual-sza) zależy od guzów macicy, trudno mi odpowiedzieć. Odpowiedz nastąpiłaby, gdybyśmy zaczęli żyć normalnie zaraz po ukonczeniu periodu. Ale warunki materialne nie pozwalają mi na dokonanie tego eksperymentu, gdyż zarobki moje, aczkolwiek mam posadę, ledwo starczą na skromne utrzymanie 3 osobowej rodziny, drugiego zaś dziecka w obecnych warunkach wychowywać nie byłibymy w stanie” (240).

Tak więc niema środka zapobiegawczego, któryby wśród lekarzy nie miał zwolenników, niema żadnego, któryby cieszył się ogólnym uznaniem. Tak wielka różnorodność stosowanych metod wskazuje jednocześnie na brak pewności (za-wody), co wielokrotnie jest w kwestjonariuszach podkreślane. Przytem jednak duży jest brak uświadczenia pod tym względem wśród lekarzy, co również zaznaczone jest w kilku kwestjonariuszach. Oto przykład: „Mąż w swej pruderji, choć lekarz, nie umiał stosować środków zapobiegawczych, ani chciał się kogoś o to poradzić. Ochraniać wyćzerpywały go nerwowo. Środki apteczne zawodziły. Przybyło dwoje dzieci — razem czworo. Poronień nie uznawali oboje ze względów etycznych. Musieli stronić od siebie mimo wielkiego wzajemnego przywiązania i życie przyniosło niejedną ciężką chwilę” (7).

Mając na względzie ten dość ogólny brak uświadczenia, jeden z lekarzy tak pisze: „Jest rzeczą bardzo pożądaną, by do programu studiów lekarskich wprowadzić obowiązujące wykłady o środkach antykoncepcyjnych. Nauczanie farmakologii powinno środki te szczegółowo uwzględnić, zaś klinika położnicza winna dać pogląd praktyczny na wskazania i wyniki stosowanych środków. Jest sprawą ubolewania godną, że ginekologowie, którzy bez większych skrupułów dokonywują przerywania ciąży z pominięciem wymogów ustawowych, nie zalecają i nie propagują sposobów antykoncepcyjnych. Powyższy stan rzeczy nasuwa bardzo niemiłe refleksje — i czasby już było naświetlić należycie takie postępowanie. Poważne głosy w prasie mieć mogłyby bardzo doniosły wpływ — i sądzę, że możnaby przejść do porządku dziennego nad obłudnymi głosami o „kalaniu naszego gniazda” — jak często nazywa się piętnowanie karygodnych praktyk niektórych jednostek, które zły los złączył jednym mianem zawodowem z temi, którzy szanują swoją wysoką godność lekarza” (22).

Wpływ używanych środków zapobiegawczych na zdrowie oceniany jest z małemi wyjątkami, jako bardzo ujemny, szczególnie na układ nerwowy. Przykłady: „Zarówno *coitus praeservatus**, jak i *coitus interruptus* uważam za bezwzględnie нефизjologiczny i szkodliwy (wpływ ujemny na narządy kobiece i układ nerwowy)” (168). „Za szkodliwe uważam unikanie ciąży, co dopuszczalne jest tylko przez pewien czas po porodzie lub w razach specjalnych za poradą lekarską” (112). Nie bez znaczenia także dla ogólnego stanu zdrowia, a przede wszystkim ze względów

*) Domyśleć się należy z zastosowaniem prezerwatywów.

psychicznych jest moment obawy, wypowiedziany w jednym przypadku. „Stała obawa przed zajściem w ciążę jest niezmiernie wielkim obciążeniem psychicznym dla obu stron i narusza naturalne pożycie małżeńskie” (227). Zaledwie w kilku kwestjonariuszach znajdujemy uwagi niezgodne z powyższem, a mianowicie, że metody zapobiegawcze wólwu ujemnego nie wywierają. Jedną dość charakterystyczną odpowiedź podają. Udzielający odpowiedzi stosuje *coitus reservatus* (to samo co i *interruptus*), a na pytanie z jakim skutkiem, odpowiada — „z dodatnim oczywiście i z całkowitem zachowaniem szczęścia małżeńskiego” (12).

Skuteczność stosowanych metod ocenić trudno, dlatego, że, jak już wspomniano, każdy niemal z odpowiadających używa kilku środków i najczęściej nie precyzuje, który zawiódł, w dodatku, prócz odpowiedzi wyraźnych są takie, w których należy się domysleć, co piszący miał na względzie. Można więc dać tylko ogólny obraz wartości środków stosowanych, biorąc wyniki z pewnem zastrzeżeniem.

