

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

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

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 8-34-48.

Rok XIII

WARSZAWA, 17 GRUDNIA 1936 R.

Nr. 47

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Z II Oddziału chorób wewnętrznych Szpitala Starozakonných
w Warszawie.

(Ordynator: Dr M. Fejgin).

O schorzeniach nowotworowych szpiku kostnego.

Podał

H. STUCKGOLD (Warszawa).

Nowotwory szpiku kostnego dzielą się na pierwotne i wtórne. Jedynym nowotworem pierwotnym szpiku kostnego jest szpiczak mnogii. Przerzuty do szpiku kostnego dają raki, mięsaki gruczołowe oraz nadnerczaki. W większości przypadków zajęcia nowotworowego szpiku kostnego mamy do czynienia z przerzutami z ognisk pierwotnych, usadowionych najczęściej w gruczole piersiowym, żołądku, tarczycy, gruczole krokowym i nerkach. Rozpoznawanie nowotworów szpiku kostnego opierać się winno na zmianach we krwi, przebiegu klinicznym, badaniu szpiku kostnego oraz na zmianach rentgenowskich kości. Nowotwory wtórne szpiku kostnego mogą powodować obraz niedokrewności wtórnej ze wskaźnikiem barwnym mniejszym od 1. Przerzuty nowotworowe mogą jednak nie dawać żadnych zmian we krwi obwodowej, albo też wywoływać zmiany we krwi charakterystyczne dla niedokrewności złośliwej, ostrej lub przewlekłej białaczki, lub zakażenia krwi. Przerzuty mogą powodować zaburzenia poszczególnych czynności szpiku kostnego: czynności wytwarzania ciałek czerwonych, białych lub płytek; zmiany te dotyczyć mogą jednej z tych czynności oddzielnie, względnie dwóch lub wszystkich trzech razem. W przypadkach ciężkiej niedokrewności zmianami poniekąd patognomonicznymi dla przerzutów nowotworowych do szpiku kostnego we krwi są: 1) niedokrewność ze wskaźnikiem barwnym równym 1 lub nieco powyżej 1; 2) znaczna leukocytoza z przewagą ciałek obojętnochłonnych, przy tym często stwierdzamy liczne myelocyty; 3) niezwykle dużo ciałek czerwonych jądrazstych; 4) przewaga normoblastów nad makroblastami oraz silna polichromazja makrocytów. Na egeli rozpoznał rakowatość szpiku kostnego na zasadzie li tylko takiego obrazu krwi w przypadku utajonego raka, w innym zaś przypadku podobnym — bez znajomości wywiadów i wyników badania klinicznego.

Pomiędzy przerzutami do szpiku kostnego a niedokrewnością złośliwą, białaczkami przewlekłymi i ostrymi

oraz zakażeniem krwi można ustalić następujące cechy różniczkowe:

Przerzuty do szpiku kostnego. Brak megalocytów i megaloblastów we krwi. Leukocytoza o charakterze neutrofilowym. Rzadko liczba ciałek czerwonych opada poniżej 1 miliona i tylko wtedy, kiedy występują krwawienia, często o charakterze przejściowym. Prawie zawsze występuje zmniejszona ilość białka w surowicy krwi, przy tym stwierdza się hidremię oraz zwiększoną ilość globulin i dużą liczbę płytek Bizozzero. Zdaniem Hayema, ostatnie dni życia stanowią wyjątek z tej reguły; znaczna skłonność ciężkich niedokrewności do wytwarzania zakrzepów; brak nadmiernej segmentacji ciałek obojętnochłonnych.

Niedokrewność złośliwa. Megalocytoza i megaloblastoza we krwi; leukopenia o charakterze limfatycznym; liczba ciałek czerwonych szybko spada poniżej 1 miliona; brak zwiększonej ilości globulin we krwi; mało płytek Bizozzero; w ciężkiej niedokrewności nie spostrzega się zakrzepów; nadmierna segmentacja ciałek obojętnochłonnych przy braku zmian patologicznych w jądrze, zarodki i ziarnistości.

Białaczki przewlekłe. Przerzuty do szpiku kostnego prawie nigdy nie dają leukocytozy powyżej 60.000, gdy białaczki przewlekłe często dają leukocytozę powyżej 60.000.

Białaczki ostre. I. szpikowa. Duża liczba myeloblastów, przy tym wiele z nich wykazuje budowę atypową; *hiatus leucaemicus*: we krwi spotykamy myeloblasty i zupełnie dojrzałe normalne neutrofile, przy tym przy maksymalnym *hiatus* nie widać we krwi promielocytów, myelocytów, metamielocytów lub młodych neutrofilów. W razie gdy *hiatus leucaemicus* jest nieznaczny, spotykamy we krwi normalne, dojrzałe neutrofile i oprócz myeloblastów również promielocyty albo ze skąpą ilością obojętnochłonnej ziarnistości lub tylko z niedojrzałą obojętnochłonną azurofilową ziarnistością.

II. limfatyczna. Duża liczba limfocytów przy braku form przejściowych od komórek niezarnistych do ziarnistych. Jeżeli zaś występują myelocyty w limfadenozie, — co zdarza się w okresie początkowym, — to liczba ich zmniejsza się w miarę, jak powiększa się ilość tkanki limfatycznej w szpiku kostnym. Cechą charakterystyczną tych myelocytów jest to, że te myelocyty przeważnie

są półdojrzałe lub dojrzałe, i że najmłodszych postaci brak zupełnie, lub występują one w stosunkowo skąpej liczbie, gdy w ostrej białaczce szpikowej przeważają te najmłodsze postaci.

Zakażenie krwi (sepsis). Obecność patologicznych ciałek obojętnochłonnych, których nie spotykamy w żadnej z wyżej wymienionych jednostek chorobowych.

Klinicznie przerzuty do szpiku kostnego mogą przebiegać w postaci utajonej lub też dawać szereg objawów, jak bóle kostne samoistne lub przy opukiwaniu, guzy kostne, samoistne złamania patologiczne kości, przy tym — co jest godne podkreślenia — nie dają zniekształcenia kości. Naturalnie, że możemy z całą pewnością rozpoznać przerzuty do szpiku kostnego, o ile wyżej wymienione objawy występują w przebiegu klinicznie stwierdzanego guza pierwotnego, względnie przerzutów do różnych narządów. Natomiast w przypadkach utajonego guza same bóle kostne bez guzów kostnych i złamań kości nie wystarczają do rozpoznania przerzutów do szpiku kostnego. Musimy wtedy uwzględnić cały zespół objawów łącznie z wynikiem badań dodatkowych i rentgenowskich. Obraz kliniczny zależy również od stopnia nasilenia jednego z następujących czynników: 1) ogólnego wpływu pierwotnego nowotworu na ustrój chorego; 2) wtórnych i dodatkowych zakażeń w okresie rozpadu guza; 3) krwawień na skutek rozpadu guza i nadżerania naczyń krwionośnych oraz 4) zaburzeń w erytropoezie, spowodowanych przez przerzuty do szpiku kostnego. Dlatego sprawy te klinicznie przebiegać mogą jako zakażenie krwi lub jako białaczka ostra ze skazą krwotoczną i gorączką. Różniczkowanie tych schorzeń możliwe jest tylko na zasadzie badania krwi oraz szpiku kostnego. Tu wspomnieć musimy o tym, że u chorych rakowatych układ siateczkowo-śródbłonkowy, a więc i śledziona znajduje się w stanie zaniku i wykazuje niedomogę czynnościową (Dr Redel), oraz często ta ostatnia ulega zmniejszeniu, ale na skutek wtórnych infekcji śledziona w przerzutach do szpiku kostnego może być powiększona.

Badanie przyżyciowe szpiku kostnego ma kolosalne znaczenie rozpoznawcze, albowiem w wielu przypadkach stwierdzić można w nim obecność komórek nowotworowych, co wyjaśnia sprawę. Musimy jednak pamiętać o tym, że nie cały szpik jest jednocześnie i równomiernie zajęty przez przerzuty. Dlatego w razie ujemnego wyniku badania z mostka należy to badanie powtórzyć na szpiku innej kości, np. goleniowej.

Roentgen kości. Przerzuty do szpiku kostnego dają na rentgenogramach kości duże ubytki o zartartej budowie, wykazujące skłonności do zlewania się ze sobą.

Nie zawsze jesteśmy w stanie przeprowadzić rentgenowskie badanie kości. Opierać się wtedy musimy na obrazie klinicznym i na rozumowaniu różniczkowym, jak to było np. w przypadku poniższym:

Chory K. W., lat 40, zgłosił się do szpitala z powodu ogólnego osłabienia, upośledzonego łaknienia oraz gorączki, która dochodziła do 38,5°. Choroba rozpoczęła się nagle w nocy przed 5 tygodniami bólami w okolicy prawej łopatki, zwłaszcza przy oddychaniu; bóle te po zastosowaniu gorących okładów przeniosły się do prawej okolicy łędźwiowej i tam utrzymywały się w ciągu 2 tygodni; nie miał przy tym silnego kaszlu, ani krwiopłucia, ani promieniowania bólów do członka, ani dolegliwości podczas oddawania moczu. 3 tygodnie temu podczas

pracy dostał dreszczów oraz bólów w stawach kolanowych i prawym łokciowym; od tego czasu stale leży w łóżku.

15 lat temu przechodził malarię, a przed 12 laty dur, poza tym był zdrow. Żona zdrowa, rodziła 6 razy,ронила 2 razy. Ma 6 dzieci. Do chorób wenerycznych nie przyznaje się. W stolcu widywał czasem pasożyty, przypominające glisty. W domu miewał kilkakrotnie krwawienia z dziąseł.

Stam obecny: Budowy prawidłowej, wyniszczony; język niewyglądony, nieobłożony; migdałki małe, trochę pęśniawek; uzębienie — kilka zębów spróchniałych. Drobne wybroczyny na kończynach dolnych i górnych. Gruczoły chłonne — w pachwinach po kilka wielkości fasoli, niebolesnych, ruchomych, niezrośniętych z podłożem, ani ze sobą, twardawych; w okolicy prawego stawu łokciowego 2 gruczoły wielkości grochu, w pachwinach i na szyi — kilka drobnych. Temperatura 38°. Oddechów 20 na min. Opukiwanie mostka wywołuje żywy ból.

W płucach poza pojedynczymi furczeniami nic szczególnego.

Serce. Lewa granica stłumienia względnego przesunięta na lewo od linii środkowo-obojęzycznej lewej na szer. 1/2—1 palca poprzecznego. Tętno bardzo ciche. Tętno 108, miarowe, miękkie.

Brzuch o powłokach nienapiętych, na ucisk niebolesny.

Wątroba macalna na szer. 1, śledziona zaś na 1 1/2 palca poprzecznego poniżej łuków żebrowych, na ucisk niebolesne. Górny biegun śledziony opukowo stwierdza się na wysokości 7 przestrzeni międzyżebrowej w linii pachowej środkowej lewej. Objaw Goldflama obustronnie dodatni, zwłaszcza po stronie prawej; dolne żebra prawe bolesne na ucisk.

Układ nerwowy bez zmian.

W moczu urobilinogen ++.

W kale próba benzydynowa ++.

OB — 20 min. RR 100/50.

Odczyn Wassermann'a	} ujemne
„ Citochołowy	
„ Widala	

Posiew krwi — ujemny.

Bilirubina we krwi: bezpośrednia opóźniona; pośrednia 1,3 jedn. van d. Bergha.

Badanie krwi z dn. 2.IV:

Liczba ciałek czerwonych w 1 mm³ krwi 1.280.000.

„ „ białych „ „ „ „ 8.600.

Hemoglobiny 25%. Wskaźnik barwny — 1.

Wybitna anizocytoza; nieznaczna poikilocytoza i polichromatofilia; na 100 ciałek białych — 13 normoblastów. Plazmoidii malarii nie wykryto.

Liczba płytek — 26.760 w 1 mm³.

„ retikulocytów — 15,6%.

Segm.	Pałecz.	Limfoc.	Monoc.	Bazof.	Myeloc. n.	Eozynof.
64%	22%	10%	2%	1%	2%	2%

Czas krwawienia	} 16 min.
„ krzepnięcia	

(Objaw opaskowy — słabo dodatni.

Badanie krwi z dn. 16.IV, t. j. w przededniu śmierci:

Liczba ciałek czerwonych w 1 mm³ krwi 720.000.

„ „ białych „ „ „ „ 3.000.

Hemoglobina 12%. Wskaźnik barwny — 0,95.

Anizocytoza, poikilocytoza, dużo jądrzastych ciałek czerwonych:

normoblastów i makroblastów z przewagą normoblastów, polichromatofilia nieznaczna. Płytek bardzo mało.

Liczba retikulocytów — 18%.

Punkcja szpiku kostnego (mostek) (Dr Płóński):

Myeloblasty 2%	Segment. 18%
Promyelocyty 4%	Eozynofile 6%
Myelocyty 14%	Limfocyty 26%
Młodociane 2%	Normoblasty 8%
	Erytroblasty 8%
	Paleczk. 12%

W treści żołądkowej (w 3 godz. po zwykłym śniadaniu) L — ślad, Ac — 39.

Przebieg kliniczny. Kilkakrotnie krwawił z nosa. Skarżył się na bóle w plecach oraz w okolicy mostka. Gorączka wahała się w granicach 37,20—38,0—38,20—38,60. Na błonie śluzowej jamy ustnej — brak zmian, tylko w przededniu śmierci stwierdzono w jamie ustnej trochę pleśniawek i drobne owrzodzenia na podniebieniu; tętno 126, słabo napięte. Chory zmarł po 17-dniowym pobycie na oddziale.

Różniczkowanie w tym przypadku należało przeprowadzić pomiędzy białaczką ostrą, agranulocytozą, *panmyelophthisis* Franka, otruciem, np. benzolem, posocznicą a sprawą nowotworową w szpiku kostnym. Badanie krwi oraz szpiku kostnego nie wykazało wyżej opisanych cech białaczki ostrej.

Agranulocytoza pierwotna Schultza cechuje się ciężkim stanem septycznym, zmianami martwiczymi na błonach śluzowych, szczególnie jamy ustnej, prawie zupełnym zanikiem ziarnistych leukocytów we krwi przy wybitnej leukopenii, przy tym brak znaczniejszej niedokrewności i skazy krwotocznej, a liczba płytek jest normalna. U naszego chorego stwierdzamy niedokrewność, 8.600 leukocytów, dużą liczbę ziarnistych krwinek białych oraz małopłytkowość, co pozwala nam wyłączyć powyższą sprawę chorobową.

Panmyelophthisis Franka składa się z 3 zespołów objawowych: 1) *morbus maculosus haemorrhagicus*; 2) zapalenia martwiczego jamy ustnej, co w następstwie doprowadza do zakażenia krwi; 3) niedokrewności aplastycznej ciężkiej ze znacznie zmniejszoną liczbą ziarnistych leukocytów i płytek. We krwi stwierdzamy brak objawów regeneracyjnych szpiku. Wątroba, śledziona i gruczoły limfatyczne nie są powiększone w tej jednostce chorobowej. W naszym przypadku obecność dużej liczby jądrzastych ciałek czerwonych i ziarnistych leukocytów, małe wątroba i śledziona oraz brak zmian martwiczych na błonie śluzowej jamy ustnej przemawiają przeciw temu rozpoznaniu.

Przeciwko uszkodzeniu szpiku przez czynniki chemiczne (np. zatrucie benzolem), czy fizyczne (Roentgen) przemawia brak danych anamnestycznych w tym kierunku oraz zmian, opisanych w *panmyelophthisis*. Wreszcie zakażenie krwi można było wyłączyć na podstawie ujemnego wyniku posiewu, braku zmian w sercu i nerkach, braku objawów zatorowych oraz wystąpienia gorączki dopiero w późniejszym okresie schorzenia (po 3 tygodniach od pierwszych objawów).

Po wyłączeniu wyżej opisanych schorzeń oraz na podstawie charakterystycznego obrazu krwi obwodowej rozpoznaliśmy ciężką niedokrewność wtórną wskutek rozsiania nowotworowego w szpiku kostnym. Sekcja potwierdziła rozpoznanie kliniczne. Umieszczenie pierwotnego guza, po wyłączeniu gruczolów piersiowego, tarczycy i krokowego, przypuszczalnie było w żołądku.

Rozpoznanie patologiczno - anatomiczne (Dr Płóński):

Carcinoma parvum curvaturae minoris ventriculi. Infiltratio carcinomatosa parietis totius ventriculi eodem loco. Me-

tastases ad lymphoglandulas curvaturae minoris ventriculi et ad medullam ossium. Endocarditis verrucosa valvulae mitralis. Adhaesiones pleurae dextrae. Varices oesophagi. Macula lactea pericardii. Cicatrix in regione sterni. Anaemia gravis.

Badanie histopatologiczne wycinka z guza żołądka (Dr Płóński):

Ca. diffusum, partim adenomatousum.

Drugą postać chorobową o cechach rozlanego zająca szpiku kostnego — stanowi t. zw. szpiczak mnogi. Jedni autorzy, jak Kaufmann, Hoffmann, Hirschfeld uważają szpiczak mnogi za sprawę nowotworową pierwotną szpiku kostnego. Jako taki, może on dawać, ich zdaniem, przerzuty do różnych narządów, co podług Hirschfelda należy do rzadkości. Naegeli twierdzi, że szpiczak mnogi jest schorzeniem układowym tylko szpiku kostnego, a t. zw. przerzuty do innych narządów, szczególnie do śledziony i wątroby, uważa za ogniska tkankowe, w których nastąpiła kompensacyjna metaplasja szpikowa. Bauer i inni twierdzą, że szpiczak mnogi nie jest nowotworem, lecz powstaje na skutek przerostu szpiku kostnego; może on powstać kosztem wszystkich komórek szpiku kostnego, nawet kosztem jądrzastych ciałek czerwonych. Po większej części mamy tu do czynienia z rozrostem komórek plazmatycznych, z t. zw. plazmocytosą, względnie limfoblastycznym szpiczakiem. Bauer i Horn twierdzą, że szpiczak mnogi nie daje przerzutów. Horn jest zdania, że przerzuty płucne przemawiają przeciwko szpiczakowi mnogiemu. Szpiczak mnogi występuje po części w wieku pomiędzy 40 a 60 rokiem życia, przeważnie u mężczyzn. W szpiku kostnym, zwłaszcza kośćca tułowia, występują guzki, które czasami ograniczają się tylko do szpiku kostnego, przeważnie zaś niszczą one tkankę kostną i uwypuklają okostną, tworząc wzniesienia wrzecionowate, na przykład na żebrach. Wreszcie przebijają otoczkę i naciekają wgłęb otaczające tkanki. Następstwem tych zmian jest rozrzedzenie kości, na skutek czego układ kostny traci swą spójność i dochodzić może do złamań kości. Przede wszystkim zostają zaatakowane kości płaskie: miednica, czaszka, żebra, mostek a także kręgi. Rozmiękczenie kości doprowadza w przypadkach klasycznych do charakterystycznego objawu ogólnej bolesności, co zmusza chorego do unikania wszelkich ruchów, jak podawanie nęki na przywitanie; chory taki nie pozwala się dotykać. Spiller rozróżnia w przebiegu klinicznym szpiczaka mnogiego dwa okresy: 1) okres niedokrewności bez uchwytynego klinicznie tła patogenetycznego (*anaemia cryptogenes*), który cechuje się ogólnym osłabieniem chorego oraz występowaniem białka Bence-Jonesa w moczu; ten ostatni objaw występuje tylko w 50% przypadków. Niedokrewność już w okresie początkowym schorzenia osiąga znaczny stopień i więcej zasadniczo nie zmienia się aż do zejścia śmiertelnego. Nie ma tu równoległości pomiędzy stale pogarszającym się stanem obrazu krwinek czerwonych, a coraz wyraźniej występującymi objawami tego schorzenia, jak to bywa w wyniszczeniu rakowym. Tłómaczy się to tym, że szpiczak mnogi nie posiada pierwotnego ogniska, skąd się rozsiewa w szpiku kostnym, lecz odrazu zajmuje cały układ szpikowy, i żaden odcinek układu krwiotwórczego nie zostaje oszczędzony, aczkolwiek niektóre odcinki kości mogą być zaatakowane bardziej od innych. W tym okresie powstaje niedokrewność, zostaje zatrzymane wytwarzanie w szpiku kostnym krwinek czerwonych i białych, natomiast wytwarzanie limfocytów, jako elementów, poza szpikiem powstających, nie ulega

zmianie. W tym okresie bardzo często występuje leukopenia ze względną limfocytozą. Roentgen kości w tym okresie nie wykazuje żadnych zmian. Możemy wtedy rozpoznać tylko „*anaemia cryptogenes*”. II okres — guzowaty — występuje w znacznie późniejszym czasie i cechuje się wysepkowatymi skupieniami komórek szpikowych, które miejscowo odwapniają kości. Roentgen w tym okresie daje typowe zmiany dla szpiczaka mnogiego. Występują wtedy następujące objawy kliniczne: 1) wyjątkowo silne bóle w różnych częściach układu kostnego; 2) wyczuwalne uwypuklenia w wielu miejscach kośćca; 3) skrzywienia i samoistne złamania kości; 4) białko Bence-Jonesa w moczu; 5) wysoki ciężar gatunkowy surowicy krwi — 1044 (normalna surowica ma c. g. 1030). Pomimo rozlanych zmian kostnych opisywano przypadki, w których bóle kostne nie występowały przez dłuższy czas lub zjawiały się tylko nieokreślone dolegliwości gośćcowe. Tam, gdzie bóle kostne istniały, bóle te ustępowały na dłuższy czas. Przebieg cierpienia ze zmiennymi bólami, niedokrewnością i osłabieniem często utrzymuje się w ciągu lat całych (Kahler). Wcześniej lub później stwierdza się białko w moczu. Objaw ten jest zmienny. W niektórych przypadkach brak tego białka aż do śmierci, w innych zaś — występuje po długoletnim trwaniu cierpienia, przy tym ilość jego znacznie się zmienia. Opisywano przypadki, w których ilość białka nigdy nie przekraczała 20/00, w innych zaś przypadkach znajdowano wyjątkowo duże ilości, tak, że wydzielanie białka wynosiło do 50 g na dobę. W osadzie moczu rzadko stwierdzano czerwone ciała krwi, natomiast względnie często wałeczki, nieraz nawet w dużych ilościach i o swoistym nakrapianiu. W przeciwieństwie do tego białkomoczu brak bywa bardzo często pozostałych objawów schorzenia nerkowego, a mianowicie: obrzęków i zapalenia siatkówki; często stwierdza się umiarkowane nadciśnienie. Białkomocz i niedokrewność przy braku innych objawów nerkowych można uważać za cechy charakterystyczne dla szpiczaka mnogiego. Ostatnio spostrzegano przypadki z objawami niedomogi nerek. Amerykańscy autorzy (Bannik i Green) stwierdzili zwiększoną ilość azotu resztkowego, indykanu i kreatyniny w surowicy krwi, niemieccy zaś autorzy (Mainrer) zmniejszoną zdolność wydzielniczą dla chloru, azotu i jonów. Według Bauera, w 4/5 przypadków stwierdza się białko Bence-Jonesa. Cechą charakterystyczną tego białka jest to, że strąca się ono w temperaturze 56° do 62°, przy dalszym podgrzewaniu rozpuszcza się powoli, a w temperaturze wrzenia rozpuszcza się zupełnie. Przy ochładzaniu białko to strąca się powoli w temp. 56°—62°. W razie obecności dużej ilości białka roztwór ten nie ulega czasami wyjaśnieniu w temp. wrzenia. Czas opadania krwinek jest zawsze przyspieszony z powodu obecności zwiększonej ilości fibrynogenu i globulin we krwi. Obok białka Bence-Jonesa może mocz zawierać również zmienne ilości albumin. Często stwierdzamy białko Bence-Jonesa w surowicy krwi, lecz w ilości nie wyższej od 20/00. Ciekawym jest, że w wielu przypadkach szpiczaka mnogiego stwierdza się skrobiowate zmiany w narządach. Należy przy tym pamiętać o tym, że ciężar gatunkowy surowicy krwi u chorych na skrobiawicę nerek jest znacznie zmniejszony, wynosi on 1.017 do 1.018, natomiast w razie zmian skrobiowatych w nerkach w przebiegu szpiczaka mnogiego jest on powiększony: 1.044. Hiperproteinemia z kolosalnym przesunięciem w kierunku globulin szczególnie wtedy występuje kiedy nie ma wcale,

lub jest mało białka Bence-Jonesa w moczu, natomiast przy obfitej zawartości białka w moczu surowica zawiera normalne lub nawet subnormalne wartości białkowe. Niektórzy chorzy umierają na skutek objawów mocznicowych, które występują względnie późno. Większość zaś pacjentów umiera wskutek powikłań infekcyjnych, przeważnie — zapalenia płuc.

Chorzy na szpiczak mnogi umiejscawiają swe bóle w karku, piersiach, grzbiecie, barkach, rzadko w górnych kończynach. W okolicach bolesnych stwierdza się bolesność na ucisk i opukiwanie, szczególnie w okolicy kręgosłupa i żeber. Dzięki miękkości kości dochodzi w dalszym przebiegu do zniekształceń górnej części kręgosłupa i klatki piersiowej, powstaje skrzywienie kręgosłupa ku tyłowi, mostek zaś uwypukla się ku przodowi z powodu kątowanego skrzywienia żeber przez wielokrotne złamania samoistne tych ostatnich. Zniekształcenie to może doprowadzić do tego, że chory dotykać będzie podbródkiem bezpośrednio mostka. Na skutek zniekształcenia klatki piersiowej mogą powstawać ciężkie zaburzenia krążeniowe i oddechowe. Z powodu daleko posuniętego skrzywienia kręgosłupa ku tyłowi wzrost tych chorych ulega obniżeniu. Guzy i skrzywienia w obrębie kręgów mogą uszkodzić rdzeń kręgowy. Guzy na wewnętrznej powierzchni czaszki powodują ciężkie uszkodzenia mózgu oraz nerwów czaszkowych. Często powstaje typowy obraz zapalenia rdzenia kręgowego pochodzenia uciskowego (*myelitis e compressione*). Z biegiem czasu powstaje znaczne wyniszczenie, niekiedy występują nieregularne wzniesienia ciepłoty.

Ciekawe jest to, że we krwi względnie rzadko spotykamy znaczniejsze zmiany. Najczęściej występują objawy niedokrewności. W przypadku Arnetha Hb. 42. R. 2.4. Weber R. 2.98 Hb. 23%. Co się dotyczy leukocytów, to one w wielu przypadkach nie wykazują większych odchyśleń od normy, często jednak występuje nieznacznie zwiększona liczba ciałek białych. Gluziński i Reichenstein obserwowali białaczkę plazmatyczną, Ellenmann — białaczkę szpikową w szpiczaku mnogim.

Niekiedy spotykamy myelocyty pojedyncze, które Naegeli uważa za objawy nieswoistego podrażnienia szpiku. Hirschfeld stwierdził liczne normoblasty i limfocytozę. Arneth zaś — na 10.000 L. neutrofilową leukocytozę.

Cierpienie to trwa po większej części 1/2—1 1/2 roku. Wright opisał przypadek, który trwał 4 1/2 roku, a Grover — 6 lat.

Etiologia tego schorzenia jest zupełnie niejasna.

Różniczkowanie pomiędzy szpiczakiem mnogim a innymi schorzeniami omówimy w związku z przypadkiem, opisanym poniżej.

Chory B. W., lat 47, z zawodu kuśnierz, zgłosił się do szpitala dn. 23/II 1936 r. ze skargami na silne bóle w plecach, okolicach lędźwiowych i w stawie barkowym prawym, ogólne osłabienie oraz na bóle w obrębie odleżyn na pośladkach.

Bóle w plecach datował od 1—1 1/2 roku, przytym powoli następowało zniekształcenie klatki piersiowej.

Chory w 12 roku życia uległ złamaniu lewego podudzia, które obrzmiało i było bolesne; gorączkował przy tym powyżej 39 w ciągu dłuższego czasu; leżał blisko rok w łóżku, po czym stan pacjenta uległ poprawie; mógł on już chodzić, lecz przy pomocy aparatu. Aparatu używał w ciągu 9 lat, t. j. do 21 roku życia, po czym aparat usunięto, chory mógł chodzić i pracować, aczkolwiek kończyna dolna lewa była krótsza od prawej i zeszytywniała w stawie kolanowym. Pozostała przetoka nieza-

gojona w górnej połowie podudzia lewego. Pracował do stycznia 1935 r., czując się względnie dobrze. Od tego czasu musiał przerwać pracę z powodu bólów w okolicach podudzia lewego; zjawiały się martwaki z ropotokiem, który trwał sześć tygodni, po czym pacjent został skierowany do kliniki Prof. R a d l i ń s k i e g o, który operacyjnie usunął martwaki. Stwierdzono wtedy ropne zapalenie szpiku kostnego; badanie bakteriologiczne ropy nie wykazało obecności prątków. Rana trudno się goiła. Chory po wypisaniu się z kliniki leczył ranę w domu w ciągu 1935 r. W kwietniu zaczął chodzić, utykając na chorą kończynę.

W sierpniu tegoż roku zaczął się uskarżać na bóle w okolicach łędźwiowych i krzyża. Bólom tym towarzyszyły wielomocz (13—14 szklanek na dobę), białkomocz (8‰), nudności i wymioty bez bólów podczas oddawania moczu i bez obręzków. Ilość białka w moczu w końcu 1935 r. dochodziła do 11,5‰. Obręzków na twarzy ani na kończynach dolnych nie było. Stałe leżał w łóżku. W październiku 1935 r. dostał silnych bólów w krzyżu oraz w okolicy mostka, na którego rękojeści zjawiał się guzek; badanie wycinka tego guzka, wykonane przez P. Dr. S i e d l e c k ą, wykazało przewlekły stan zapalny bez cech nowotworowych. Przed przybyciem do szpitala chory miał 15‰ białka w moczu.

Zona rodziła 3 razy, ronila kilkakrotnie. Dzieci zdrowe. Chorób wenerycznych miał nie przechodzić.

Stan obecny. Chory wyniszczony. Klatka piersiowa zapadnięta na wysokości rękojeści i górnej połowy mostka, natomiast na wysokości dolnej trzeciej mostka i wyrostka mieczykowatego wypuklona; prawa połowa klatki piersiowej bardziej zapadnięta od lewej; na przedniej powierzchni górnej 1/3 części mostka widoczna jest blizna pooperacyjna. Mostek niezwykle łatwo daje się uciskać dłonią wraz z żebrami wskutek elastyczności i miękkości tych ostatnich. Mostek na ucisk bolesny. W przebiegu żeber X i VI z prawej strony widoczne są 3 elastyczne guzki; 2 na VI żebrze w liniach środkowo-obojęzycznej i pachowej środkowej, jeden na X w linii pachowej tylnej, wielkości od orzecha laskowego do małej śliwki. Skóra nad nimi niezmienniona, są niebolesne na ucisk i nieprzesuwalne. Nie są one zespolone ze skórą. Okolica stawu mostkowo-obojęzycznego, szczególnie lewego, wygórowana wskutek zgrubienia końca obojęzika. Kręgosłup zbacza w części piersiowej na prawo, a w części łędźwiowej na lewo, na ucisk niebolesny. Żebra o powierzchni nierównej, szorstkiej; na wysokości II żebra od przodu po stronie prawej w pobliżu mostka występ kostny wielkości orzecha laskowego, twardy, na ucisk niebolesny. XII żebro od tyłu po stronie lewej w pobliżu linii pachowej tylnej ma zakłębienie i występ kostny wielkości grochu, na ucisk niebolesny.

Okolica stawu barkowego prawego bolesna na ucisk; skóra nad nim niezmienniona, ruchy czynne i bierne w nim ograniczone, — kończynę podnieść można tylko do wysokości barku.

Lewa kończyna dolna krótsza od prawej o 8 cm. Staw kolanowy lewy powiększony w swych rozmiarach, zeszywniały. Na tylnobocznej powierzchni tegoż stawu wystają główka i górna trzecia część kości strzałkowej ponad staw.

Kość piszczelowa lewa nierówna, zrosnięta ze skórą, wykazuje w pobliżu stawu kolanowego większą bliznę pooperacyjną.

Ruchy czynne i bierne w stawie goleniowo-napiętkowym lewym ograniczone, niebolesne. Ruchy czynne i bierne w pozostałych stawach kończyn górnych i dolnych nieograniczone i niebolesne. Łuki żebrów prawie że dochodzą do talerzy biodrowych. Okolica łędźwiowa lewa bolesna na potracanie.

Gruzoły chłonne niemacalne. Widzialne błony śluzowe

blade; gardziel bez zmian. Język suchy, zlekka obłożony. Tarczycza nieco powiększona, macalna, o spistości twardej.

Obręzków nie ma. Oddechów 20 na min.

W płucach, poza przytłumieniem i oddechem chuchającym w szczytach oraz pojedynczymi rżeniami drobnobańkowymi w dole płuc — nic szczególnego.

Serce. Granica lewa stłumienia względnego na 1—1½ palca poprzecznego nazewnątrż od linii środkowo-obojęzycznej lewej; prawa — linia środkowa mostka. Nad koniuszkiem I ton nieczysty, rozdwojony. U podstawy serca — 2 ciche tony. Tętno 80, miarowe, miękkie.

Brzuch o powłokach napiętych, zapadnięty.

Wątroba, śledziona niemacalne.

Układ nerwowy. Zrenice wąskie, reagują na światło oraz na przystosowanie. Obwódki szaro-białe okołotęczęwkowe. Lekki oczopląs. A c h i l l e s a odruch — obecny.

W moczu: C. g. 1015. Odczyn zasadowy.

Białko 3,3‰

Białko Bence-Jonesa —

Urobilinogen +

Odczyn B i e r n a c k i e g o 10 min. RR 100/75.

„ W a s s e r m a n n a } ujemne.
„ C i t o c h o l o w y }

We krwi: mocznika	5,1 g
kwasu moczowego	184,8 mlg ‰
chlorków $\left\{ \begin{array}{l} \text{w osoczu} \\ \text{w krwinkach} \end{array} \right.$	$\left\{ \begin{array}{l} 2,8 \text{ g Cl} \\ 1,775 \text{ g Cl} \end{array} \right.$
V a n S l y k e	31,8 cm CO ₂
białka w surowicy krwi	8,55%
wapnia „ „	12,2 mlg %
	11 mlg %

Badanie morfologiczne krwi: Brak anizocytozy, poikilocytozy, polichromazji oraz jądrzastych ciałek czerwonych.

Liczba leukocytów w 1 mm krwi . . .	21.200
Limfocyty	7%
Palczkowate	3%
Segmentowane	87%
Monocyty	1%
Myelocyty neutrofilowe	1,5%
Komórki niezróżnicowane	0,5%

Komórka trzykrotnie większa od neutrofila, o protoplaźmie zasadochłonnej, niebieskiej, jądrze czteropłatowym ze zębem chromatynowym wiotkim oraz z 4 jąderkami.

Zdjęcie rentgenowskie kręgów łędźwiowo-krzyżowych i miednicy, wykonane na mieście dn. 31.XII.1935 r., wykazało: zmian kostnych i międzytrzonowych w okolicy kręgosłupa nie stwierdza się. Złamanie ramienia poziomego lewej kości łonowej. Zmiany zanikowe (rozrzedzenia) ramienia dolnego kości łonowej i górnego kości siedzeniowej.

Zdjęcie rentgenowskie kości, wykonane przez P. Dr M e s z a dn. 26.II.1936 r., wykazało: W trzonie kości udowej lewej nie stwierdza się zmian. W stawie kolanowym i w kościach podudzia po stronie lewej zmiany pooperacyjne; brak części górnej kości piszczelowej, przerost kości strzałkowej, zrost wszystkich kości między sobą. W prawej kości ramiennej, w łopacie obojęziku liczne okrągławe ubytki cieniowe; złamanie 2 żeber górnych (*Susp. Myeloma*).

Przebieg choroby. Nie gorączkował. Ogólne osłabienie coraz więcej się powiększało. W dole lewego płuca zjawiały się liczne zlewające się rżenia. Wystąpił głośny, głęboki oddech K u s s m a u l a, 30 oddechów na minutę, czasami o charakterze C h e y n e - S t o k e s a, i po 3 dniowym pobycie w szpitalu chory zmarł. Podczas pobytu w szpitalu przytomność na ogół była zachowana, przy tym chory nie miał ani nudności i wymiotów, ani bólów głowy.

Reasumując, mieliśmy do czynienia z osobnikiem, u którego stwierdziliśmy silne wyniszczenie, liczne złamania w obrębie układu kostnego, wyjątkową podatność i elastyczność żeber i mostka, objawy mocznicy i zakwaszenia ustroju we krwi, białkomocz, normalną zawartość wapnia we krwi, nieznaczne powiększenie ilości białka we krwi, leukocytozę o charakterze neutrofilowym, liczne okrągławe ubytki cieniowe w kości ramieniowej, w łopatce i obojczyku po stronie prawej oraz zmiany zanikowe w kościach miednicy.

Elastyczną klatkę piersiową, złamania kości, zmiany zanikowe w kościach oraz bóle w plecach i okolicach łędźwiowych stwierdzić możemy w przerzutach nowotworowych do kości, w chorobie Recklinghausena: włóknistym uogólnionym zapaleniu kości, rozmięknieniu kości (*osteomalacia*) oraz w szpiczaku mnogim.