Na 198 odpowiedzi znajdujemy skutek:

pomyślny	— w 98 przyp. (49,4%),
częściowo pomyślny	— „ 59 „ (29,8%),
niepomyślny	— „ 32 „ (16,1%).

Do „częściowo” pomyślnych zaliczono te przypadki, gdzie autor odpowiedzi sam wyraźnie tak mówi, jak również te, w których odpowiadający twierdzi, że środki stosowane są skuteczne, a jednocześnie dalej podaje „zapłodnienie”, lub to, że żonie robiono jedną lub dwie skrobanki. Można częściowo pomyślne i niepomyślne traktować wspólnie, jako niedające pożądanego wyniku; błąd będzie niewielki. W sumie na podstawie ankiety możnaby powiedzieć, że w połowie przypadków stosowane środki zawodzą. W rzeczywistości zawodzą wszystkie środki, gdyż przy każdym spotykamy niepożądane ciążę, porody, poronienia. Stosunkowo może najrzadziej niepomyślne wypadki zdarzają się przy stosowaniu prezerwatyw, ale i ten środek niezależnie od innych jego braków pewny nie jest i niejednokrotnie zawodzi. Ciążę wbrew woli spotyka się często, i niewiele jest rodzin, któreby nie „wpadały”. Pozostają wówczas dwa wyjścia: dziecko nad program lub poronienie.

IV. Niepożądane, przypadkowe zajście w ciążę niejednokrotnie kończy się normalnym porodem, gdyż pewien odsetek rodzin lekarskich nie może się zgodzić przede wszystkim ze względów etycznych, niekiedy i zdrowotnych na dokonanie poronienia. Jednak są to rodziny naogół nieliczne, większość decyduje się na poronienia. Na 255 odpowiedzi, w których na to pytanie znajdujemy wyraźną odpowiedź, mamy 214 poronień, z czego 40 samoistnych, a 174 sztuczne (+ pewna niewielka liczba, której określić nie można). Na 1 małżeństwo przypada 0,7 poronień sztucznych, kobiet roniło sztucznie 91 (35,7%), a jeżeli odrzucić małżeństwa, zawarte przed paru laty i małżeństwa, gdzie zapłodnienie z różnych względów nie mogło nastąpić, to znajdziemy, że bardzo niewiele małżeństw nie ucieka się do poronień sztucznych.

O częstości poronień (sztucznych) mówią następujące liczby:

Po 1 poronieniu naliczono 46 małżeństw	
„ 2 poronieniach „ 18 „	
„ 3 „ „ 15 „	
„ 4 „ „ 5 „	
„ 6 „ „ 2 „	
„ 7 „ „ 1 „	
„ 8 „ „ 1 „	
kilkakrotne „ 3 „	

Powody poronień są te same, co i powody zapobiegania ciąży, rzadko bardzo są to poronienia powodowane chorobą, jak np. „3 poronienia sztuczne były stosowane z powodu przewlekłej choroby nerek” (272), przeważają, a raczej prawie jedynie odgrywają rolę trudności materialne, kłopoty związane z wychowaniem, niechęć przeniesienia ciąży, odbywania porodu, zmęczenia i wszelkie niedomagania fizyczne, niezawsze dające się nawet ściśle określić.

Pogląd na szkodliwość poronień spotykamy w kwestjonariuszach kilkakrotnie. Przykłady. Kobieta lekarka, mająca lat 43, owdowiała przed 4 laty, tak pisze: „Środków zapobiegawczych nie stosowano, bo mąż nie chciał. Było 8 sztucznych poronień (7 lat małżeństwa), po których jestem wciąż chora i leczę się — *metritis*. Jest konieczne stosowanie środków p e w n y c h zapobiegawczych i szerokie ich reklamowanie” (57). „Nic tak nie niszczy zdrowia kobiety, jak poronienie, nawet najlepiej dokonane” (112). „Mimo że poronienia były zrobione przez najlepszych specjalistów i wedle wszelkich wymagań nauki, odbiły się ujemnie na zdrowiu”. W paru miejscach podano, że przypuszczalnie po poronieniach nie następują dalsze zapłodnienia, pomimo nawet chęci ze strony małżonków.

V. Rozrodczość faktyczna (liczba dzieci na rodzinę) w małżeństwach lekarskich przedstawia się dość opłakanie. Na 1 rodzinę lekarską przypada zaledwie 1,74 urodzeń i 1,54 dzieci żyjących. Rodziny z jednym dzieckiem tworzą 36,3% ogólnej liczby małżeństw, z dwoma 29,6%, z trzema 10,9%, a powyżej 3 zaledwie 5,2%. Małżeństwa bezdzietne tworzą 18,0%, a jeżeli uwzględnić tylko małżeństwa trwające powyżej 5 lat — 10,5%. Uwzględniając nawet, że mamy do czynienia z rodzinami zakończonymi i niezakończonymi, to znaczy, że część tych rodzin może jeszcze mieć dzieci i będą miały, taką rozrodczość należy uważać za prowadzącą szybko do wymarcia. (Tabl. II).

Przed paru laty, badając tę sprawę (Lekarze w Polsce. W. Cz. Lek. NN. 8, 9, 10 i 11 w roku 1929), znalazłem przeciętnie 1,45 dzieci na rodzinę lekarską. Jest rzeczą bardzo ciekawą, że od tego czasu zaszły zmiany stosunkowo niewielkie, jeżeli brać przeciętną liczbę dzieci na rodzinę, natomiast rodziny liczne, posiadające po kilkoro dzieci są coraz rzadsze, a bardzo liczne obecnie prawie że się nie spotykają, dawniej zaś nie były zjawiskiem wiatkowem. Należy jednak uwzględnić, że poprzednie badanie było oparte na bardzo dużej liczbie spostrzeżeń, obecnie — na stosunkowo niewielkiej grupie, niewiadomo w jakim stopniu reprezentacyjnej dla ogółu.

Tablica II.
Rozrodczość w rodzinach lekarskich.

	Wyznania chrześcijańskie	Wyznanie mojżeszowe	Razem
Liczba urodzeń ogółem	359	109	468
L. urodzeń przypadająca na 1 małżeństwo	1,83	1,51	1,74
L. małżeństw bezdziet.	40	7	47
„ z 1 dzieckiem	48	31	79
„ 2 dzieci	59	25	84
„ 3 „	24	8	32
„ 4 „	15	1	16
„ 5 „	3	—	3
„ 6 „	5	—	5
„ 7 „	1	—	1
„ 9 „	1	—	1
L. dzieci żyjących	314	99	413
„ przypad. na 1 m.	1,60	1,37	1,54
L. małż. bezdzietnych	41	10	51
„ z 1 dzieckiem	60	31	91
„ 2 dzieci	57	25	82
„ 3 „	24	6	30
„ 4 „	7	—	7
„ 5 „	3	—	3
„ 6 „	3	—	3
„ 7 „	1	—	1

Jeżeli wziąć porównawczo lekarzy chrześcijan i lekarzy wyznania mojżeszowego, to znajdziemy wyraźne różnice na niekorzyść tych ostatnich, o czym pisałem we wspomnianej już pracy o lekarzach, co również spostrzegano i w innych krajach w różnych zawodach wywołonych. O ile żydzi (rasowo biorąc) w masie swej naogół odznaczają się wysoką rozrodczością, o tyle inteligencja żydowska szybciej wymiera, niż chrześcijańska. Otóż w omawianych rodzinach chrześcijańskich mamy jednak 7,1% rodzin z liczbą dzieci powyżej 3, natomiast w rodzinach żydowskich ani jedno małżeństwo nie posiada ponad 3 dzieci. Naturalnie, wobec stosunkowo małych grup, jakimi operujemy (w szczególności dotyczy to grupy żydowskiej) mogą to wszystko być wyniki przypadkowe, jednak wobec tego, że te różnice spostrzegamy w różnych okolicznościach, trudno nie przywiązywać do nich wagi.

Dla stwierdzenia wpływu, jaki wywiera praca zawodowa kobiet na liczebność rodziny, wszystkie małżeństwa podzielone zostały na dwie grupy: małżeństwa, gdzie żona pracuje zawodowo, i małżeństwa, w których żona zajmuje się tylko rodziną i gospodarstwem domowym. Małżeństw należących do pierwszej grupy, naliczyliśmy 64, małżeństw grupy drugiej 204. Dzieci w rodzinach, gdzie żona pracuje zawodowo, jest przeciętnie 1,03, gdzie żona prowadzi gospodarstwo domowe, 1,7. Wobec wzrastającej wciąż liczby kobiet (z warstw inteligentnych), pracujących zawodowo, zjawisko to winno być brane poważnie w rachubę.

Umieralność dzieci w rodzinach lekarskich jest bardzo niska: na 468 dzieci zmarło w różnym wieku zaledwie 55. Należy pamiętać, że wśród tej liczby zmarłych są wszystkie grupy wieku do dojrzałości, a więc niemowlęta, dzieci, młodzież i częściowo dorośli. Umieralność niemowląt (do 1 roku) jest bardzo niska, bo wynosi zaledwie 4,1 na 100 urodzeń.