W naszym przypadku nie stwierdziliśmy zmian, charakterystycznych dla przerzutów nowotworowych do szpiku kostnego i opisanych na początku niniejszej pracy.

W *ostitis fibrosa generalisata Recklinghausena*, która jest następstwem nadczynności przytarczyczek, decydujące znaczenie rozpoznawcze ma Rentgen. Na rentgenogramie widzimy w takich przypadkach torbiele w kościach, w ciężkich przypadkach jedną torbiel obok drugiej. Zamiast treści płynnej w tych torbielach znajdujemy w oczkach tkanek gąbczastej kości tkankę białawą, włóknistą. We krwi występuje zwiększona ilość wapnia obok ujemnego bilansu wapniowego, t. zn. że chory wydala z organizmu więcej wapnia, aniżeli pobiera. U naszego chorego stwierdziliśmy normalną ilość wapnia we krwi oraz brak torbieli na rentgenogramie kości, — co przeczy temu rozpoznaniu.

Szpiczak mnogi w przeciwieństwie do rozmięknienia kości atakuje zwykłą mężczyznę w starszym wieku. W szpiczaku mnogim kości nie są tak giętkie, jak w rozmięknieniu kości, przy tym chorzy na szpiczak mnogi mogą się poruszać o własnych siłach. Szpiczak mnogi głównie atakuje szpik kostny, tworząc guzy i nacieki. Na skutek tworzenia się tych nacieków dochodzi do zaniku tkanki kostnej, co w następstwie doprowadzić może do złamania kości. W rozmięknieniu kości proces chorobowy toczy się w tkance kostnej, która zostaje zastąpiona przez tkankę osteoidalną, pozbawioną wapnia. Obraz rentgenowski kości może w wielu przypadkach być nam pomocny w rozpoznawaniu szpiczaka mnogiego. Guzki i nacieki w szpiku kostnym w przypadku szpiczaka mnogiego dają na rentgenogramie okrągłe ściśle ograniczone pola jasne. W rozmięknieniu zaś kości otrzymujemy na rentgenogramie tylko jasne cienie na skutek zaniku tkanki kostnej i zubożenia kości w wapń. Obecność gorączki przemawia za szpiczakiem mnogim i przeciwko rozmięknieniu kości.

Klinicznie wahał się pomiędzy rozpoznaniem *ostitis fibrosa Recklinghausena* i szpiczakiem mnogim, ale obraz rentgenowski kości i brak zwiększonej ilości wapnia we krwi przechyliły rozpoznanie na stronę szpiczaka mnogiego.

Sekcja (Dr Płoński): *Myeloma multiplex ossium. Fractura inveterata cruris sin. Nephrosis gravis. Amyloidosis renum. Tbc apicis utriusque. Endocarditis parietalis atrii sin. Endocarditis chronica calcificans et exacerbata verrucosa valvulae mitralis*.

Badania histologiczne. Guzy kostne składają się z elementów szpikowych, przeważnie jednak z komórek plazmatycznych typowych, lub też z komórek jednójadrzastych z ujemną oksydazą i jądrami na obwodzie.

PIŚMIENNICTWO.

Naegeli. Blutkrankheiten und Blutdiagnostik. 1931 r. Norbert Ortner. Differentialdiagnostik innerer Krankheiten. 1928 r. H. Hirsfeld. Leukämien und verwandte Krankheiten (Chlorom, Lymphosarcom, Multiple Myelome). 6 tom. Neue Deutsche Klinik. 1930 r. Tamże. Die multiplen metastatischen Tumoren des Skelettsystems. E. Frank. Aleukia. haemorrhagica (Panmyelophthisie). 4 tom. „Neue Deutsche Klinik“. 1930 r. S. Joseph. Osteomalazie. 8 tom. Neue Deutsche Klinik. 1931 r. P. Morawitz und H. Brugsch. Agranulozytose. I. Ergänzungsband, Heft I. Neue Deutsche Klinik. 1933 r. Georg Peritz. Ostitis fibrosa generalisata. I. Ergänzungsband, Heft 4. Neue Deutsche Klinik. 1933 r. J. A. Lièvre. L'osteose parathyroïdienne et les osteopathies chroniques, 1932 r. Ulrich Spiller und Dr Angel Revetas. Das multiple Myelom als Ursache „Kryptogener“ Anämien. Deutsche Medizinische Wochenschrift. Nr. 33. 1035 r. M. Płoński. O stanach niedokrewności i o stanach białaczkowych w przebiegu nowotworów złośliwych. 1934. D. Redel. Nowotwory złośliwe a układ krwiotwórczy. Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 16. 1935 r. Jan Walchocki. Pierwotny mnogi nowotwór szpiku kostnego z licznymi przerzutami. Prace Zakładów Anatomii Patologicznej Uniwersytetów Polskich. Tom I. 1924 r. Richard Bauer. Zur klinik und serologie der Myelomkrankheit. Medizinische Klinik Nr. 21. 1935 r. K. Horsch. Myelom und Knochenmelase. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 20 september. 1935 r. Hermann Engel. Myelomatose durch einen Rippenbruch nicht verur sacht oder verschlimmert. Medizinische Klinik Nr. 50. 1935 r. C. Sternberg, R. Bauer, F. Eisler. Pathologische Anatomie und Klinik des Myeloms. Medizinische Klinik. Nr. 36. 1935 r.

Z praktyki prywatnej

Przemiana podstawowa i metaboliczne znaczenie tarczycy w okresie pokwitania u dziewcząt.

Podala

Matylda BIEHLER (Warszawa).

Wiemy, że zanim ustrój osiągnie pełnię sił fizycznych i psychicznych, zanim osiągnie pełnię dojrzałości, musi przejść przez szereg faz rozwojowych. Poszczególnych faz życia, w których ustrój podlega rozmaitym zmianom, poruszać tutaj nie będę. W niniejszej pracy zwrócę uwagę nie na całokształt zmian, występujących w budowie i czynnościach ustroju w okresie dojrzewania — uczyniłam to na innym miejscu *), — lecz tylko

*) Matylda Biebler. Rozwój fizyczny dziewcząt w okresie pokwitania a szkoła. Zdrowie Nr. 21—22. 1933.

na sprawę przemiany podstawowej i zachowania się czynności tarczycy u dziewcząt w okresie dojrzewania, w którym sprawa znacznego zapotrzebowania kalorycznego oraz zwiększenia ilości energii, zużywanej na procesy wewnętrzne organizmu, była już niejednokrotnie podkreślana przez autorów.

Pod nazwą przemiany podstawowej rozumiemy ilość energii, zużytej na procesy spalania (wewnętrzne) organizmu przez osobnika, będącego na czczo w absolutnym spokoju w danej jednostce czasu. Ilość tę można obliczyć na podstawie zużytego tlenu i wydalonego bezwodnika kwasu węglowego, posługując się dla obliczeń specjalnymi aparatami i wzorami, ułożonymi przez różnych autorów i ujętymi w tablice.

O s z a c k i **) oznacza metabolizm podstawowy Mom
wzorem następującym: $Mop = \frac{Mom}{S}$, to znaczy: Mom

czyli metabolizm oddechowy spoczynkowy (minimalny) odniesiony do 1 m² powierzchni ciała (S) nazywa się metabolizmem podstawowym albo powierzchniowym (Mop.).

Mom czyli metabolizm oddechowy jest to wymiana gazowa u człowieka na czczo, po dobrze przespanej nocy, w obojętnej ciepłocie otoczenia (16—18°C) pod niezbyt ciepłym przykryciem, przy możliwie małej ilości ruchu.

Zapotrzebowanie kaloryczne ustroju określamy drogą przemiany podstawowej (métabolisme basal), przemiana bowiem podstawowa, która określa pracę wewnątrzkomórkową niezależnie od trawienia i ruchu, jest, że tak powiem, koroną przemiany materii, na którą składa się asymilacja i dezasymlacja.

Badania nad przemianą podstawową zapoczątkowane były przez T i s s o t, powróciły one jednak po szeregu przemian *via* Ameryka, i odtąd zajęli się nią ponownie autorzy europejscy. Aparaty, używane do badań nad przemianą podstawową, ulegały ciągłym ulepszeniom, ostatnio do najbardziej rozpowszechnionych zaliczyć należy aparaty Benedicta, Krogha*), Knippinga, Génévriera i w. in. **), które zapisują jednocześnie ilość zużytego tlenu, wydalonego CO₂, liczbę tętna, oddechów, a nawet ruchy małych dzieci.

Wiemy, że przemiana podstawowa człowieka zależy od wzrostu, wagi, wieku i płci i dlatego nie łatwo jest dla obliczeń podać wartości standardowe. Toteż autorzy opierają się przy obliczeniach przeważnie na powierzchni ciała, wyrażonej w metrach kwadratowych i przyjętej za podstawę. Autorzy posługują się tutaj przeważnie wzorem M e e h a: $S=12,3 \sqrt{C}^2$, przy czym S wyraża powierzchnię ciała w centymetrach kwadratowych, C — ciężar ciała; 12,3 jest to stała, używana przy obliczeniu powierzchni człowieka — stała ta różna jest dla różnych gatunków zwierząt. Na metr kwadratowy powierzchni dodaje się 900 kalorii u dorosłego i 1100 u dziecka rocznego. Dokładność tego obliczenia kwestionują K e s t n e r i K n i p p i n g, którzy twierdzą, że obliczenie powierzchni w sposób, podany wyżej, nie daje nam dokładnego pojęcia przy obliczaniu wartości przemiany podstawowej, a to dlatego, że człowiek mały i tusty różni się powierzchnią od wysokiego i chudego, chociażby waga ich była jednakowa. Wobec tego, iż Magnus L e v y wykazał, że ludzie wysocy, dobrze zbudowani, mają stosunkowo większą powierzchnię, niż mniejsi o tej samej wadze ciała, bracia E. i D. D u b o i s podali wzór, uwzględniający również wysokość ciała $S=71,84 \times C \times C^{0,425} \times W^{0,725}$ czyli $\log. S = \log. 81,84 + 0,425 \log. C + 0,725 \log. W$. Podstawiając dla C i W wartości szczególne np. C=59,5 kg. a W=166 cm., otrzymamy S=1,62 m². W ten sposób granica błędów, wynosząca aż 36% we wzorze M e e h a, spada podobno do granicy przeciętnie 1,5% maksymal-

nie + 5%. Chcąc jeszcze wyeliminować wpływ powierzchni skóry, która wywiera znaczny wpływ na metabolizm spoczynkowy, należy podzielić wartość metabolizmu spoczynkowego (Mom) przez powierzchnię skóry (liczoną w metr. kwadratowych), otrzymamy wtedy wartość metabolizmu w odniesieniu do 1 m² powierzchni ciała czyli $Mop = \frac{Mom}{S}$

Bracia D u b o i s wysunęli jeszcze jedną koncepcję, polegającą na tym, że chcąc otrzymać całkowitą powierzchnię danego osobnika, należy dodać szereg oddzielnie obliczonych powierzchni różnych odcinków ciała (głowy, kończyn dolnych, górnych, tułowia, barku, miednicy i t. p.).

Jeszcze prostsze wzory podaje B e n e d i c t, których opracowanie zostało oparte na bardzo bogatym materiale — wzory te przedstawiają się, jak następuje:
Dla mężczyzn od 1 roku wzwyż: $66,47 + 13,75 \times \text{kg.} + 5,0 \times \text{cm.} - 6,75 \times \text{lata.}$
Dla kobiet od 1 roku wzwyż: (mniej dokładne) $655,09 + 9,56 \times \text{kg.} + 1,85 \times \text{cm.} - 4,67 \times \text{lata.}$

Dla chłopców poniżej roku — $22,1 + 31,05 \times \text{kg.} + 1,16 \times \text{cm.}$

Dla dziewcząt poniżej roku: $44,9 + 27,84 \times \text{kg.} + 1,84 \times \text{cm.}$

Np. zapotrzebowanie kaloryczne osobnika rodzaju męskiego, który waży 50 kg., ma 150 cm. wzrostu i 20 lat, wynosi (to znaczy, że przemiana podstawowa wyraża się ilością kalorii) $= 66,5 + 13,75 \times 50 + 5 \times 150 - 6,75 \times 20 = 1.369$ ciepłostek.

Przy obliczaniu przemiany podstawowej posługują się wszyscy przeważnie tablicami biometrycznymi B e n e d i c t a i H a r r i s a co do wartości metabolicznych ustroju ludzkiego. Tablice te zostały przerobione przez K e s t n e r a i K n i p p i n g a dla dzieci i młodzieży do lat 20, z tablic tych wynika, że ciężar ciała jest tą wartością konstytucjonalną, od której przede wszystkim zależy zachowanie się metabolizmu przy uwzględnieniu wieku. Liczby kalorii wg. tablicy, otrzymane z jednej strony dla odpowiedniej wagi, z drugiej dla wzrostu i wieku, należy dodać. Dają one dokładne pojęcie o zapotrzebowaniach kalorycznych danego osobnika. Odchylenia od tych liczb (wyżej 5%) przemiany, obliczonej wg. wymienionych tablic, rzadko występują u zdrowych. Odchylenia poniżej 5% występują tylko wtedy u zdrowych, jeżeli osoby badane mają skutek jakichś ćwiczeń wyczerpany nieco układ mięśniowy. Każde większe odchylenie od liczb tablic opracowanych przez B e n e d i c t a, K e s t n e r a, K n i p p i n g a i in. autorów *), wskazuje na zaburzenie w przemianie, jaką w zasadzie powinien wykazać człowiek w spoczynku, na czczo odpowiednio do jego wagi, wieku i wzrostu.

Np. na zapytanie, jaka jest przemiana mężczyzny, ważącego 60 kg., mającego wzrostu 163 cm. i 25 lat, możemy odpowiedzieć: tablica dla wagi (bez względu na wiek) wykazuje 892 kalorie. Tablica dla wzrostu i odpowiedniego wieku wskazuje 647 kalorii, — razem 1539 kalorii.

J. R e n a u l d i d e T a n n e n b e r g przedstawili wahania liczby kalorii na metr kwadratowy po-

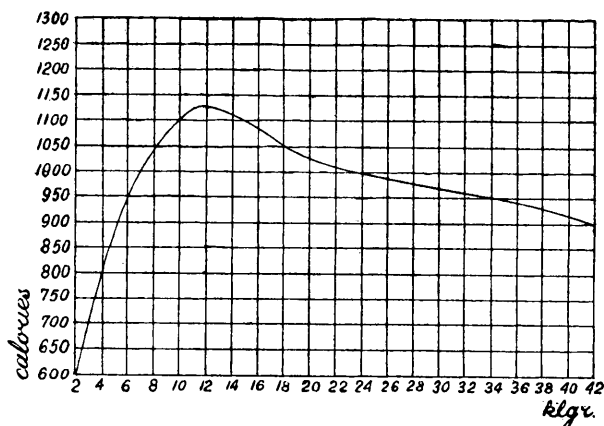
**) O s z a c k i Aleksander. Choroby przemiany materii i energii u człowieka (podstawy nauki o metabolizmie). Kraków 1925.

*) W Polsce używa się prawie wyłącznie aparatów K r o g h a.

**) Génévrier J. et Descomps H. Hygiène scolaire. Paris 1933 J. Baillière Ed.

*) Tablice, o których wyżej, podane zostały w Practicum der Physiologischen Chemie, opracowanym przez H. Knippinga i P. Rona, wyd. Jul. Springer, Berlin, 1928.

wierzchni (obliczali powierzchnię skóry według metody Du Bois) i na 24 godziny w stosunku do wagi ciała (dépense de fond). Autorzy ci przedstawili swoje wyniki schematycznie za pomocą wykresu, który podają poniżej. Otrzymali oni wyniki podobne do tych, jakie otrzymali Holt, Szulc*), Reicher, Le Gendre, Dopter i in.**).



Wahania liczby kalorii w ciągu 24 godzin w stosunku do wagi (dépense de fond) na 1 metr kwadratowy powierzchni wedl. J. Renauld i M. de Tannenberg.

Wiemy, że wpływ pożywienia na przemianę podstawową zależy od energii, zużywanej przez organizm na proces trawienia (action dynamique spécifique de Rubner). Wchodzi tu w grę głównie stosunek wydzielonego przy spalaniu CO_2 do pochłoniętego O_2 (współczynnik oddechowy, oznaczany zwykle literami RQ Respirat. Quotient). Jeżeli np. proces spalania węglowodanów przedstawiony zgrubsza wzorem $\text{C}_6\text{H}_{12}\text{O}_6 + 6\text{O}_2 = 6\text{H}_2\text{O} + 6\text{CO}_2$, to $\text{RQ} = \frac{6\text{CO}_2}{6\text{O}_2} = 1$; natomiast dla tłuszczu — weźmy trypalmitynę — otrzymamy wzór $2\text{C}_{51}\text{H}_{98}\text{O}_6 + 145\text{O}_2 = 98\text{H}_2\text{O} + 102\text{CO}_2$ i $\text{RQ} = \frac{102\text{CO}_2}{145\text{O}_2} = 0,703$ i t. d.

Oczywiście, możemy przeprowadzić szereg badań, które wskażą w jakim stopniu i po jakim jedzeniu, a poza tym i po jakim ruchu przemiana podstawowa się wzmacnia, jeżeli jednak chcemy ściślej określić ilość energii, zużytej na procesy wewnętrzne ustroju (métabolisme basal), musimy mieć do czynienia z osobnikiem, znajdującym się w stanie zupełnego spokoju i na czczo.

Z badań dokonanych wynika:

- 1-o na pracę po jedzeniu należy do zużytej ilości energii (przy ilości określonej ściśle podawanych pokarmów) dodać 10—12%;
- 2-o na pracę mięśniową należy wg. Kestnera i Knippinga dodać:

	ciepłotek
dla umysłowo pracujących	7— 8
„ piszących	20
„ szyjących (ręcznie)	25— 30
„ szewców	80—115
„ krawców	137—177
„ tłukących kamienie	300—330
„ piłujących drzewo	390—430

*) G. Szulc. Wydatek energii żołnierza polskiego, a jego potrzeby pokarmowe. Lekarz Wojskowy Nr. 6. 1925 r.

**) J. Rouget et Ch. Dopter. Hygiène alimentaire (fasc. IV. de Traité d'hygiène de Brouardel, Chantemesse et Mosny. Paris.

dla chodzących dużo	130—200
„ jeżdżących na rowerze	180—300
„ maszerujących obciążonych	200—400
„ biegających	500—930
„ stojących (na baczność)	20— 30
„ wchodzących na piętra (wzgórza)	200—960

Poza tym należałoby odliczyć wartości kaloryczne wydaliny (moczu, kału, potu i t. p.); tego jednak dokonywamy w specjalnych tylko przypadkach.