Ciekawa jest także liczba urodzeń w zależności od trwania małżeństwa:

L. urodzeń po zawarciu małżeństwa:			
w okresie do lat 3 — 243 (51,9%), z czego zmarło — 33 (13,6%)			
do lat 5	— 85 (18,1%)	„	— 8 (9,4%)
„ 10	— 101 (21,6%)	„	— 9 (8,9%)
powyżej 10	— 39 (8,3%)	„	— 5 (12,9%)

Nieco więcej, niż połowa dzieci przypada na pierwsze trzy lata małżeństwa, czego zresztą zgórzyć należałoby się spodziewać, wiedząc, że większość małżeństw pragnęłaby choć jednego dziecka i, naturalnie, w pierwszych latach małżeństwa, choć jest małżeństwo, które świadomie pierwsze dziecko miało dopiero po 10 latach, a drugie po 15!

Wreszcie, ostatnie pytanie — jak wygląda rozrodczość rozpatrywanych rodzin lekarskich w porównaniu z poprzednim pokoleniem, a więc z ich rodzicami. Oto dane:

Tablica III.

Rozrodczość w poprzednim pokoleniu (obecnych rodzin lekarskich).

	Rodzice męża	Rodzice żony	Ogółem w poprzedn. pokoleniu
L. rodzin mających w poprzednim pokoleniu			
1 dziecko	7	7	14
2 dzieci	19	19	72
3 „	37	51	264
4 „	25	39	256
5 „	41	35	280
6 „	42	38	470
7 „	32	19	357
8 „	19	19	304
9 „	12	16	252
10 „	11	8	190
11 „	4	5	99
12 „	5	2	84
13 „	5	2	91
14 „	2	2	56
15 „	2	—	30
16 „	2	—	32
17 „	1	1	34
18 „		1	19
Razem			2.904

L. dzieci u rodziców	1. 599	1. 435	
	(na 260 odp.)	(na 264 odp.)	
Na 1 rodzinę przypada			
średnia arytmetyczna	5,99	5,44	5,71
„ harmoniczna	4,35	4,06	4,20

A więc w poprzednim pokoleniu na 1 rodzinę wypadało przeciętnie 5,71 dzieci (!), co w porównaniu z obecnymi 1,54, włączając małżeństwa bezdzietne, a 1,88 licząc tylko te, które mają dzieci wygląda ubogo. Przytem w obu pokoleniach mamy do czynienia ze środowiskiem podobnem, gdyż lekarze i ich żony, których omawiamy na podstawie kwestionariuszów, pochodzą, z bardzo nielicznymi wstawkami, z rodzin burżuazyjnych. Rodzin chłopskich i robotniczych w poprzednim pokoleniu nie spotykamy prawie wcale. Naturalnie, porównanie takie nie jest dokładne. Najpierw obecne małżeństwa nie są jeszcze zakończone, poza tem w danych z poprzedniego pokolenia nie mamy małżeństw bezdzietnych, natomiast mamy więcej rodzin licznych, gdyż rodziny o licznych potomstwie mają większe szanse trafienia (powtarzania się) do następnego pokolenia, niż rodziny małe. Pierwszy z tych błędów wyeliminować dość trudno; różnicę, wypływającą z większej liczby dzieci małżeństw płodnych, można usunąć, obli-

czając średnią harmoniczną (formułka $H = \frac{1}{\frac{1}{n} \sum_{k=1}^n \frac{1}{x_k}}$) (patrz uzasadnienie we wspomnianej już pracy, w Kwartalniku Statystycznym).

Średnia harmoniczna wynosi 4,20, co wciąż jest bardzo wiele w porównaniu z liczbą w pokoleniu bieżącym. Sądzę, zresztą, że rozrodczość w poprzednim pokoleniu byłaby nieco większa, gdybyśmy mogli objąć wszystkie dzieci, przypuszczalnie bowiem, opierając się tylko na pamięci współczesnych (braci i siostr), pomijamy pewną liczbę dzieci bardzo wczesnie zmarłych. Uwzględniwszy jednak wszystkie możliwe przyczyny niedokładności, musimy przenieść do wniosku, że obecne rodziny lekarskie mają znacznie mniej dzieci, niż pokolenie, z którego pochodzą, że mają ich tak mało, że naprawdę należałoby już mówić nie o rozrodzaniu się, lecz o wymieraniu.