W naszych doświadczeniach zbędne było odliczanie lub doliczanie zużytych liczb ciepłotek na jedzenie, ruch, wydalanie gazu, gdyż wszystkie badane dziewczynki na 12 godzin przed rozpoczęciem badania nie jadły, doświadczenie rozpoczynano więc na czczo. W ciągu 3-ch dni, poprzedzających badanie, nie spożywały białka (wyłączna dieta jarska), nie wykonywały żadnych ćwiczeń cielesnych. Wszystkie badane dziewczynki leżały minimum 1/2 godz. w zupełnym spokoju bezpośrednio przed rozpoczęciem badania.

Przed rozpoczęciem badania określano ciśnienie barometryczne oraz ciepłotę i prężność pary wodnej aparatu. Notowano wagę pacjentki, wzrost i wiek i obliczano teoretyczną liczbę kalorii, zużytkowanych w ciągu doby wg. tablic Knippinga i Harrisa. Każde doświadczenie trwało 10 minut.

Z innych badań dostępnych w praktyce prywatnej w celu określenia przemian biologicznych w ustroju — dokonywane były badania moczu co do ilości wydalonego mocznika i kwasu siarkowego.

Z obserwacji moich, opartych na kilkudziesięciu badaniach, przeprowadzonych przez Dr. Świderskiego (niektóre protokoły doświadczeń podają poniżej), doszłam do tych samych wniosków, co i inni autorzy (Benedikt, Oszaeki, Salbot, Szulc, Talbot, Reicher, Richet i in.), a mianowicie, że przemiana podstawowa jest wyższa w okresie rozwoju aniżeli u dorosłych, przynajmniej o 20—25%, że ilość wydalanego CO_2 wzrasta z wiekiem. Przed wystąpieniem miesiączki, a więc przeważnie u pacjentek moich w wieku od 11—12 lat, i począwszy od okresu występowania miesiączki ilość wydalanego CO_2 zmniejsza się. Ilość zużytego tlenu zwiększa się w miarę wzrostu, nie przedstawia jednak zmian szczególnych w okresie dojrzewania; wyjątek stanowiły dziewczęta z powiększonym gruczołem tarczycowym.

Protokoły badań metabolizmu podstawowego.

Przypadek I. Dziewczynka E. K.

Warunki badania

temperatura wewnątrz aparatu	19°
prężn. pary wodn. „	16,5 mm. Hg.
ciśnienie barometryczne „	750 mm. Hg.

Waga pacjentki 36 kgr. odpowiada liczbie teoret.	999 Kal
Wiek 10 l. 9 m.)	
Wzrost 150,5 cm.)	271 Kal.

Liczba teoretyczna kalorii, zużywanych w ciągu doby = 1270 Kal.

Ilość tlenu, zużytego w ciągu badania 10-minutowego, wynosi 2,1 L. 0°

z poprawką na t⁰, p i prężn. pary wodn. (Pg. Douglas-Priestleya) 1,9 L. 0°

Wartość kaloryjna 1 L tlenu w badaniu 10-minutowym przy stosowaniu zaleconego reżimu, odpowiada przeciętnie 716 Kal.

stąd wartość całego tlenu zużytego, odpowiada 1360 Kal.

Różnica pomiędzy liczbą otrzymaną a teoretyczną wynosi

+ 90 Kal, czyli + 7,1%

Przypadek II. Dziewczynka R. C.

Warunki badania:

ciśnienie barometryczne	742 mm. Hg.
t ⁰ wewnątrz aparatu	21 ⁰
prężn. pary wodn. wewn. apar.	18,5 mm. Hg.
Waga pacjentki 38 kgr. odpowiada liczbie teoret.	1019 Kal.
Wiek 11 i 1/2 l.)	" " "
Wzrost 158,5 cm.)	" " "
	302 Kal.

Liczba teoretyczna kalorii, zużywanych w ciągu doby=1321 Kal.

Ilość tlenu zużytego w ciągu badania 10-minutowego wynosi . . . 2,5 L. O₂ → log. 0,3979z poprawką na t⁰, p i prężn. wodn. (pg. Douglas-Priestleya) . . . log. 0,3551

Wartość przeciętna 1 L tlenu przy reżimie, zachowanym przez pacjentkę, wynosi dla doświadczenia 10-minutowego . 716 Kal. → log. 2,8549

Wartość kaloryjna całego tlenu zużytego odpowiada 1622 Kal. ← log. 3,2100

Różnica pomiędzy liczbą otrzymaną a teoretyczną wynosi + 301 Kal., czyli + 22,7%

Przypadek III. Dziewczynka H. R.

Waga pacjentki 47,5 kgr. odpowiada liczbie teoret.	1109 Kal.
Wzrost 161,5 cm.)	" " "
Wiek 15 lat)	" " "
	262 Kal.

Liczba teoretyczna zużywanych kalorii wynosi 1371 Kal.

Warunki badania:

t ⁰ wewnątrz aparatu	18 ⁰
prężność pary wodnej	15,5 mm. Hg.
stan barometru	746 mm. Hg.

Zużyto w ciągu badania 10-minutowego 2,3 L. O₂ odp. log. 0,3617z poprawką (t⁰, p i vH) log. 0,3205Przeciętna wartość kaloryjna 1 L. O₂ przy zachowaniu reżimu wskazanego wynosi dla doświadczenia 10-minutowego 716 Kal. log. 2,8513wartość całkowita zużytego O₂ wynosi 1485 Kal. ← log. 3,1718

Różnica pomiędzy teoretyczną liczbą Kal. a otrzymaną wynosi + 114 Kal., czyli + 8,31%

Przypadek IV. Dziewczynka Z. M.

Warunki badania:	
t ⁰ wewnątrz aparatu	17 ⁰
prężn. pary wodn. wewn. ap.	15 mm. Hg.
ciśnienie barometryczne	742 mm. Hg.
Waga pacjentki 59 kgr. odpowiada liczbie teoret.	1219 Kal.
Wiek 14 i 1/2 l.)	" " "
Wzrost 174 cm.)	" " "
	210 Kal.

Liczba teoretyczna kalorii zużywanych w ciągu doby=1429 Kal.

Ilość tlenu, zużytego w ciągu badania 10-minutowego, wynosi . . . 2,15 L. O₂ → log. 0,3324z poprawką na t⁰, p i prężn. pary wodn. (pg. Douglas-Priestleya) . . . log. 0,2869

Wartość przeciętna 1 L tlenu przy reżimie stosowanym wynosi dla badania 10-minutowego 850 Kal. → log. 2,9294

Wartość kaloryjna całego tlenu zużytego wynosi przeto . . . 1644 Kal. → log. 3,2163

Różnica pomiędzy liczbą otrzymaną a teoretyczną wynosi + 215 Kal., czyli + 15,2%

Przypadek V. Dziewczynka K. G.

Temp. wewnątrz aparatu 17 stopni;
prężność pary wodn. wewn. ap. 14,5 mm. Hg;
ciśnienie barometryczne 758 mm. Hg.

Waga pacjentki 27,5 kgr. odpowiada liczbie teoret.

Wiek 8 l. 9 m.)	" " "	918 Kal.
Wzrost 123,7 cm.)	" " "	145 Kal.

Liczba teoretyczna kalorii zużywanych w ciągu doby=1063 Kal.

Ilość tlenu zużytego w ciągu badania 10-minutowego wynosi . . . 1,5 L. O₂ → odp. log. 0,1761z poprawką na t⁰, p i prężn. pary wodn. (pg. Douglas-Priestleya) . . . log. 0,1404

Wartość przeciętna 1 L tlenu przy zachowaniu reżimu wskazanego odpowiada przy badaniu 10-minutowym . . . 850 Kal. log. 2,9294

Wartość kaloryjna całego tlenu zużytego odpowiada 1174 Kal. ← log. 3,0698

Różnica pomiędzy liczbą otrzymaną a teoretyczną wynosi + 111 Kal., czyli + 10,4%

Przypadek VI. Dziewczynka A. B.

temp. wewnątrz aparatu 17,5⁰;
prężność pary wodnej wewn. apar. 15 mm. Hg.
ciśnienie barometryczne 750 mm. Hg.

Waga pacjentki 59,5 kgr. odpowiada liczbie teoret.	1224 Kal.
Wiek 18 l. 3. m.)	" " "
Wzrost 172,5 cm.)	" " "
	286 Kal.

Liczba teoretyczna kalorii zużywanych w ciągu doby=1510 Kal.

Ilość tlenu zużytego w ciągu badania 10 minutowego wynosi . . . 1,87 L. O₂ odp. log. 0,2718z poprawką na t⁰, prężn. pary wodn. i p (pg. form. Dougl.-Priestl.) . . . log. 0,2304

Wartość przeciętna 1 L. tlenu przy zachowaniu reżimu wskazanego wynosi dla badania 10-minutowego . . . 850 Kal. log. 2,9294

Wartość kaloryjna całego tlenu zużytego odp. 1445 Kal. ← log. 3,1598

Różnica pomiędzy liczbą otrzymaną a teoretyczną wynosi - 65 Kal., czyli - 4,3%

Otóż powiększenie (przerost) gruczołu tarczowego występuje u dziewcząt w okresie dojrzewania (od 12—15 r.) znacznie częściej niż by się to na pierwszy rzut oka wydawało; dowiodły tego przeważnie wyniki badań przemiany podstawowej. Na 8.750 badanych dziewczynek (pomiar dokonywane były w gimn. p. G a g a t n i c k i e j) stwierdziłam powiększenie gruczołu tarczowego (między 12—15 r. życia), jak następuje: *).

wiek	%
10 lat	— 27,9
11 „	— 35,4
12 „	— 42,2
13 „	— 44,3
14 „	— 45,6
15 „	— 48,2

Badanie przemiany podstawowej wykazało nadczynność gruczołu tarczowego (na 30 przypadków badanych 28 razy).

Ciekawe dane podaje w tym względzie pismo Health za r. 1928. Oto w Cincinnati na 16.000 pomia-

*) Z badań tych zdawałam już częściowo sprawę na Zjeździe Lekarzy i Przyrodników polskich w Poznaniu 14.IX. 1933 r. w sekcji Pediatrii łącznie z sekcją Higieny Szkolnej i Wych. Fizycznego.

rów stwierdzono częstość występowania powiększenia tarczycy u dzieci, przy czym wybitniejszym powiększeniom ulegała tarczyca u dziewcząt aniżeli u chłopców, u dziewcząt między 12—15 rokiem wynosiła przeciętnie 45,3% — u chłopców tylko 26,3%. U dzieci polskich stwierdzili przerost tarczycy B o r o w s k i i K u n c e w i c z ó w n a (u 32% dziewczynek w wieku szkolnym).

U tych dziewczynek, u których gruczołu tarczowego nie można było wcale wyczuć, przemiana podstawowa była niższa (patrz przypadek VI) nawet od normalnej (4,3—4,4%), u tych, u których gruczoł tarczowy był powiększony, przemiana była wyższa — znacznie przekraczała 5%. W niektórych przypadkach, opierając się na wynikach przemiany podstawowej można było stwierdzić rozpoczynającą się chorobę B a s e d o w a, w 2-ch przypadkach poddano wskutek tego dziewczynki specjalnej obserwacji — objawy kliniczne, które się w dość szybkim tempie rozwijały, doprowadziły do decyzji zabiegu operacyjnego. Wynik był bardzo pomyślny. Przemiana podstawowa przed zabiegiem + 18,31, u drugiej + 15,2% spadła po zabiegu (—5) do normy. W innych przypadkach (o czym wspominał mimochodem, gdyż nie prowadziłam specjalnych badań w stosunku do terapii) dały dobre wyniki naświetlania tarczycy promieniami R o e n t g e n a. Po zastosowaniu radioterapii występowało obniżenie się metabolizmu niekiedy o $\frac{1}{3}$ i więcej. Podobne wyniki otrzymali R o t h, J a n e t i i n.

Tutaj jeszcze zaznaczę, że te dziewczynki, które miały tarczycę powiększoną, a więc i wyższą przemianę podstawową, miały przeważnie podniesioną ciepłotę o 0,1, 0,2, 0,3, co nie było związane ani z powiększeniem gruczołów okołoskrzelowych, ani z innymi zmianami w ustroju (zgodnie z wynikami szeregu badań pomocniczych, R o e n t g e n, badania moczu i t. d.). Wądocznie podniesienie ciepłoty zależne było od wzmożonej pracy wewnątrzkomórkowej.

Fakt ten konstatuję bez komentarzy, wiadomo bowiem, że usunięcie tarczycy lub zmniejszenie jej czynności obniżają ciepłotę — podawanie zaś tarczycy lub jej nadczynność podnoszą ciepłotę. Nie bez słuszności też nazwali Francuzi tarczycę jednym z główniejszych naszych kaloryferów. *)

Co się tyczy wyniku badań moczu, które miały na celu określenie przemiany w ustroju w okresie dojrzewania, to zaznaczyć możemy, że wydalanie kwasu siarkowego ulega też pewnym wahaniom w zależności od wieku. W okresie, poprzedzającym występowanie miesiączki i w ogóle przed okresem dojrzewania zwiększa się wydalanie kwasu siarkowego, z chwilą zjawienia się miesiączki zmniejsza się.

Dziewczęta, które mają miesiączkę, wydają mniej mocznika, aniżeli te, które miesiączki nie mają. Ilość mocznika większa jest w okresie poprzedzającym występowanie miesiączki i zmniejsza się z chwilą zjawienia się miesiączki.

Do tych samych wniosków, opartych na szeregu doświadczeń, robionych przeze mnie lub stwierdzanych w analizach moczu, dokonywanych przez D-rów Ś w i d e r s k i e g o, S e r k o w s k i e g o i i n., doszli M a r r o i B e i g e l.

Jak widzimy z powyższego, przemiana podstawowa, zarówno jak i przemiana w ogóle w okresie dojrzewania, różni się od przemiany podstawowej u dorosłych — jest stosunkowo wyższa. Należy również podkreślić powiększenie tarczycy i wzmożenie jej czynności w tym okresie. Wyniki badań naszych pozwalają nam raz jeszcze stwierdzić, że pomiędzy wszystkimi czynnościami naszego ustroju istnieje pewna korelacja. Przemiana podstawowa i czynności tarczycy stanowią bezspornie jedno z licznych ogniw w niezmiernym łańcuchu właściwości okresu pokwitania.

*) Dr L. L e v i. Le tempérament et ses troubles. Les glandes endocrines. Paris 1929.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

Pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Rzeczy nowsze o chorobach alergicznych nosa i jego jam obocznych.

Podał

M. WEINTAL (Warszawa—Otwock). *)

(Dok. — patrz Nr. 46).

Dość liczne, jak z powyższego widać, dociekania etiologiczne, patogenetyczne i diagnostyczne mają, oczywiście, za cel wytknięcie pewnej drogi w leczeniu tak dokuczliwego cierpienia, jakim są nieżyty alergiczne nosa. Dopiero przy rozpatrywaniu tego zagadnienia można się zorientować, jak dalece chaotyczne są dotychczasowe metody leczenia. Zgodność wszystkich na ogół autorów polega na unikaniu terapii chirurgicznej. Jedynie w nieczęstych przypadkach, gdzie przerosty śluzówki lub stany ropne zatok są pierwotne, a nieżyt naczyńioruchowy wtórny, leczenie chirurgiczne ma swoje uzasadnienie, gdyż przez usunięcie przyczyny może spowodować trwałe wyleczenie (W a t k i n s).

*) Referat, wygłoszony na posiedzeniu oddziałowym oddziału laryngologicznego Szpitala Starożakonných na Czystem — Ordynator: Dr med. K a r b o w s k i.

Z terapii przyczynowej poza leczeniem odczulającym, stosowanym w odpowiednich przypadkach — przy czym według K l e w i t z a leczenie to można przeprowadzać nie tylko w okresie przednapadowym, na 2 i $\frac{1}{2}$ miesiąca przed okresem kwitnienia, lecz również w okresie właściwej choroby dużymi i częstymi dawkami alergenu — w świetle badań W i e t h e g o i K o e r b e l a wydaje się celowe podawanie organopreparatów, odpowiednio, oczywiście, dobranych, zgodnie z wstępnymi badaniami, wyżej wspomnianymi.

Również charakter przyczynowy ma wspomniana wyżej dieta bezbiałkowa w przypadkach „*rhinitis vasomotoria disproteinica*” wg. G l a s s c h e i b a. Za leczenie przyczynowe uważa ten autor leczenie powyższej odmiany nieżytu naczyńioruchowego wcieraniem w okolicę łokciową dermoprotiny, mlecznej cieczy o aromatycznym zapachu, zawierającej oprócz olejków eterycznych czynny składnik kazeinę i produkty bakteryjne. Po 10—16-krotnym stosowaniu tego środka w dawkach wzrastających autor osiągał poprawę w 18-stu na 20-ście leczonych przypadków.

W sprawie diety w *rhinitis vasomotoria* zabiera głos K e h r. Radzi on wrażliwym na białko spożywać

potrawy tylko dobrze wypieczone i wysmażone, a konieczne sole (Ca, Mg, K.) — jedynie w postaci zasadowej. Autor ten zwraca również uwagę na warunki klimatyczne, zalecając alergikom, zwłaszcza z katarą sienną, przebywanie w okolicy wolnej od alergenów, a więc o ubogiej roślinności, na wysokości 1000 mtr. nad poziomem morza lub w miejscowościach nadmorskich.

Usiłowania leczenia przyczynowego możnaby się również dopatrywać w próbach podawania śledziona, jak to czyni *Griebel*. Autor stosował ten środek w przypadkach astmy, kataru siennego i nieżytu naczyńioruchowego i stwierdzał, że poprawie objawowej towarzyszyło zmniejszenie eozynofili we krwi. Autor przypuszcza, że śledziona ma wpływ regulujący na stany alergiczne (drogą szpiku kostnego).

Z powodzi środków farmaceutycznych, poza zawsze aktualnymi preparatami wapnia w różnych postaciach (ostatnio „Calcibronat Sandoz”), zwróć uwagę na fenol (*Palmer*). Autor ten w obszernym artykule, w którym omawia wszelkie dotychczasowe metody leczenia w przypadkach o nieznannej etiologii (kaustyka, prąd faradyczny, galwaniczny, diatermia, koagulacja, jonizacja, różne środki farmakologiczne, stosowane doustnie, parenteralnie i miejscowo), dochodzi do wniosku, że metody te są niewystarczające po większej części. Z empirycznych środków fenol ma mieć zalety środka taniego, wymagającego krótkiego czasu stosowania. W leczonych w ten sposób 30-tu przypadkach autor otrzymywał dobre wyniki w większości już po jednokrotnym zastosowaniu leku; tylko w 6-ciu przypadkach zabieg trzeba było powtórzyć. Po uprzednim znieczuleniu 2—5% kokainą autor wprowadza do nosa tampony, nasyczone fenolem; chroni przed jego działaniem okolicę węchową, skłóć nosa za pomocą alkoholu i wazeliny oraz śluzówkę nosogardzieli, gardzieli i krtani. Bezpośrednim następstwem tego leczenia jest koagulacja śluzówki nosa, pokrytej szaro-białawą błoną i silnie obrzękłej. Towarzyszy temu stanowi zatkanie nosa, hipersekrecja, ataki kichania, bóle głowy. Wszystkie objawy znikają po upływie 1—2-ch godzin, z wyjątkiem zatkania nosa, które trwa 24—28 godzin. Badanie porównawcze histologiczne wycinków śluzówki przed i po leczeniu fenolem wykazało zmniejszenie obrzęku, wysięku zapalnego i zwiększenie liczby elementów łącznotkankowych.