Wiadomości bieżące

— Okólnik Ministerstwa Opieki Społecznej do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy. W konsekwencji przekazania agend sanitarnych Ministerstwu Opieki Społecznej nastąpiła również zmiana podziału czynności pomiędzy jego departamentami: a) Opieki Społecznej i b) Służby Zdrowia, a to w tym sensie, że sprawy o przeważającym charakterze lekarskim zostały skupione w departamencie Służby Zdrowia, natomiast sprawy, nie posiadające tej cechy, zostały przekazane Departamentowi Opieki Społecznej. W szczególności departamentowi Służby Zdrowia zostały przydzielone następujące sprawy, które dawniej w całości lub częściowo załatwiał departament Opieki Społecznej: 1) sprawy lecznictwa, higieny i nadzoru higieniczno-lekarskiego w zakładach i instytucjach opiekuńczych, 2) sprawy zwalczania alkoholizmu (lecznictwo alkoholików, akcja społeczno-zapobiegawcza), 3) sprawy nadzoru lekarskiego nad leczeniem, protezowaniem i re-educacją inwalidów wojennych, 4) stacje opieki nad matką i dzieckiem (stacje, krople mleka, poradnie dla matek i dzieci), 5) zakłady lecznicze, leczniczo-zapobiegawcze i leczniczo-opiekuńczo-wychowawcze dla dzieci gruźliczych względnie zagrożonych gruźlicą, 6) zakłady dla dzieci jagli-czych, przychodnie, oddziały szpitalne, zakłady leczniczo-opiekuńczo-wychowawcze (w Witkowicach i Częstochowie). Natomiast departamentowi Opieki Społecznej przydzielono z departamentu Służby Zdrowia: 1) sprawy fundacji, darowizn i zapisów, 2) a ze spraw kosztów leczenia: a) opracowywanie przepisów w zakresie pokrywania kosztów leczenia, b) regulowanie postępowania przy dochodzeniu kosztów leczenia, c) sprawy umów międzynarodowych o opiece lekarskiej nad obywatelami polskimi, d) całe orzecznictwo w zakresie kosztów leczenia. W departamencie Służby Zdrowia pozostawiono bowiem nadal: a) sprawy nadzoru nad użytkowaniem majątków fundacyjnych, przeznaczonych na cele lecznicze oraz nadzoru nad prowadzeniem zakładów leczniczych, b) ustalanie opłat szpitalnych, c) ustalanie rodzajów pomocy lekarskiej, d) prowadzenie akcji zmierzającej do uzyskiwania środków na utrzymanie szpitali, e) sprawy państwowych zakładów leczniczych — z wyjątkiem orzecznictwa, f) sprawy kosztów leczenia obywateli polskich, w zakładach leczniczych zagranicą i obcokrajowców w Polsce.

W związku z powyższymi zmianami w Ministerstwie proszę dokonać analogicznych przesunięć i w podziałach czynności wydziałów, będących odpowiednikami Ministerstwa Opieki Społecznej tak, by sprawy przydzielone obecnie departamentowi Służby Zdrowia były załatwiane wyłącznie w wojewódzkich wydziałach Zdrowia Publicznego, względnie w oddziałach Zdrowia, a sprawy przydzielone departamentowi Opieki Społecznej — w wojewódzkich wydziałach Pracy i Opieki Społecznej lub — przy połączonych wydziałach, — w którymś z jego oddziałów (z wyjątkiem oddziału Zdrowia).

Minister (—) Dr. St. Hubicki.

— Komitet Organizacyjny XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich podaje do wiadomości, że jakkolwiek zgłoszenia wykładów na XIV Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu napływają nadspodziewanie licznie, Komitet Organizacyjny, chcąc dać możność wzięcia udziału w zjeździe osobom dotąd niezgłoszonym postanowił przedłużyć termin zgłaszania wykładów do dnia 1 czerwca r. b. Zarazem przypomina się że zgłaszający referaty winni przesłać do dnia 1 lipca na ręce gospodarzy sekcji krótkie streszczenie swego wykładu nieprzekraczające 15 — 20 wierszy druku. Dla sekcji lekarskich obowiązują streszczenia w języku polskim i francuskim. Uwzględniając obecny kryzys ogólny Komitet Organizacyjny postanowił obniżyć wpisowe zjazdu z 30.— zł. na 25.— zł. a dla asystentów, studentów i członków rodzin uczestników Zjazdu do 15.— zł. Komitet Organizacyjny sądzi, że w ten sposób umożliwi wzięcie udziału w Zjeździe większej liczbie lekarzy i przyrodników. Instrukcje w sprawach zgłaszania się na zjazd będą wydane w najbliższym czasie.