Amerykanin *Vail* zaleca zastrzykiwania alkoholu 40% lub 60% z dodatkiem chlorowodoru prokainy do główki muszli dolnej, przeciwległej okolicy przegrody oraz niekiedy do muszli środkowej. Należy unikać podrażnienia okolicy węchowej. Zastrzyknięcie jest nieco bolesne; ból promieniuje do skroni, nosa, policzka, zębów i trwa 10—15 minut. Po zastrzyknięciu błędnie zwykle śluzówka nosa. Z wyniku autor jest zadowolony. Ostrzega przed alkoholizacją zwoju klinowo-podniebiennego (*ganglion sphenopalatinum*), gdyż mogą powstać pewne wyrodnienia nerwowe, czego nie wolno ryzykować w cierpieniu stosunkowo łagodnym, jakim jest nieżyt naczyńioruchowy.

Rosenberg zaleca leczenie jodem znaną już metodą *Sternberga*. Stwierdza znaczną poprawę nieżytów naczyńioruchowych po 8—10-ciu, a niekiedy już po 2—3-ch zastrzyknięciach podskórnych 5% jodku sodu, zawierającego drobne ślady jodu wolnego. Obecność jodu wolnego powoduje nieznaczny ból palący w miejscu zastrzyknięcia.

Gutman zaleca stosowanie maści bronchiowydymowej, związku, składającego się z papawidryny,

nieznacznej ilości hormonu nadnercza, wyciągu z przysadki i nitratów. Ma być to środek nieszkodliwy, zmniejszający obrzęk i ilość wydzieliny.

Riegele proponuje kurację trikrezelem odbiałczonym. 6—8 zastrzyknięć tego środka w odstępach 2-dniowych daje dużą poprawę. Autor zdaje sobie jednak sprawę, że nie może tu być mowy o wyleczeniu, lecz o niespecyficznym działaniu objawowym.

Glas zadowolony jest ze stosowania izofenolu (zastrzykiwania lub tampony w okolicy zwoju klinowo-podniebiennego), kwasu trójchłorooctowego (przyżeganie) i bismogenolu (zastrzykiwanie domięśniowe).

Największa liczba prac poświęcona jest leczeniu energią elektryczną.

Schmiegelow gorąco zaleca elektrokoagulację na zasadzie doświadczenia z 20-stu przypadkami. Autor przepuszcza prąd przez płaski, jak klinga, koniec elektrody w ciągu 10—15-tu sekund na śluzówkę przegrody nosa w okolicy *tuberculum septi* oraz dolnej muszli nosowej w głębokiej narkozie chlorytowej w ten sposób, że śluzówka zostaje zwęglona bez uszkodzenia rusztowania chrząstkowo-okostnowego. Części zmartwiałej śluzówki odpadają po upływie 3—4 tygodni. Bólu, ani zaburzeń powonienia nie odczuwa się przez cały czas leczenia, nawet bezpośrednio po narkozie.

Najwięcej jednak zwolenników, głównie wśród autorów amerykańskich, ma leczenie jonizacją (*Warwick, Alden, Chažutin, Haydn, Carter, Leech, Volk*).

Już *Franklin* i *Demetriades* próbowali tego leczenia, jednak dopiero wyżej wspomniani autorzy w ostatnich latach zastosowali je na większą skalę. Wzorem tego postępowania jest metoda *Warwicka*. Po 10-ciominutowym znieczuleniu 2—5% kokainą z efedryną wypełnia się przewód nosowy watą, nasyoną elektrolitem (sól cynku, kadmu lub cyny); elektrodę stanowi odpowiedni metal; jest to anoda. Katodę umieszcza się na ramieniu. Prąd o natężeniu 100 miliamperów przepuszcza się w ciągu 15-tu minut. Jako następstwo tego leczenia śluzówka pokrywa się szarawym nalotem, występuje b. silne uczucie zatkania nosa oraz typowe objawy alergii nosowej; przykry ten stan znika już nazajutrz, z wyjątkiem zatkania nosa, które trwa dłużej, dopóki nie odpadną błony, co następuje po 5—6-ciu dniach; strupów zrywać nie wolno. Dla ulżenia pacjentowi stosuje się wilgotne okłady na nos i wlewanie co godzinę do nosa kilku kropel mentolu w parafinie. Przez następne 5 dni nos jest jeszcze wrażliwy, po 10-ciu dniach od zastosowania jonizacji wraca zupełnie do normy. Wyniki dobre otrzymuje się w 75—80% przypadków i to zarówno w nieżycie naczyńioruchowym nosa, jak w astmie i innych stanach alergicznych zarówno w stosunku do objawów jawnych, jak ukrytych. Nie stwierdza się żadnych wpływów szkodliwych na śluzówkę nosa, ani na jej funkcję; przerosty i twory polipowe nabierają nawet tendencji do ustępowania. Badanie histologiczne wycinków z śluzówki muszli nosa po przeprowadzonej jonizacji potwierdza obserwacje kliniczne. Przeciwwskazania do jontoforezy stanowią ostre infekcje i stany ropne; w infekcjach podostrych należy zachować dużą ostrożność. Leczenie winien przeprowadzać doświadczony specjalista; aparat odpowiedni, elektrody i roztwory należy dobrać bardzo starannie.

Jak z powyższego przeglądu widać, rozbieżność i różnorodność postępowania nie pozwala nam na razie wyrobić sobie należytego sądu o właściwym sposobie postępowania w leczeniu nieżyty naczyńioruchowego nosa

i zmusza lekarza do b. dokładnego badania każdego pacjenta i cierpliwego próbowania różnych środków — od chorego zaś wymaga także dużo cierpliwości.

Wydaje się jednak, że z za ciężkich chmur polipragmazji przeświecać zaczyna światło przyczynowej koncepcji endokrynologiczno-wegetatywnej natury omawianego cierpienia.

PISMIENNICTWO.

1. Alden. — Une année de travail avec l'ionisation dans le traitement du rhume des foins. — *Annales d'ORL*, X, 1935. str. z *The Laryngosc.* 1934). 2. Alden A. — The Response of Allergic Phenomenon to Ionisation. — *The Laryngoscope*, VIII, 1935. 3. Besche. — Les maladies allergiques. — *Revue d'ORL*, IX, 1935. (str. z *Acta ORL*, SUPPL. XX). 4. Baum H. L. — The Importance of Rhinologic Diagnosis in Allergic Disease. — *Annals of ORL*, II, 1935. 5. Baum. — Vorkommen von Allergie in der rhinologischen Praxis. — *Intern. Zentralbl.* t. 40, 1935, (str. z *Arch. of ORL*, t. 20). 6. Buhrmester K. — The Chemical Composition of Secretions from Allergic Rhinitis and Sinus Exsudates. — *The Laryngoscope*, V, 1935. 7. Chažutin. — Sur l'étiologie et sur le traitement de la rhinite vasomotrice. — *Revue d'ORL*, I, 1935 (str. z *Sowietskij Wiestnik ORL*, 33/34). 8. Dean, Linton L., Linton C. — An Intramucosal Test for Hypersensitivity in Allergic Rhinitis. — *Annals of ORL*, 2, 1935. 9. Gelfand. — Asthme et Rhume des foins. — *Laryngologie Intern.*, XI, 1935. (str. z *The Laryngoscope*, X, 1934). 10. Glas. — Zur Therapie rhinogener Kopfschmerzen und vasomotorischen Schnupfens. — *Monatsschr. Für ORL*, XI, 1935. 11. Glasscheib. — Pathogénie et thérapeutique des affections allergiques des cavités accessoires du nez. — *Laryngol. Intern.*, IX, 1935 (str. z *Monatsschr. f. ORL*). 12. Die Behandlung der Sinusitis allergica mit Dermaprotin. Vorläufige Mitteilung über die Rhinitis vasomotorica allergica dysproteinica. — *Monatsschrift f. ORL*, III, 1935. (pos. wied. tow. ORL, XII, 34). 13. Glascheib. — Zur Klinik und Therapie der Rhinitis vasomotorica allergica dysproteinica — *Monatsschr. f. ORL*, XI, 1935. 14. Griebel. — Über den Einfluss der Milz auf allergische Zustände. — *Intern. Zentralbl.*, t. 40, 1935. 15. Gutmann. — Zur Bekämpfung des Heuschnupfens und anderer allergischen Schnupfenzustände mit der Bronchovydriinsalbe. — *Intern. Ztrbl.*, t. 40, 1935 (str. z *Fortschr. d. Ther.* X, 34). 17. Hansel. — A clinical Analysis of one hundred and fifty cases of allergy of the nose and paranasal sinuses — cyt. wg. *Annales d'ORL*, I, 1935, z pos. ameryk tow. ORL. 18. Hara H. J. — Hay Fever Among Japanese. — *Archives of ORL*, I, 1935. 19. Hayden, Carter, Leech. — Iontophorese bei hyperästhetischer Rhinitis.

— *Intern. Ztrbl.* t. 41, 1935 (z pos. ORL. w Chicago, IV, 1935), 20. Hedderich. — Klinische Beobachtungen an 150 Fällen von Rhinitis vasomotoria. — cyt. wg. *Annales d'ORL*, I, 1935 (z *Ztschr. f. H. N. O.*, IV, 33) 21. Hlaváček. — Eosinophilie der Nasenschleimhaut und der Nasenpolypen als Ausdruck einer allergischen Erkrankung. — *Monatsschr. f. ORL*, X, 1935. 22. Kehr. — Eigentümlichkeiten der allergischen Krankheiten, insbesondere des Heufiebers. — *Intern. Ztrbl.*, t. 41, 1935 (str. z *Ther. d. Gegenwart*). 23. Klewitz. — Fortschritte in der Diagnostik und Therapie der Pollenallergie (Heuschnupfen). — *Neue Deutsche Klinik* — 3 Ergänzt. Band, 4 H, 35. 24. Koerbel u. Wiethe. — Über die Beziehungen der Rhinitis vasomotoria zu den Störungen der innersekretorischen Drüsen. — *Monatsschr. f. ORL*, XI, 1935. 25. Kragh. — Allergic Rhinitis. — *Acta ORL*, t. 20, 1934 (cyt. wg. *Annales d'ORL*, VIII, 1935). 26. Lugli G. — Rhinite vasomotrice et anaphylaxie. — *Revue d'ORL*, II, 1935. (str. z *Bollettino delle Malattie dell'Orrechio, delle Gola, del Naso*, IV, 33). 27. Menzel. — Coryza vasomotor et bacillémie tuberculeuse. — *Annales d'ORL*, III, 1935 (z pos. wied. tow. ORL.). 28. Menzel. Über eine Gruppe akuter Kieferhöhlenerkrankungen mit rhinovasomotorischem Syndrom. — *Monatsschr. f. ORL*, X, 1935. 29. Palmer. — The Effect of Phenol in Hyperesthetic Rhinitis with Tissue Study of the Nasal Mucosa. — *Annals of ORL*, I, 1935. 30. Riegele. — The Relations of The Autonomic Nerve Fibers of the Nasal Mucosa to the Reticulo Endothelium and Their Meaning for Anaphylactic Allergic Processes. — *Archives of ORL*, II, 1935. 31. Riegele. — Unspezifische Behandlung der Rhinitis vasomotorica. — *Ztschr. f. ORL*, 28/3, 1935 (cyt. wg. *Intern. Ztrbl.*, t. 40, 1935). 32. Rosenberg. — Les injections d'iode en oto-rhino-laryngologie. Une nouvelle méthode pour le traitement du catarrhe nasal et auriculaire. — *Annales d'ORL*, VI, 1935 (str. z *The Laryngoscope*, XI, 32). 33. Schmiegelow. — Über die Elektrokoagulationsbehandlung bei Rhinitis vasomotorica. — *Intern. Ztrbl.* t. 41, 1935 (str. z *Ino-Kubo Festschrift*). 34. Sidney I. — The Laryngoscope, IX, 1935. — Uwagi w związku z artykułem Buhrmester w Nr. V/35, *The Laryngoscope*, patrz wyżej. 35. Tweedie. — Flore nasale et réaction du mucus nasal. — *Annales d'ORL*, III, 1935. 36. Vail. — Treatment of Hay Fever by Nasal Injections of Alcohol. *Archives of ORL*, 18/33 (cyt. wg. *Annales d'ORL*, IV, 1935). 37. Volk. — Intophoresis in Hay Fever and Allergic Conditions. — *The Laryngoscope*, VIII, 1935. 38. Warwick. — Treatment of Hay Fever and its allied conditions by Ionisation. — *The Laryngoscope*, 34 (cyt. wg. *Annales d'ORL*, III, 1935). 39. Watkins. — Allergie in der otorhinolaryngologischen Praxis. — *Med. J. Austral.* (cyt. wg. *Intern. Ztrbl.*, t. 40, 1935).

Oceny książek

Guttmann's Medizinische Terminologie. Wydanie 27 z 653 rysunkami. Nakł. Urbana i Schwarzenberga. Berlin-Wiedeń. 1936. Cena RM. 20 (dla zagranicy RM. 15).

Wymieniona w tytule książka należy do rzędu tych dzieł, które mówią same za siebie. Najlepszym tego dowodem jest obecne 27 wydanie w ciągu lat 34, więc niemal co rok nowe wydanie. Powodzenie Terminologii Lekarskiej Guttmanna tłumaczy się znakomitą jej układem, wybornym a krótkim oddaniem treści przedmiotu i uwzględnieniem bodaj wszystkiego, co terminologii lekarskiej dotyczy. Najbardziej wykształcony lekarz napotyka od czasu do czasu wyrażenie mu nieznane, specjalne, dalekie od największego nawet zasobu jego wiadomości: w książce Guttmanna znajdzie w jednej chwili wytłumaczenie zagadki. Do oceny wydania 25/26 z roku 1932, które w swoim czasie daliśmy w „W. C. L.”, dodać możemy tylko, że kontynuator pracy Guttmanna, Dr Marle, starał się uwol-

nić książkę od zbytecznego balastu, a wzamian za to dał nieco obszerniejsze wyjaśnienie tych nazw specjalnych, które tego wymagały, i wzbogacił książkę o 53 nowe ilustracje. Że za szczytnie znana firma księgarska Urbana i Schwarzenberg pod względem wyposażenia dzieła w piękny papier, dosknały druk i odpowiadające wszelkim wymaganiom rysunki wywiązała się z zadania bez zarzutu, o tym wspominać jest rzeczą zbyteczną. — Książka Guttmanna - Marlego powinna się znaleźć na biurku każdego lekarza. Z. Srebrny.

Dr. fil. Christian BOMSKOW. **Methodik der Hormonforschung.** (Erster Band 1937, Verlag Georg Thieme, Leipzig).

W zagadnieniach, związanych z badaniem gruczołów, wydzielających pewne hormony, odgrywa znaczną rolę metodyka, jaką posługujemy się w tej dziedzinie. Metod badania hormonów posiadamy bardzo wiele. Są one porozrzucone w rozmaitych pracach, częściowo tylko zgrupowane zostały w dzie-

le A b d e r h a l d e n a; nie było jednak dotychczas dzieła, omawiającego ściśle samą metodykę w badaniu hormonów. Książka Dr fil. B o m s k o w a zapełnia tę lukę w literaturze, można bowiem w niej znaleźć wszystkie metody w dziedzinie badania hormonów, które mają zastosowanie nie tylko w laboratoriach zakładów teoretycznych, ale i klinicznych. Niezmiernie trudno jest podać szczegółową treść tak obszernej książki, zawierającej 716 stron, i ocenić ją szczegółowo przy ograniczeniu miejsca w druku. Ograniczę się więc do omówienia jedynie ogólnego. Treść książki jest podzielona na dwie części, część ogólną i szczegółową. W części ogólnej autor zbyt wiele miejsca poświęca ogólnym metodom badań, nie związanych bezpośrednio z badaniami hormonów. Część ta obejmuje 140 str. i mimo to, że posiada bezsprzecznie pewną wartość ze względu na zebranie wszystkich metod, jest jednak za obszerna, i śmiało można by ją znacznie skrócić. W części szczegółowej autor omawia szczegółowe metody badania chirurgiczne, biologiczne, histologiczne i chemiczne tarczycy, przytarczyczek, nadnerczy z podziałem na metody badania kory nadnerczy i substancji rdzennej oraz trzustki zwierząt zimnokrwistych, ptaków i ssaków. Te działy są bardzo duże, zawierają niezmierną ilość bardzo ciekawych danych operacyjnych u różnych zwierząt, jak również danych o hormonach i ich składnikach, oraz metodach badania wpływu ich na ustrój i poszczególne jego narządy. Omawianie tych działów jest może trochę przeładowane;

autor podaje np. metody nowe, ale jeszcze nie sprawdzone, jak również szereg metod starych, które nie mają znaczenia praktycznego, jako niedogodne, a jak sam autor wspomina (str. 634,) interesujących tylko z punktu widzenia teoretycznego. Bardzo dogodne są w czytaniu podanych metod uwagi autora, gdzie podczas wykonywania badania daną metodą można popełnić błąd, co zwraca uwagę czytelnika w kierunku uniknięcia pomyłki. Na str. 375 jest błąd, a mianowicie powiedziane jest, że witamina D nie ma wpływu na leczenie i powstawanie krzywiccy. Powinno być, że tarczycza nie posiada wpływu na krzywicę. Sprawdzić to można dopiero, czytając podaną przez autora pracę T h o n n e s a, która omawia to zagadnienie. Na str. 627 jest przykra omyłka drukarska, a mianowicie powinno być inulina, a nie insulina. Należy na ogół powiedzieć, że książka Dr B o m s k o w a jest dziełem bardzo pożytecznym, i znaleźć w niej można wszystko to, co jest związane z metodyką badania hormonów z punktu widzenia biologicznego i chemicznego. Książka jest stosunkowo za rozległa, i o wiele lepsza pod tym względem w czytaniu była książka tegoż autora p. t. „Metodyka badania witamin“, wydana przed kilku laty, a która zawierała 250 stron. Bardzo dużą zaletą książki są tabele i bardzo piękne rysunki oraz krzywe, których w sumie jest 435. Do wad książki należy brak spisu autorów na końcu. Autor zaś ogranicza się tylko do przytoczenia piśmiennictwa w tekście, podając jego źródła. Poza tym wydanie jest bardzo staranne i z zainteresowaniem należy oczekiwać wydania drugiego tomu.

Julian W a l a w s k i.

Wskazówki praktyczne

D e m o l l zwraca uwagę, że pod postacią *przewlekłych cierpień żołądkowo-kiszkowych* czasem kryje się *choroba Addisona* z mało wydatną i tylko na błonach śluzowych widoczną pigmentacją. Ciśnienie krwi jest nieznacznie obniżone. Rozpoznanie opiera się na hipoglikemii, stwierdzonej na czczo, i hiperglikemii po zastrzyknięciu cortiny. Szybkie działanie lecznicze cortiny potwierdza rozpoznanie. Warto przeto w przypadkach uporczywej niestrawności, połączonej z astenią, zastosować próbę hormonalną. (Presse Méd. 1936 Nr. 27).

—o—

S t o l t z, A r o n, W e i s s s i K n u t z m a n n sprawdzili na 128 chorych *odczyn na raka*, podany przez A r o n a. Metodyka polega na wykazaniu zmian histologicznych, występujących w nadnerczu i jajniku królic, którym zastrzyknięto moczu chorych na raka. W 113 przypadkach, a więc w 88,3% wynik odczynu odpowiadał rozpoznaniu klinicznemu i anatomo-patologicznemu. Z 88 przypadków nierakowych tylko w 6 wynik wypadł dodatni. 5 przypadków, w których rak został usunięty, wszystkie dały wynik odczynu ujemny. (Presse Méd. 1936 Nr. 28).

—o—

J a e q u e l i n i C h a i t na zasadzie dużego materiału astmatyków stwierdzili, że tylko w tych przypadkach *astmy* należy operować *nos*, w których organ ten sam przez się, bez względu na astmę, wymaga operacji. W przypadkach tych widuje się od czasu do czasu przejściową poprawę. Leczenie przyczynowe nie może tu być stosowane, wyniki stale równają się zeru. (Presse Méd. 1936 Nr. 30).

—o—

W e i l i S e m a n a zastosowali w przypadku *krwawiczki po operacji* 25 przetaczań krwi w przeciągu 23 dni w ilości 12 litrów krwi i uratowali chorego, sądzą przeto, że wielu krwawców umarło tylko dlatego, że za wcześnie zaprzestano transfuzji. (Presse Méd. 1936 Nr. 30).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne z dnia 22 października 1936 r.

Obecnych 22.

Przewodniczył K a c p r z a k.

Odczyt.

Doc. Dr G. Szulc. *Najważniejsze zagadnienia żywieniowe w Polsce.*

Sprawą żywienia jako zagadnieniem społecznym zaczęto się interesować dopiero w ostatnich czasach. Wiąże się to ze zmianą kierunku, panującego w higienie, a mianowicie powstaniem w niej prądu biologicznego. Prąd zapobiegawczy, stworzony przez P a s t e u r a, który polegał na ochronianiu człowieka przed działaniem wszelkich czynników szkodliwych, zaczął co raz bardziej tracić na znaczeniu. Powstał

natomiast kierunek biologiczny, który postawił sobie za zadanie stworzenie człowieka, odpornego na szkodliwość otoczenia. Głównymi środkami działania tego kierunku jest wychowanie fizyczne i racjonalna polityka żywnościowa. Znaczenie wychowania fizycznego jako czynnika higienicznego i czynnika obrony państwa nie podlega żadnej dyskusji. Natomiast jeżeli chodzi o zasady racjonalnego żywienia, to szerzenie ich napotyka trudności ze względu na brak wspólnych pojęć wśród lekarzy, których dotąd nie ma; naogół lekarze nie wykazują większego zainteresowania tymi zagadnieniami. W czasach przedhistorycznych żywienie człowieka było o wiele bardziej urozmaicone i obfitsze (wskutek większej ruchliwości), niż obecnie. Wskutek tego przechodziły przez ustrój najrozmaitsze składniki pożywienia, nawet rzadko spotykane, i ustrój mógł czerpać z pożywienia wszystko, co mu było po-

trebne. Podnosiło to wartość biologiczną człowieka. Okres cywilizacji wprowadził wielkie zmiany w sposobie żywienia się ludzi. Doprowadził on do wielkiego wzrostu ilościowego masy ludzkiej, a związany z tym rozwój rolnictwa i przemysłu, gromadzenie i przechowywanie środków żywnościowych, warunki socjalne spowodowały odmienny sposób żywienia się, odbiegający od normalnego. Zmiany w żywieniu się i wywołanych przez to zmianach w chorobowości i śmiertelności można prześledzić nawet na krótkich odcinkach czasu. Na przykład okres wojny pozwolił obserwować wzrost i spadek liczby przypadków pewnych chorób, związany ze sposobem żywienia się (np. wzrost liczby zachorowań na gruźlicę). Te wahania w częstości pewnych chorób można stwierdzić i w statystyce sanitarnej Warszawy: np. od czasów wojny zwiększa się stałe częstość móżdżkowej, zapalenia wyrostka robaczkowego, udaru mózgowego, raka żołądka, chorób serca, które się w czasie wojny bardzo nasiliły, bezpośrednio po wojnie stały się rzadszymi, a od kilku lat zdarzają się znowu coraz częściej; zmniejsza się natomiast częstość gruźlicy. Statystyka zdrowotności poborowych z rozmaitych okolic kraju wykazuje nagromadzenie się pewnych chorób w określonych dzielnicach Polski. Np. uderza częstość występowania wola na południu Rzeczypospolitej. Mapa, odzwierciedlająca ubóstwo wody w stosunku do jodu, pokrywa się całkowicie z mapą rozpowszechnienia wola, co pozwala na wyciąganie daleko idących wniosków. Słabą budowę ciała stwierdza się najczęściej u poborowych, pochodzących z południa i zachodu Polski. Fakt ten wydaje się dziwnym. Na pozór wydawałoby się, że słabą budowę ciała powinno się stwierdzać przeważnie wśród poborowych, pochodzących z województw wschodnich, gdzie wyżywienie bywa bardzo często niewystarczające; lecz ludność zachodnich dzielnic jest zamożna, znajduje się na wysokim poziomie kulturalnym, skąd więc tam tak duża liczba poborowych o słabej budowie ciała. Odgrywają tutaj rolę różne rasowe, lecz nie wystarczają one same tylko do wytłumaczenia tego faktu. Choroby zębów jako przyczynę zwolnienia z wojska spotyka się najczęściej również w dzielnicach zachodnich; wytłumaczyć to można demineralizacją ustroju z powodu braku w pożywieniu pokarmów, bogatych w sole mineralne i witaminy: bogata ludność spożywa przeważnie białą mąkę, dużo cukru, alkoholu, którymi pokrywa w dużym stopniu swe zapotrzebowanie cieplakowe. Również stopień płaską spotyka się najczęściej w województwach zachodnich. Sprawy żywienia posiadają tak doniosłe znaczenie, że zajęła się nimi Liga Narodów, która wyłoniła specjalną Komisję do tych spraw, ta zaś zorganizowała dwa kongresy. Kongresy te uznały konieczność opracowania norm pożywienia i stworzenia zasad racjonalnego żywienia. Ważność tych spraw uznał obecnie cały świat. Konferencje ekspertów w Rzymie, a następnie w Berlinie (w r. 1934) opracowały normy żywienia. W rozmaitych państwach przeprowadzono ankiety w sprawie żywienia się. Pracami tymi zainteresowało się Międzynarodowe Biuro Pracy, co jest rzeczą zupełnie zrozumiałą, gdyż między pracą a żywieniem się istnieje ścisły związek. Opracowano zasady racjonalnego żywienia się, uwzględniające potrzeby kaloryczne i białkowe. Zdecydowano, że w klimacie umiarkowanym człowiek, nie pracujący fizycznie, wymaga 2.400 ciepłostek na dobę. Praca lekka wymaga dodatku 50 ciepłostek na godzinę, średnia — 100, ciężka — 150, bardzo ciężka — 200 ciepłostek. Większe zainteresowanie niż zapotrzebowanie kaloryczne wzbudzały potrzeby białkowe, zwłaszcza że między białkiem a ciałami odpornościowymi istnieje duża zależność. Należało więc określić ilość i jakość białka. Wszystkie konferencje doszły do wniosku, że normy białkowej nie można obniżyć. Wprawdzie zamożniejsze warstwy ludności spożywają zbyt duże ilości białka, wskutek czego przychodzi do gromadzenia się niedopałków białkowych w ustroju, lecz tych ludzi jest stosunkowo niewiele. Większość spożywa raczej za mało białka. Dobowe minimum białka nie powinno schodzić poniżej 1 g na kilogram wagi, przy czym pewna jego część powinna być pochodzenia zwierzęcego. Uznano niezbędność witaminów i soli mineralnych w pożywieniu. Jeżeli chodzi o witaminy, nie znamy dotychczas ich wszystkich, każdy dzień przynosi w tej dziedzinie nowe odkrycia. Jadłospis, obejmujący te wszystkie składniki pożywienia, musi uwzględniać warunki klimatyczne, ekonomiczne, przyzwyczajenia smakowe i zwyczaje ludności. We wszystkich krajach jednak ludność musi być zaopatrzona w t. zw. pokarmy asekuracyjne. Należy do nich w pierwszym rzędzie mleko, nie wykazujące większych różnic w swym składzie chemicznym w rozmaitych krajach. Należy prowadzić propagandę spożywania mleka. U nas istnieją poważne zarzuty w stosun-

ku do spożycia mleka zarówno pod względem ilościowym, jak i jakościowym. Badania przeprowadzone nad uczniami, wykazały, że dodatek mleka do pewnej standartowej diety wpływał w silniejszym stopniu dodatnie na wzrost, wagę, a nawet cechy psychiczne, aniżeli inne dodatki, nawet podobne do mleka. Nie chodzi tutaj o działanie witaminów, gdyż jako dodatek używano mleka gotowanego, kwaśnego, skondensowanego, proszku mlecznego. Dodatek mleka, jak wykazały badania na szczurach, działa dodatnio i pod względem eugenicznym na rozrodczość, czas trwania okresu rozrodczego, powoduje wcześniejsze występowanie miotu i zwiększenie go. Spożywanie nadmiernych ilości białej młki i cukru kryje w sobie niebezpieczeństwo wyrugowania z pożywienia innych pokarmów, bogatych w sole mineralne. We wszystkich krajach stwierdzono niedostateczne ilości witaminów C i D w pożywieniu. Konferencje zaleciły dodawanie pokarmów bogatych w witaminy lub też podawanie sztucznych preparatów witaminowych (kwas askorbinowy, naświetlona ergosteryna). Pewną lukę stanowi fakt, że pokarmy, ani preparaty nie są pod tym względem kontrolowane. Np. tran, spożywany w takich dużych ilościach przez nasze dzieci i sprowadzany za drogie pieniądze z zagranicy, stanowi często tylko zepsuty tłuszcz, nie zawierający witaminów. Ocena tego, czy pożywanie wpływa ujemnie na zdrowie, jest prawie niemożliwe, gdyż nie posiadamy pod tym względem żadnego pewnego testu. Mogłaby nim być niedokrewność, próchnica zębów (spotykająca się bardzo często nawet w krajach kulturalnych), choroby serca, śmiertelność niemowląt (którą można rozpatrywać jako funkcję niewłaściwego żywienia się niemowląt). Najważniejszą rzeczą w tych sprawach jest propaganda, która musi wyjść od lekarzy. Higiena żywienia się jest u nas traktowana po macoszemu, natomiast w Stanach Zjednoczonych jest ona faworyzowana, całe wydziały i zakłady naukowe zajmują się nauką o żywieniu. Prowadzą one propagandę w odpowiednim duchu i wywierają wpływ na politykę aprowizacyjną kraju. To samo dzieje się ostatnio w Niemczech, gdzie Ministerstwo Zdrowia np. zabroniło ostatnio prowadzenia propagandy żywienia się osobom niepowołanym, które przez niewłaściwe ujęcie sprawy mogą wyrządzić krajowi wielkie szkody. U nas dopiero w ostatnich czasach zaczęto okazywać zainteresowanie się sprawami żywienia. W roku ubiegłym nastąpiła reorganizacja Państwowego Zakładu Higieny, polegająca na połączeniu z nim Zakładów Badania Środków Spożywczych; jednocześnie zakładom tym nadano charakter zakładów higienicznych, gdyż dotąd zajmowały się one wyłącznie fałszowaniem środków spożywczych (np. czy nie zawierają one sacharyny, czy w napojach wysokokowych jest badany odsetek alkoholu i t. p.). Wydział Apropowizacyjny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych prowadził politykę aprowizacyjną kraju, lecz tylko z punktu widzenia gospodarczego. Ostatnio dopiero coraz bardziej pogarszający się materiał poborowy zmusił Wydziały Wojskowy i Apropowizacyjny do zainteresowania się działalnością lokalnych urzędów aprowizacyjnych rządowych i samorządowych. Bardzo zły stan wyżywienia rozmaitych grup społecznych podkreślają prace K r a h e l s k i e j i Prusa, Palucha (o wyżywieniu bezrobotnych) i innych. Kryzys gospodarczy odbija się przede wszystkim na stanie wyżywienia. Ciekawy jest fakt, iż pomimo bardzo ciężkiego kryzysu umieralność zwiększyła się tylko nieznacznie. Na wytłumaczenie faktu tego składa się kilka przyczyn. Przede wszystkim uległa ograniczeniu liczba urodzeń, a przecież największą umieralność spostrzega się wśród niemowląt. Następnie zmniejszała się umieralność wśród warstw, przed tym dobrze usytuowanych, gdyż rzadszymi stały się wśród nich choroby, spowodowane spożywaniem nadmiernych ilości pewnych składników pożywienia (np. białka). Dalej do zmniejszenia się umieralności przyczyniło się uświadomienie co do znaczenia pewnych składników pożywienia np. witaminów (w Anglii np. zwiększyło się spożycie jarzyn, owoców, masła, jaj, sera). U nas z kryzysem zaznaczył się wyraźnie spadek spożycia cukru, ryżu, spirytusu, piwa, tytoniu, mydła (to ostatnie i przed tym było nieduże), nie uległo ograniczeniu wbrew oczekiwaniu spożycie mięsa (co może znaleźć swe wytłumaczenie w pewnych szczególnych warunkach gospodarki hodowlanej), zwiększyło się spożycie ziemniaków. Być może, że i te okoliczności wpłynęły dodatnio na fakt stosunkowo nieznacznego wzrostu umieralności. Pomimo to stan rzeczy jest niezadawalający (np. spożycie mleka w Polsce jest bardzo małe, 10 razy mniejsze, niż w Finlandii). Ankieta Głównego Urz. Stat. stwierdziła, że w miarę wzrostu dobrobytu zwiększa się spożycie rozmaitych produktów (np. jarzyny) i odwrotnie, z pogorszeniem się sytuacji przerywa się ludność na

tańsze produkty żywnościowe. Ankieta ta wykazała również, że czasami bezrobotni (odpoczywający) znajdują się pod względem żywienia w lepszej sytuacji niż ciężko pracujący i źle wynagradzani robotnicy, wymagający większej ilości ciepłotek. Z kryzysem pogarsza się żywienie nie tylko ilościowo i jakościowo, lecz i gatunkowo, t. zn. ludność zaczyna kupować gorsze, nadpuste produkty, np. tłuszcze (masło), długo przetrzymywane w witrynach sklepowych. Badania S z c z y g ł a nad wpływem czasu przechowywania tłuszczów na ich znaczenie odżywcze wykazały, że na wystawie pod wpływem promieni świetlnych (nie chodzi tu o promienie pozafioletowe, zatrzymywane przez szkło szyby, lecz o promienie ciepłe — pozaczzerwone) tłuszcze szybko ulegają zepsuciu, a szczerzy, karmione takim masłem nawet tylko w jednej czwartej całej racji tłuszczowej, wykazywały po upływie krótkiego przeciągu czasu duże zmiany w skórze, nerkach i t. p. Prelegent zastanawiał się, czy mamy duże trudności w rozwiązaniu zagadnienia dostatecznego żywienia ludności. W obliczeniach wzorowano się na pracy, wykonanej w Stanach Zjednoczonych przez S t i b i n g a i współpracowników. Metoda ta wykazała, że niema kraju, który mógłby się wyżywiać bardzo dobrze. Ilość i rodzaj gruntów w Polsce dowodzi, według tych obliczeń, że namby starczyło na wyżywienie dostateczne po cenach umiarkowanych, a nawet obfite. Jesteśmy więc pod tym względem samowystarczalni, tym bardziej że wydajność roli możnaby jeszcze podnieść.

Dyskusja:

Dr A. Szwarc uważa zagadnienie żywienia się za bardzo ważne. Wyżywienie ludności posiada nader doniosłe znaczenie dla zdrowia narodu i obronności państwa. Sprawami tymi powinna się zająć ta sama instytucja, która zajmuje się sprawami zdrowotności. Dla osiągnięcia odpowiednich wyników konieczne jest przywrócenie Ministerstwa Zdrowia Publicznego, któreby dbało o zdrowie ludności, mające tak doniosłe znaczenie dla bogactwa kraju. Cytuje choroby kości, powstałe wskutek niewłaściwego żywienia się.

Dr Przysuski przypomina, że w Niemczech pomimo zainteresowania sprawami żywienia nie ma najważniejszych produktów żywnościowych. Z przemówienia prelegenta możnaby wysnuć niewłaściwy wniosek, że Poleszacy stanowią najzdrowszą część ludności. Bezrobotni lepiej się żywią od pracujących tylko w okresie pobierania zasiłków, lecz trwa to przecież krótko, później głodują.

Dr Knappe zapytuje, jak rozumie prelegent konieczność spożywania produktów pochodzenia zwierzęcego. Jest przecież faktem powszechnie wiadomym, że bez mięsa można się obejść. Ludność kresowa, chłopie prawie wcale go nie jadają.

Dr H. J. Landau podkreśla, że, jeżeli chodzi o warstwy niezamożne, to w żywieniu ich odczuwa się nade wszystko, zwłaszcza zimą, brak świeżego pokarmu roślinnego (jarzyn, owoców), dostarczającego ustrojowi witaminów (zwłaszcza witaminu C). U nas, niestety, odczyty na temat żywienia się nie są przez nikogo kontrolowane, czego dowodzi chociażby fakt, że w lokalu Towarzystwa Higienicznego w wynajętej sali mógł się odbyć odczyt o leczeniu głodem.