Za komitet Organizacyjny:

Sekretarz (—) Prof. Dr. K. Jonszner.

Przewodniczący (—) Prof. Dr. Karwowski.

— Dn. 16.III. r. b. w szpitalu Ś-go Łazarza w Warszawie zostały wmurowane tablice pamiątkowe ku czci zmarłych: Dra Ksawerego Wątraszewskiego o, długoletniego Lekarza Naczelnego, oraz Dra Władysława Kopytowskiego o, ordynatora tegoż szpitala.

— Z Polskiej Akademii Umiejętności. Na posiedzeniu Wydziału lekarskiego Polskiej Akademii Umiejętności w dn. 15 maja b. r. przedstawione zostały prace: prof. Stefko (z Moskwy): Przyczynki do anatomii patologicznej gruźlicy u Mongołów i porównawcza anatomja mikroskopowa płuc Mongołów; Jakimowicz: Meningitis neurotoxica reactiva; Gwoździa: O zdolności odtleniania soli rtęciowych przez barwnik moczu prawidłowego, zawierający siarkę; Pelczara i Murza-Murzicz: O zawartości potasu w tkankach gołębi chorych na beri-beri.

— W prasie francuskiej znajdujemy protest profesorów Hayenca, Faurea, Sergenta, Roux, Cammettea, Richeta i innych przeciwko prześladowaniu lekarzy i ludności żydowskiej w Niemczech pod rządami Hitlera.

— Biuletyn Turystyczny Prasowy Kolei Francuskich. Przedstawicielstwo Kolei Francuskich w Polsce, Ossolińskich 4. Zniżkowe bilety kolejowe dla rodzin. Dyrekcje Kolei Francuskich, chcąc umożliwić szerokiej publiczności odpoczynek podczas wakacji letnich wprowadziły 33-dniowe bilety zniżkowe „tam i z powrotem” dla rodzin. Wysokość zniżki zależy od ilości członków rodziny: pierwsza osoba płaci pełną taryfę, druga korzysta z 25% zniżki, trzecia z 50%, a każda następna osoba z 75% (czyli opłaca ¼ biletu). W razie jeśli ilość kilometrów przekracza 400, przyznawane są jeszcze dodatkowe zniżki. Pokaz filmowy o Francji w Łodzi. Dnia 1 kwietnia r. b., staraniem Polskiego Towarzystwa Krajoznawczego w Łodzi, został zorganizowany pokaz filmowy o Francji. Obecny gościom rozdane zostały broszury, poświęcone turystyce francuskiej, wydane w języku polskim „Francja”, „Bretania” i „Zamki nad Loarą”. (Film jest bezpłatnie do dyspozycji Towarzystw Krajoznawczych i Stowarzyszeń Kulturalno-Oświatowych. Prosimy zwracać się w tej sprawie do Przedstawicielstwa Kolei Francuskich w Polsce, Warszawa, Ossolińskich 4). Sezon Letni w Monte-Carlo. Doskonale warunki klimatyczne umożliwiają pobyt w Monte Carlo podczas całego roku. Zarząd miejski przygotował na sezon letni bardzo urozmaicony program atrakcji artystycznych i sportowych, konkursów, festivali etc. W Muzeum Oceanograficznym oraz Akwarjum, które pod względem swych zbiorów są jedyne na świecie, zostały otwarte nowe działy. Dyrekcje Kolei Francuskich, chcąc ułatwić podróż do Monte Carlo, jak zresztą i do innych miejscowości Riwiery Francuskiej, wprowadziły zniżkowe bilety kolejowe „tam i z powrotem”. Zniżka wynosi w kl. I — 30%, w kl. II — 25% i w kl. III — 20%. Wystawa „Camping-Polowanie-Rybołówstwo” w Senlis. Dnia 26, 27 i 28 maja odbędzie się w Senlis wystawa poświęcona Campingowi, polowaniu i rybołówstwu. W dziale Campingu będą zademonstrowane najnowsze udoskonalenia, namioty oraz ekwipunek campingowca. Specjalny dział został poświęcony campingowi samochodowemu. Zawdzięczając Dyrekcji Północnych Kolei Francuskich podróż z Paryża do Senlis trwa jedną godzinę, a ulgowy bilet kolejowy tam i z powrotem kosztuje w kl. II — fr. 26.25, w kl. III — fr. 17.25. Lourdes — światowe centrum pielgrzymek. Statystyka wykazuje coroczny przyrost liczby pielgrzymów udających się do Lourdes. Liczba pociągów specjalnych z 246 w roku 1922 podniosła się do 400 w latach 1930 i 1931, przyczem fala pielgrzymów, którą przewiozły te pociągi jest o wiele mniejsza od ilości osób pojedynczych, które przybywają ze wszystkich stron świata pociągami zwykłymi. Wystawa Sztuki Kościelnej w Nantes. W czerwcu r. b. zostanie otwarta w Nantes wystawa poświęcona Sztuce Kościelnej. Dyrekcja Kolejowa Paris — Orléans, chcąc umożliwić zwiedzanie tej wystawy, uruchomiła cały szereg dogod-