Dr Knappe stwierdza, że ustroj ludzki potrzebuje witamin w bardzo małych ilościach. Większe ich ilości nie przynoszą ustrojowi żadnego szczególnego pożytku. Powiedzenie więc: „pomidory są bardzo zdrowym pokarmem, bo zawierają dużo witaminów”, prowadzące do nadmiernego ich spożywania, nie ma żadnego sensu. Podanie jednego jabłka dziennie wystarczy do zaopatrzenia ustroju w dostateczną ilość witaminu C.

W odpowiedzi stwierdza Doc. Szulc, że pewne wi-

taminy, np. witamin B, a raczej kompleks witaminów B (B₁, B₂ i t. d.), są rzeczywiście wymagane przez ustroj w niedużych ilościach, dlatego też awitaminozy B zdarzają się bardzo rzadko. Zależy to zresztą od rodzaju pożywienia i stosunku witaminu B, zawartego w nim, do innych witaminów. Analogii między szczurami a ludźmi nie można zresztą posuwać zbyt daleko. Witaminu C wymaga ustroj ludzki w dużych ilościach, a podawanie jednego jabłka dziennie, które akurat zawiera niedużo tego witaminu, nie pokrywa zapotrzebowania ustroju w stosunku do witaminu C. Witamin C posiada doniosłe znaczenie dla ustroju, który go magazynuje w korze nadnerczy. Zaburzenia, spowodowane brakiem tego witaminu, występują nie tylko w przypadkach niedostatecznej jego zawartości w pożywieniu, lecz np. w zaburzeniach jelitowych u starszych ludzi, kiedy niedostatecznie wchłania się on w jelitach. Na szczęście posiadamy obecnie wyrabiany sztucznie witamin C. Prelegent uważa białko mięśni szkieletowych za niepełnowartościowe, natomiast białko mleka i jaj jest pełnowartościowe i pod tym względem przewyższa białko mięsa. Wyżywienie ludności w Polsce jest możliwe samowystarczalnie, natomiast właściwy podział środków żywnościowych stanowi zagadnienie ekonomiczne i polityczne.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Internistycznego w Wiedniu z dnia 12 grudnia 1935 r. (Wien. med. Wschr. Nr. 40/1936) W. Dressler pokazywał dwa przypadki *tętniaka serca*, których rozpoznanie było możliwe dzięki zjawisku tętnienia w okolicy serca. W jednym przypadku potwierdził rozpoznanie wynik badania pośmiertnego, w drugim — badanie rentgenowskie, które wykryło ograniczone wypuklenie lewego brzegu cienia sercowego, odpowiednie do tętniącego odcinka klatki piersiowej, które wykazywało podczas skurczu serca tętnienie, zwrócone na zewnątrz. Badanie rentgenowskie umożliwiło tylko bardzo rzadko rozpoznanie tętniaka serca, gdyż jego umiejscowienie w okolicy koniuszka i przedniej ściany lewej komory nie sprzyja wykryciu go za pomocą promieni Roentgen'a. Umiejscowienie to natomiast szczególnie nadaje się do przewodzenia tętnienia na przednią ścianę klatki piersiowej. Charakterystyczne dla tętniaka serca tętnienie znajduje się zazwyczaj w pobliżu okolicy koniuszkowej, i dlatego nie można go prawie odróżnić od silnego uderzenia sercowego przerosłej komory lewej. Jedynie wtedy, gdy udaje się wykazać, że fakt wystąpienia tętnienia poprzedzony został przez zawał serca, i można wyłączyć te wszystkie czynniki, któreby mogły spowodować przerost lewej komory, przede wszystkim nadciśnienie, wykazanie tętnienia prekordialnego, które bywa przeważnie dość silne i szerokości kilku poprzecznych palców, posiada duże znaczenie praktyczne dla rozpoznania tętniaka serca. W jednym z pokazywanych przypadków wyczuwano schodkowe wzniesienie uderzenia koniuszkowego w postaci dwóch wzniesień. Pierwsze przypadało na okres przedskurczowy, jak wykazał kardiogram, i było widocznie wywołane przez napór krwi, napływającej podczas skurczu przedsionków do komory, wskutek czego ścięnczała, zmieniona bliznowato ściana tętniaka ulegała nagłemu rozciągnięciu. W tym samym przypadku stwierdzono wyraźne przedłużenie czasu napinania, które należy zapewne położyć na karb zmniejszenia się ilości zdolnych do pracy włókien mięśniowych lewej komory. Erlsbacher i Scherf spostrzegali również zjawisko tętnienia w tętniku serca i położyli nacisk rozpoznawczy na wczesne znikanie tętnienia w okresie bliznowatej konsolidacji zawału. W przeciwieństwie do tego podkreśla prelegent, że w spostrzeganych przez niego 7 przypadkach tętnienie prekordialne utrzymywało się w niezmiennym natężeniu przez wiele lat.

Korespondencja.

Szanowny Panie Redaktorze!

W związku z przypadkiem, opisanym przez D-ra A. Frysmana i D-ra A. Galewskiego w Nr. 45 „W. Czas. L.” p. t. „Przypadek czerwienicy prawdziwej typu Gaisböcka”, pragnąłbym zauważyć, iż autorzy popełniają błąd rozpoznawczy. Odróżniamy, mianowicie, dwie postaci czerwienicy prawdziwej: jeden, dawniej znany, a opisany po raz pierwszy przez Vaqueza, z powiększeniem śledziony, czasami nawet bardzo znacznym, bez pod-

niesienia ciśnienia krwi (typ Vaqueza), drugi, opisany znacznie później przez Gaisböcka, z podniesieniem parcia krwi i przerostem serca, lecz bez powiększenia śledziony (typ Gaisböcka). Ponieważ w opisywanym przypadku nie stwierdzono ani powiększenia śledziony, ani nadciśnienia, zachodzi pytanie, czy nie miało się w tym przypadku do czynienia z wtórną erytremią. Oczywiście, wnioski lecznicze co do konieczności ograniczania podawania soli kuchennej w czerwienicy typu Vaqueza, względnie nieograczania w typie Gais-

b o c k a są mylne, i sprawa się przedstawia wprost odwrotnie. Poza tym dieta nawet śledziona nie wywiera żadnego szczególniejszego wpływu na przebieg tego cierpienia.

Dziękując z góry uprzejmie za zamieszczenie tych kilku słów, łączę wyrazy prawdziwego poważania.

Dr H. J. Landau.

ODPOWIEDŹ.

Szanowny P. Redaktorze!

W odpowiedzi na uwagi, podane przez kol. H. J. Landau, co do przypadku, ogłoszonego w Nr. 45 „Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego“, wyjaśniamy, co następuje:

Przypadek, opisany przez nas, uważać należy za czerwienicę pierwotną, gdyż czas trwania choroby datuje się od kilku lat. Już przed 5 laty chory był nasświetlany promieniami

R. z powodu zmian we krwi, która zawierała przeszło 9 milionów krwinek.

Gdybyśmy mieli do czynienia z czerwienicą wtórną, przyczyny tejże w ciągu 5 lat wystąpiłyby jaskrawo (zmiany w sercu, płucach i t. d.), czego w naszym przypadku nie mogliśmy stwierdzić.

Przypadek nasz uważać należy raczej za czerwienicę typu G a i s b o c k a, gdyż ciśnienie krwi mogło ulec czasowo zmniejszeniu na skutek długotrwałego poprzedniego leczenia (częste upusty krwi, naświetlania promieniami R., leżenie).

Co się tyczy podawania soli kuchennej, to nieporozumienie wynikło z powodu omyłki drukarskiej (zamiast nazwy choroby typu V a q u e z a winno być choroby G a i s b o c k a i odwrotnie).

Z poważaniem

A. Fryszman i A. Galewski.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Głosy krytyczne z dziedziny zagadnień eugeniki współczesnej.

[Co to jest „ciężki” alkoholizm? — Znaczenie dysgeniczne alkoholików przewlekłych. — Niemiecka nauka o „życiu rasie”. — Metody eugeniki współczesnej. — Ocena wyników eugenicznych osiągniętych przez sterylizację].

Podał

Jan NELKEN (Warszawa).

(Dok. — patrz Nr. 46).

W państwie niemieckim istnieje bezwzględnie psychoza zbiorowa, oparta na idei nadwartościowej zalewu i walki, zagrażających elementom rzekomo rasowo wysokowartościowym i dziedzicznie zdrowym przez pozostałe elementy małowartościowe. Idea wyrodziła się w walkę prześladowczą i przemoc.

Psychikę ludzką, ten mozaikowo zawiły twór, traktuje się, jak kawał drewna. Nie podobna spraw psychicznych w społeczeństwie rozstrzygać butnym cięciem topora.

Zagadnienia psychiczne są rozsiane po obydwu stronach psychicznej linii demarkacyjnej. Zależność postępu społecznego od tej, ale zdrowej psychiki rasowej nie jest do pomyslenia. Opierając się na problemacie tak zawiłym, jak zagadnienie zdrowia psychicznego i jego cech patologicznych dla rozwoju cywilizacji, traktuje się przeciętną psychiczną normę („ludzio-byków” według klasyfikacji N a t k o w s k i e g o) z jej szarzystą, powszedniością, epischerstwem, mierną inteligencją i brakiem polotu i uzdolnień — jako ideał, zapominając, że umysł twórczy najczęściej powstaje na nie zrównoważonym podłożu psychicznym, a przeżuwanie nie może stać wyżej od rozwoju psychicznego i oryginalnej myśli. Nie ma mocnego i słabego pokolenia, przedzielonych murem chińskim; ale jest w sensie wartości zarówno indywidualnych, jak i społecznych — tylko pokolenie nierówno mieszane.

Ten system „siły radosnej” w Niemczech ma swoje cienie. Potężnym cieniem jest sznycząca się w narodzie niemieckim astenia²⁾. Cień ten zamracza dufne wywody Prof. K a u p a.

²⁾ Przypominam, że astenia jest najbardziej wybitną odmianą typu leptosomicznego K r e t s c h m e r a, typu cięśnego, złączonego ze zewnątrzpochodnym schizofrenicznym usposobieniem psychicznym. Zarówno bowiem budowa cieles-

Troskę w tym systemie niemieckim, troskę poważną, troskę, nie dającą się ukryć, tworzą — astenicy.

Grupa asteniczna ludności państwa niemieckiego tworzy $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{3}$ całej ludności. Przyczyna astenii ma być zewnątrzpochodna, zależy ona od okoliczności otaczających, od okoliczności gospodarczych. Młodocianych asteników liczyło się w Niemczech w r. 1934 — od 14 do 18 lat — milion, dzieci astenicznych poniżej 6 lat — 2 miliony, takich samych dzieci od 6 do 14 — okragłe 3 miliony, asteników w wieku zarobkowania (od 15—60 lat) — okragłe 15 milionów — wszystkich razem około 20 milionów.

Ustawa sterylizacyjna z r. 1933 ma zapobiegać jedynie części zmian ujemnych — „minusvariantów”, wynoszących mniej więcej 0,5% ogółu. Następne 0,5% tegoż ogółu unieszkodliwionych zostaje przez zabezpieczenie w zakładach. Ta więc część — najwyżej 1,5% całego ogółu tworzy właściwie $\frac{1}{8}$ %—8% zmian ujemnych. Pozostałość — dalsze 7% zmian ujemnych przypada na asteników.

Wśród zapalu sterylizacyjnego III Rzeszy liczba ta jest poważną troską i podstawą ogromnego zadania w dziedzinie wychowania i uzdrowienia. Zapal sterylizacyjny załamuje się w obliczu astenii.

K a u p idzie tu po linii kompromisowej. Cytuje on dwa poglądy na astenię: jedni uważają ową już znaną $\frac{1}{3}$ część asteników jako asteniczną odmianę rasowej małowartościowości, która powinna być wyteplona przez sterylizację, drudzy zaś — jedynie jako zewnątrzpochodną modyfikację rasy niemieckiej, która przez naprawę stosunków w przeciągu kilku generacji może być doprowadzona do normy. Jest to walka teorii preformacyjnej, ściśle dziedzicznej, z epigenezą, czyli bardzo różnicowanym rozwojem z podłoża. Dla jednych jest troska o ćwiczenia fizyczne dla młodzieży tylko troską o wzmożenie ogólnego poczucia zdrowia, ale nie rzeczywistym podkładem dla dzielności rasy i zdrowia dziedzicznego, — druga grupa jest mniej zasadnicza.

K a u p przychodzi do przekonania, że „zachowanie postawy” (Gestalterhaltung) jest tak samo ważne, jak i dar masy dziedzicznej (Gestalterhaltung ist gleich

na, jak i zmiany psychiczne są, według K r e t s c h m e r a, tylko częściami „fenotypicznego działania wspólnej masy dziedzicznej” („Teile der phänotypischen Auswirkung der gesamten Erbmasse”).

wichtig wie das Geschenk des Erbmasse). $\frac{1}{3}$ asteników nie jest w swoim germańsko-niemieckim podłożu zmieniona na niekorzyść lub małowartościowa, ale jedynie „zamącona” w delikatnej równowadze swego podłoża — „im feinem Gleichgewicht der Anlageelemente”. Tego rodzaju zaburzenie może być wyrównane. Podkreślam mitologiczną konstrukcję tej teorii.

Można by, co prawda, przeprowadzić sterylizację 20 milionów asteników technicznie sprawnie — chociaż byłoby to, niestety, połączone z kosztami, jak to mówi prof. K a u p, wówczas kiedy zamierzony system surowego i zdrowego prowadzenia się wymaga wysiłków w ciągu całych generacji. Ale sterylizacja — zwracam uwagę znów na słowa K a u p a — nie przeszkodzi zjawianiu się asteników przez jakieś inne zmiany („modifikatorische Veränderungen”) ¹⁾, wówczas, kiedy praca wychowawcza (bez sterylizacji) może podnieść tych asteników do wysokości całego narodu.

Steryliacja w tym kierunku — na $\frac{1}{3}$ narodu — mogłaby być uważana tylko „jako akt samozniszczenia — proszę uważać — mówi to K a u p — i samorozszarpowania się („als ein Akt der Selbstvernichtung und Selbstzerfleischung unseres Volkstums”).

Naród, który hoduje się cieleśną kosztem najszerzych ubezpieczeń społecznych, zatracą cechy cywilizacyjne tak samo, jak psychicznie chory paranoik, opanywany przyniatającą całą psychikę ideą urojeniową, zatracą cechy kulturalne, cechy ogólnie ludzkie.

Zapomina się, że państwo demokratyczne jest zorganizowane dla obywateli, a nie obywatele dla państwa. Zapomina się, że państwo, jako takie, ma liczne zadania i obowiązki, a nie jedynie produkowanie i wychowywanie wytrzymałych fizycznie robotów i żołnierzy. Państwo niemieckie staje się Molochem, pożerającym wszystkich słabszych fizycznie obywateli, zapominając o tym, że nierzadkie są przypadki, kiedy geniusz mieści się w ciele Ez o p a.

Cały ponury system polityczno-społeczny III Rzeszy potęguje astenię zewnątrzpochodną, do której ogromnego wzrostu w Niemczech przyznają się z troską teoretycy hitlerowskiej higieny i skłonni są do kompromisów zaradczych.

Na tę astenię może poważnie wpłynąć i zbytni wysiłek matek w kierunku poprawy liczby urodzin, zwłaszcza przy upośledzeniu ekonomicznym — wysiłek, powodujący astenię dzieci i charłactwo matek.

Ruch rasowy niemiecki ma zatem dwie perspektywy: teoretycznie wyimaginowane zdrowe pokolenie w przyszłości i szerząca się astenię w czasach obecnych.

Prof. K a u p ludzi się zatem, jeżeli uważa pomysły niemieckie za rozwiązanie kryzysu w dziedzinie medycyny i higieny.

Przejdźmy na bardziej normalny front psychiczny, do spokojnej opinii uczonych niemieckich na terenie Austrii.

Zagadnieniami eugeniki współczesnej zajął się niedawno nestor psychiatrów wiedeńskich prof. W a g n e r - J a u r e g g ²⁾. Eugenika, jako wiedza, jest międzynarodową i apolityczną, w przeprowadzeniu praktycznym staje się natychmiast nacjonalną i polityczną. Rozpatrując dążenia i granice eugeniki w Austrii, zajmuje się on

dwoma podstawowymi kierunkami eugenicznymi: ochroną przed dziedzicznym upośledzeniem i popieraniem dziedzicznie zdrowego potomstwa. W skład pierwszej tendencji wchodzi właśnie sterylizacja. Nie ulega wątpliwości, że myśl teoretyczna, leżąca u podstawy tego zarządzenia, jest słuszna. Doświadczenie dopiero wykaże, czy ostoja się ona praktycznie. Trzeba mianowicie dowiedzieć, że pod wpływem prawa o sterylizacji liczba idiotów, niedorozwiniętych i umysłowo-chorych, padaczkowych, alkoholików i ciężkich przestępców znacznie się zmniejsza. Może się okazać, że przecenia się wpływy dziedziczności, mówi W a g n e r - J a u r e g g, a nie docenia się wpływów otoczenia. W każdym razie wynik może być oczywisty dopiero po latach. Zła strona zaś, która od razu daje się przewidzieć, jest to zmniejszenie się liczby narodzin.

Poza sterylizacją, niedopuszczalną w krajach katolickich (encyklika papieska *de casto connubio* z roku 1930), rozpatruje W a g n e r inne metody eugeniczne. Stwierdza on przede wszystkim, że poradnictwo małżeńskie nie ma na ogół poważniejszego znaczenia, gdyż jako poradnictwo nieprzymusowe jest nikłe. Potrzebny jest państwowy nacisk na konieczność przedstawiania tego rodzaju zaświadczeń przed ślubem. Jeżeli nawet nie będzie bezwzględnie przymusu, to rozporządzenie takie agitacyjnie przyczyni się do zainteresowania się eugeniką. Odnośne zeznania, tendencyjnie niezgodne z prawdą, powinny podlegać karze. Jako rzeczy praktyczne wymienia tu W a g n e r obostrzenie zakazu małżeństw wśród krewnych i zniesienie pozwolenia na małżeństwa ubezwłasnowolnionych. W sprawie popierania rozrodu zdrowego potomstwa występuje W a g n e r ze względów praktycznych przeciw premiom, które mogą być uzyskane drogą opodatkowania nieżonatych i bezdzietnych. Jest w ogóle rzeczą sporną, czy możliwym jest drogą premij przeprowadzić stałe wzmożenie się narodzin. W tym celu nie wystarcza wyłącznie finansowe poparcie, a potrzebne jest psychiczne, względnie moralne nastawienie całej ludności.