nych pociągów, jak również wprowadziła specjalne bilety zniżkowe Paris — Nantes i z powrotem. Cena takiego biletu wynosi w kl. II — fr. 193.25, w kl. III — fr. 126.—, co stanowi zniżkę w wysokości 20%. Sezon w Aix-les-Bains. Dnia 1 kwietnia rozpoczął się sezon w Aix-les-Bains, który w roku bieżącym zapowiada się niezwykle zajmująco. Dbając o kuracjuszy, Dyrekcja uzdrowiska organizuje cały szereg festivalów, imprez sportowych i towarzyskich, wśród których należy wymienić otwarcie nowej plaży, konkurs elegancji, regaty o mistrzostwo Francji etc. Dyrekcje Kolei Francuskich udzielają zniżek na przejazdach kolejowych w wysokości od 20 do 30% w zależności od klasy, którą odbywa się podróż. Muzeum Strojów w Paryżu. Już oddawna powstał projekt otwarcia w Paryżu Muzeum poświęconego strojom. Na ostatnim posiedzeniu Paryskiej Izby Handlowo-Przemysłowej uchwalona została na ten cel pożyczka w wysokości sześciu milionów franków. Niewątpliwie powstające muzeum będzie nową ważną placówką kulturalną stolicy świata. Nadawanie telegramów w pociągach. Dyrekcja Państwowych Kolei Francuskich wprowadziła na najważniejszych liniach pożyteczną innowację, a mianowicie nadawanie telegramów w pociągach. Od konduktora, eskortującego pociąg można nabyć blankiet telegraficzny, który po wypełnieniu trzeba wraz z należnością oddać temuż konduktorowi. Niewątpliwie ta innowacja zostanie przyjęta z uznaniem przez podróżujących. Chantilly — Wystawa w Muzeum Condé. W roku bieżącym zostanie zorganizowany cały szereg ciekawych wystaw w Muzeum Condé w Chantilly. Na wyróżnienie zasługuje Wystawa Rysunków Szkoły Francuskiej, która zostanie otwarta 6 maja, Wystawa Rysunków Malarza Poussin — otwarcie 1 lipca, oraz dnia 2 września Wystawa artystycznie oprawionych książek w XIX wieku. Dziesiątki pociągów, odjeżdżających z Gare du Nord w Paryżu utrzymują komunikację z Chantilly, dokąd podróż trwa załedwie pół godziny. Ulgowe bilety kolejowe Paryż — Chantilly i z powrotem kosztują tylko fr. 20.— w kl. II i fr. 13.— w kl. III.

— Członkowie zarządu trzech Stowarzyszeń lekarskich w Berlinie: Związku Lekarzy medycyny wewnętrznej, Berlińskiego Towarzystwa Lekarskiego oraz Towarzystwa badań chorób narządów trawienia i przemiany materji — podali się do dymisji.

— Brytyjskie Stowarzyszenie Lekarzy (British Medical Association), jak donosi British Medical Journal z dn. 29.IV. r. b., otrzymało zapytanie, jakie widoki mieć może osiedlenie się w Anglii lekarzy, emigrujących z Niemiec. W odpowiedzi zwrócono uwagę, że, ponieważ nie istnieje pomiędzy Anglią i Niemcami prawo wzajemności, wymagane więc będzie zdawanie egzaminu i przyjęcie obywatelstwa angielskiego. W zasadzie trudności robione nie będą, ale stanowisko władz i kolegów angielskich zależeć będzie od tego, czy napływ przybywających obcokrajowców utrzymany będzie w pewnych granicach.

— Zjazd Dermatologów, zapowiadany na 6—8 czerwca w Wiedniu, nie odbędzie się z powodu zapowiedzianej nieobecności na nim uczestników niemieckich.

ZMARLI.

Józef Laskowski, ginekolog i chirurg, współwłaściciel lecznicy „Omega” w Warszawie.

Marian Zylberbart, laryngolog, konsultant Uzdrowiska dla chorych gruźliczych m. st. Warszawy w Otwocku.

Bruno Bloch, prof. dermatologii i syfilidologii — w Zurichu.

Herman Sahli, autor znanego podręcznika metod badania klinicznego, prof. Kliniki Wewnętrznej Uniwersytetu berlińskiego — w Berlinie.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

18.V. Posiedzenie lekarzy szkolnych.

1) Sprawy bieżące. 2) Dr. M. Trenkner. Rola i zadanie lekarza kolonij letnich i obozów w. f. i p. w.

23.V. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. W a g n e r K. Wskazania i wartości lecznicze Helanu w Egipcie. 2. C h o d k o w s k i K., E l e k t o r o w i c z A. i M a r k e r t W. Przyczynę do rozpoznawania guzów w klatce piersiowej.

24.V. Polskie Tow. Psychjatryczne Oddział Warszawski.

Dr. J. Skrzypińska. Chronaksja u człowieka z demonstracją techniki badania.

24.V. Polskie Towarzystwo Gastrologiczne.

P o k a z y: A. Leśniowski. Z dziedziny chirurgii dróg żółciowych. O d c z y t: M. Feigin. Z kliniki stanów żółtaczkowych.

26.V. Polskie Lekarskie Tow. Radjologiczne.

1) Dyskusja nad odczytem Kol. Rubinrota w sprawie tworzenia oddziałów radjologicznych. 2) M e s z N. Pokazy

przypadków: a) Przypadek acrocholji. b) Tabes dorsalis w obrazie rentgenologicznym. c) Zwiótczenie przepony prawostronnej. 3) K r y Ń s k i B. . O p a c k i K. Rozpoznanie i leczenie t. zw: „bursitis Calcarea“.

26.V. Polskie Towarzystwo Oto - laryngologiczne.

1. Demonstracja chorych. 2. Dalszy ciąg dyskusji nad odczytem Z. S r e b r n e g o: O wskazaniach do otwierania wyrostka sutkowego w ostrych zapaleniach ropnych ucha środkowego. 3. B. Karbowski a) Przyczynę do kazui styki przetok błędnikowych, b) W sprawie przewlekłych stanów zapalnych w obrębie zatoki szczękowej.

29.V. Towarzystwo Chirurgiczne Warszawskie.

(I Klinika Chirurgiczna).

1. L. H i r s z f e l d. Podstawy biologiczne przetaczania krwi. 2. J. R u t k o w s k i. Wskazania i technika przetaczania krwi.

1.VI. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne.

W. K n a p p e. Sprawa wiwisekcji w medycynie.

TREŚĆ: M. BIRO. O chorobie Addisona. (Dok.) — H. KOŁODZIEJ. Przypadek wgłobienia jelit w przebiegu ostrego zatrucia ołowiem. — W. SZENWIC. Rzadkie powikłanie trzeciego okresu porodowego, powstałe przez zatrzymanie łożyska wskutek zwężenia skurczowego w okolicy ujścia wewnętrznego macicy. — WŁ. PROSZOWER. Promieniowanie mitogenetyczne (komórkowe) (Str. pogl.) — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — M. KACPRZAK. Badania nad rozrodczością w Polsce. Część II. Ankieta wśród lekarzy. (Dok.) — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. BIRO. Sur la maladie d'Addison. (fin.) — H. KOŁODZIEJ. Un cas d'invagination des intestins au cours de l'intoxication saturnine aiguë — W. SZENWIC. Une complication rare du troisième période d'accouchement, causée par rétention du placenta comme consequence d'un rétrécissement spasmodique dans la région de l'orifice interne de l'utérus. — L. PROSZOWER. La radiation mitogénétique. (Rev. gén.) — M. KACPRZAK. Recherches sur la génération en Pologne. Enquête parmi les médecins. (fin.)

Regulamin ogłaszania prac w „Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim“.

1) Prace, nadsyłane do redakcji, muszą być pisane na maszynie. Wyjątki robione będą tylko dla rękopisów bardzo czytelnych.

2) Autorzy prac proszeni są o zwięzłe traktowanie przedmiotu. Wstępy, omawiające dane z piśmiennictwa, statystyki i historii, powinny być możliwie krótkie. Redakcja zastrzega sobie prawo skracania artykułów w porozumieniu z autorami.

3) Koszty drukowania tablic i klisz ponoszą autorzy.

4) Autorzy otrzymują 25 odbitek swych prac bezpłatnie.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