Przypuśćmy jednak, że żyjemy w czasach, kiedy jest możliwe poparcie finansowe rodzin dzietnych. Przypuśćmy, że tego rodzaju postępowanie podniesie liczbę urodzin. I tu właśnie eugenika stoi przed ciężkim zadaniem: chodzi bowiem o wzmacnianie się jedynie zdrowego potomstwa. Statystyka wykazuje, że właśnie osoby, w zupełności nie dostosowane do życia społecznego, osoby z najgłębszych warstw społecznych obciążone są najczęściej licznym potomstwem, osoby zaś z klas wyższych i kulturalnych stoją znacznie pod tym poziomem. W tych właśnie niższych warstwach społecznych znajduje się nagromadzenie wad dziedzicznych, znacznie przewyższających warstwy inne. Konieczne więc jest różniczkowanie potomstwa, które jest do życzenia, od potomstwa negatywnego. Czy da się to w ogóle przeprowadzić? Bardzo trudno. Wywoła to walkę, ferment i niezadowolenie. Jest to najcięższe zadanie, które czeka współczesną eugenikę.

Do rozpowszechnienia dzisiaj są jedynie żądania teoretyczne eugeniki: rozszerzenie wiedzy eugenicznej, nauki o dziedziczności i szerzenie zainteresowania się nimi w całym społeczeństwie, zwłaszcza zaś w szkołach.

Wreszcie prof. J. B a u e r ¹⁾ zajmuje się znaczeniem wyników sterylizacyjnych dla sprawy eugeniki.

¹⁾ Przypomina to niespodzianki recesywnego dziedziczenia u schizofreników.

²⁾ Zeitgemässe Eugenik. Die ärztliche Praxis. 1935, H. 4.

¹⁾ „Zur Beurteilung der durch Sterilisierung erzielbaren eugenischen Resultate”. — Wiener med. Woch. 1936, Nr. 33.

Sterylizacja jest niewątpliwie najważniejszą i najbardziej wydajną metodą w służbie eugeniki. Jednakowoż najszerza sterylizacja daje jedynie bardzo nieznaczne wyniki eugeniczne. Zadaniem niemieckiej ustawy eugenicznej jest również przeszkodzenie szerzeniu się ukrytych chorób dziedzicznych. Stąd też pochodzi tendencja wyławiania dla sterylizacji najłżejszych przypadków. Ta sterylizacja jednak — sterylizacja zdrowych, ale obarczonych dziedzicznie osób — napotyka dziś jeszcze sprzeciw opinii powszechnej.

Na mocy matematycznego wyliczenia autor chce wykazać, co by wynikało z możliwości sterylizacji przypadków ukrytych.

Liczba nosicieli zaczątków cech dziedzicznych schizofrenii lub wrodzonego upośledzenia umysłowego jest co najmniej trzykrotnie większa od liczby wolnej od takiego obarczenia. Jeżeli przyjąć, że niemieckie prawo poza schizofrenią i wrodzonym niedołęstwem umysłowym wymienia jeszcze 6 grup cierpień częściowo recesywnych, a częściowo dominujących dziedzicznie, to należy wnioskować, że tylko w wyjątkowym przypadku człowiek może być wolny od któregośkolwiek z tych zaczątków dziedzicznych. Niewiele naogół ludzi — twierdzi Bauer — będzie wolnych od tych czarnych statystycznych gałek, oznaczających wady dziedziczne. Choruje zaś człowiek tylko wtedy, jeżeli posiada odpowiednią liczbę należących do siebie czarnych gałek. Taką możliwość jest w stosunku do ogólnego zdarzania się czarnych gałek bardzo słaba. Widocznym jest zatem stąd, jak naiwne jest polowanie na te czarne gałki w ogóle, i jak wdzięczny powinien być ogół niemiecki za to, że jego prawodawcy nie uznają sterylizacji ludzi zdrowych pomimo ich dziedzicznego obarczenia.

Jest zupełnie jasnym, że niemożność rozrodu dziedzicznie chorych musi przyczynić się do zmniejszenia zaczątków cech dziedzicznych w przyszłym pokoleniu. Nie ma się jednak pojęcia, jak niewielki jest rozmiar tego zmniejszenia i jak praktycznie nieznaczny: ogromny

wzrost ukrytych chorobliwych cech elementarnych (genów) robi cały wynik sterylizacji iluzorycznym. Poza Bauera starał się w tym kierunku przeprowadzić obliczenia i S. Koller, który stwierdził, że droga do wyników realnych jest tu bardzo powolna. Należy raczej wpłynąć, aby zdrowi nosiciele choroby nie rozmnażali się wogóle, a przynajmniej napotykali w tym pewne trudności.

Potomstwo recesywnie chore¹⁾ — mówi sowiecki docent Gałaczjan — najczęściej nie jest potomstwem strony umysłowo chorej ze zdrową, ani też umysłowo chorej z umysłowo chorą, ale najczęściej jest potomstwem ludzi zdrowych. Dane statystyczne w zupełności potwierdzają doświadczenia kliniczne, że schizofrenicy posiadają najczęściej rodziców zdrowych, heterozygotów w stosunku do cech patologicznych. Sterylizacja zatem wszystkich homozygotycznych schizofreników tylko w nieznacznej części może zaradzić złemu.

Nie można więc przeczyć temu, że jedynym i pewnym środkiem, zapobiegającym rozmnażaniu się cech chorobowych, jest sterylizacja. Powinna ona być stosowana praktycznie do chorych psychicznie, którzy nie są umieszczani w zakładach zamkniętych. Posiada ona jednak bardzo nieznaczne znaczenie eugeniczne dla całego narodu, dla oczyszczenia rasy od „genopatii“, których rozwoju pragnie się uniknąć. Utopią jest upatrywanie w sterylizacji niemieckiej środka, który oczyści rasę od cierpień i obciążeń dziedzicznych.

Sterylizacja więc, zabieg eugeniczny, stosowany z umiarem społecznym — względnie pewny, przestaje być uniwersalną metodą eugeniczną, a pozostaje nadal mocnym indywidualnym środkiem zaradczym do zastosowania w rasie potrzeby od przypadku do przypadku bez przymusu.

¹⁾ Doc. Gałaczjan — cyt. w mojej pracy „Higiena psychiczna usposobienia psychopatycznego, jako zagadnienie kultury“, W-wa, 1935.

Wiadomości bieżące

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	18/X— 24/X	25/X— 31/X	1/XI— 7/XI	8/XI— 14/XI
Ospa	0	0	0	0
Dur brzuszny	446 (28)*	417 (35)	397 (39)	329 (29)
Dur rzekomy	2 (0)	0	0	0
Dur osutkowy	6 (0)	19 (0)	15 (1)	34 (1)
Dur powrotny	0	1 (0)	0	0
Czerwonka	101 (21)	54 (4)	42 (4)	17 (7)
Płonica	824 (19)	716 (14)	660 (13)	648 (11)
Błonica	608 (37)	586 (36)	583 (29)	558 (24)
Zapał. op. mózg.	7 (2)	8 (1)	16 (3)	14 (3)
Odra	1017 (10)	957 (11)	817 (10)	1289 (6)
Krzusiec	132 (10)	194 (4)	148 (12)	162 (11)
Malaria	0	0	0	0
Gorączka pługowa	24 (5)	32 (8)	37 (11)	39 (12)
Chor. Heine-Medina	4 (0)	7 (0)	6 (0)	8 (1)
Zap. mózg. śpiączk.	0	1 (0)	0	0
Choroba Banga	1 (0)	0	2 (0)	0
Trąd	0	0	0	0
Gruźlica	413 (185)	363 (181)	445 (220)	442 (208)
Róża	154 (5)	59 (6)	162 (11)	139 (3)
Jaglica	361 (0)	395 (0)	525 (0)	308 (0)
Twardziel	1 (0)	0	0	1 (0)
Waglik	0	0	1 (0)	0
Nosacizna	0	0	0	0
Włośnica	3 (0)	1 (0)	2 (0)	0
Wścieklizna	0 (2)	0	0 (3)	0 (1)

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— IX Międzynarodowy Zjazd Medycyny i Farmacji Wojskowej odbędzie się w Bukareszcie w czasie od 8 do 14 maja r. 1937.

— IV Międzynarodowy Zjazd Pediatrów odbędzie się w Rzymie w czasie od d. 27 do d. 30 września r. 1937.

— Nagrodę Nobla w dziale medycyny otrzymali w r. b. Prof. Dale z Londynu i Prof. Loewi z Grazu.

— IV Zjazd Naukowy Oficerów Służby Zdrowia w Warszawie w dniach od 7 do 9 stycznia 1937 roku. Tymczasowy Program Zjazdu. I dzień Zjazdu. I posiedzenie ogólne — 7 stycznia rano: 1. Ref. Płk. Dr Jerzy Babecki: Dur plamisty i walka z nim. Koref.: 1) Doc. Dr Gustaw Szulc: Zagadnienie duru plamistego w Polsce. 2) Mjr. Dr Józef Zwierz: Rola szczurów w epidemiologii duru plamistego. 3) Doc. Dr Feliks Przesmycki: Rola Państwowego Zakładu Higieny w walce z drem plamistym. 4) Płk. Dr Adolf Malinowski: Przyczynki do zagadnienia duru plamistego i walka z nim. 2. Ref. Płk. Dr. Tadeusz Sokołowski: Współczesne metody leczenia ran. Koref.: Dr S. Guzman: O współczesnych metodach biologicznego i fizykalnego leczenia ran. II posiedzenie ogólne — 7 stycznia po południu: 1. Ref. Gen. Dr Stanisław Rouppert: Zagadnienie zmęczenia w wojsku. (Utrata wagi w związku z wysiłkiem fizycznym). 2. Ref. Płk. Mgr Teodor Pastecki: Stan przemysłu krajowego, a zaopatrzenie armii w materiał sanitarny.

ny. Koref.: Dr Henryk Mierzecki: Stan przemysłu krajowego, a zaopatrzenie armii w materiał sanitarny. Uwagi dyskusyjne. II dzień Zjazdu. I Grupa — 8 stycznia rano: 1. Ref. Mjr. Dr Stanisław Wszelaki: Zagadnienie leczenia i rokowanie w kile sercowo-naczyniowej. Koref.: Kpt. Dr Michał Lityński: W sprawie wrzodów żołądka u osobników kilowych. 2. Ref. Plk. Dr. Tadeusz Sokołowski i mjr. Dr Michał Telatycki: Leczenie operacyjne gruźlicy płuc. Koref.: 1) Dr Gustaw Nowotny: Technika torakoplastyki. 2) Dr Stanisław Meyzner: O wżernikowaniu jamy opłucnej i przepalaniu zrostów opłucnych. 3) Dr Zdzisław Świder. Wyniki stosowania zabiegu wyrwania nerwu przeponowego w leczeniu gruźlicy płatów górnych. Komunikaty: 1) Plk. Doc. Dr Teofil Kucharski: Leczenie zakażeń prontosilem. 2) Pplk. Dr Adolf Malinowski: Ekspertyzy sądowo-psychiatryczne w wojsku. 3) Mjr. Dr Władysław Machniewicz: Przystosowanie szpitala do potrzeb O. P. L. G. 4) Mjr. Dr Jan Małuj: Dobre wyniki lecznicze przy stosowaniu chloraktyny „Boruta” w otolaryngologii. 8 stycznia — po południu: 1. Ref. Plk. Dr Tadeusz Sokołowski: Metody leczenia urazów i złamań w świetle materiału Instytutu Chirurgii Urazowej. Koref.: Mjr. Dr Henryk Ciszewicz i kpt. Dr J. Skorko. 2. Ref. Plk. Doc. Dr Leon Owczarewicz: Zagadnienie dezynfekcji, dezynsekcji i dezazytacji. Komunikaty: 1) Kpt. Dr Władysław Marat: Przetaczanie krwi konserwowanej. 2) Mjr. Dr Jan Korczakowski: Zranienia serca. 3) Dr Adam Abdański: O ustaleniu wartości tylniej ściany torby sieciowej jako materiału autoplastycznego przy zaopatrywaniu kikutu dwunastnicy. 4) Kpt. Dr Tomasz Rył: Rzut oka na postępy chirurgii. 5) Kpt. Dr Augustyn Dolański: Wymogi oporządzenia marynarskiego w zależności od warunków atmosferycznych. II Grupa — 8 stycznia rano: 1. Ref. Doc. Dr Stanisław Kapuściński: Zasady leczenia świeżej kily. 2. Ref. Dr Bolesław Raszkas: Zasady leczenia rzeżączki. Koref.: 1) Dr Henryk Mierzecki: Problem lecznictwa ambulatoryjnego rzeżączki w świetle spostrzeżeń wojny bolszewickiej i badań doświadczalnych nad nowymi krajowymi lekami przeciwrzeżączkowymi. 2) Mjr. Dr Radzisław Tchórzniński: Organizacja leczenia rzeżączki. 8 stycznia — po południu: 1) Ref. Pplk. Dr Zygmunt Żołędziowski: Sprawność narządu wzroku w związku z wymaganiami poszczególnych rodzajów broni. Koref.: Mjr. Dr Szczepan Wacek i mjr. Dr Władysław Pol. 2) Ref. Pplk. Dr farm. Wincenty Jakubowski: Zagadnienie syntezy środków leczniczych normalnie otrzymywanych z zagranicznych surowców roślinnych. Koref.: Kpt. Mgr. Stanisław Rajski: Metody otrzymywania kwasu cytrynowego na drodze syntetycznej. Dn. 9 stycznia odbędzie się zwiedzanie szpitali i zakładów lekarskich. Komitet zjazdu prosi o zgłaszanie koreferatów na tematy programowe do dnia 20 grudnia 1936 roku, oraz o nadesłanie streszczeń zgłoszonych już referatów, koreferatów i komunikatów w języku polskim, francuskim (lub niemieckim, angielskim) również do dnia 20 grudnia. Na wygłoszenie referatów przeznaczona jest 45 minut, na wygłoszenie koreferatów i komunikatów 15 minut. Warunki uczestnictwa. Zgłoszenia uczestników w zjeździe należy nadsyłać najpóźniej do dnia 20 grudnia b. r. Koszt uczestnictwa w zjeździe wynosi zł. 5. Należność tę prosimy wpłacać do dnia 20 grudnia na konto P. K. O. Nr. 30,121. Każdy uczestnik zjazdu otrzyma kartę uczestnictwa, szczegó-

ły program zjazdu, streszczenia referatów, oraz bezpłatnie pamiętnik zjazdu, który ukaże się w grudniu 1937 r. Dla uczestników zjazdu będzie zarezerwowana pewna liczba kwaterek w Centrum Wyszkożenia Sanit. oraz pokoje w hotelu Angielskim (sena pokoju jednoosob. 7 do 14 zł., dwuosob. 16 do 24 zł. mniej 10%) i Polonia (pokój jednoosob. zł. 6.50, dwuosob. zł. 13). Sekretariat zjazdu mieści się przy ul. Górnośląskiej 45, tel. 9-73-57 (Redakcja „Lekarza Wojskowego”); w przeddzień zjazdu na Izbie Przyjęć Centrum Wyszkożenia Sanit. ul. Górnośląska 45, podczas zjazdu w Kasynie Garnizonowym. Al. Szucha 29.

— Londyńska „Internacia Medicina Ligo” posiada przedstawicielstwa we wszystkich niemal krajach świata, w większych zaś ośrodkach — specjalne Delegatury Lekarskie, udzielające wszelkich informacji, dotyczących studiów, spraw zawodowych, przemysłu farmaceutycznego i t. p. (za pokryciem jedynie wydatków pocztowych). Informacje są udzielane w języku Esperanto, zrozumiałym, dzięki swej pomysłowej budowie, po 1/2—1 godz. nauki, dla każdego wykształconego człowieka. Celem umożliwienia zasięgania informacji, Delegatura IEL w Wilnie (adres: Dr Emanuel Epsztajn, ul. Pohulanka 15/30) tłumaczy chętnie wszelką korespondencję treści lekarskiej i kieruje ją do odpowiednich delegatów.

— LXXXXV posiedzenie naukowe Warszawskiego Koła Radiologów odbyło się dnia 11 grudnia r. b. Porządek dzienny: 1. Fiszhaut L. i Zabokrzycki J. Przypadek wgłębienia podstawy czaszki (Impressio basilaris cranii) z dominującym zespołem zaniku mózdzku. 2. Gubrynowicz L. Krezka wspólna krętniczo-kątnicza (mesenterium commune ileo-coecale). 3. Kukliński I. Przypadek guza nerki. 4. Jakubowicz M. Ciemna odma. 5. Trzetrzewiński W. Przypadek wrodzonego braku lewej połowy przepony. 6. Wechsler Z. Przypadek zaburzeń rozwojowych narządów śródpiersia.

— XXX Zebranie Wydziału Lekarskiego Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk odbyło się wspólnie z Towarzystwem Medycyny Społecznej w Poznaniu oraz z Oddziałem Poznańskim Polskiego Towarzystwa Eugenicznego dnia 11 grudnia 1936 roku. Porządek obrad: 1. Komunikaty Zarządu. 2. Pokazy. 3. Wykład Dr Mieczysława Naradowskiego: „Zarys zagadnienia eugenicznego”. 4. Wykład Mag. Henryka Żółtowskiego: „Wyjaławianie w ramach eugeniki”. 5. Wykład Doc. Dr Jana Bajorńskiego: „Wyjaławianie ze stanowiska lekarskiego”.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

15.XII. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Zakrzewski W. Przypadek surowiczego zapalenia opon mózgowych z zejściem śmiertelnym. 2. Fidiński W. Stan serca i zaburzenia krążenia w gruźlicy. 3. Konopacki M. Organizacja komórki jajowej.

15.XII. Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

A. Braude-Hellerowa i A. Dawidson. Ropne i zgorzelinowe zapalenie płuc u dzieci.

Résumé des articles originaux.

H. STUCKGOLD. Les néoplasmes de la moelle.

On distingue les néoplasmes primaires et secondaires de la moelle. Les myélomes multiples sont les seuls représentants des néoplasmes primaires, et ce sont surtout les cancers, les adénosarcomes et les hypernephromes qui donnent des métastases dans la moelle. Les métastases néoplastiques de la moelle sont suivies d'une anémie grave, dont voici les signes

caractéristiques: 1- Index=1, dépassant un peu ce chiffre. 2) Leucocytose accentuée avec prépondérance marquée des neutrophiles; en outre nombreux myélocytes. 3) Abondance des globules rouges nucléés. 4) Le nombre des normoblastes, nettement supérieur à celui des macroblastos; polychromie forte des macrocytes. Ces signes-là nous ont permis de diagnostiquer, durant la vie, des métastases dans la moelle d'une

tumeur chez un malade du notre service. Après avoir exclu la possibilité du foyer primaire dans la prostate, dans la glande thyroïde et aux environs du mamelon, nous avons décidé, qu'il s'agissait d'une tumeur de l'estomac. L'autopsie a confirmé nos suppositions. Le syndrome des myélomes multiples consiste des symptômes clinique suivants: 1) douleurs aiguës et disséminées des os, 2) renflements palpables et multiples des diverses régions du squelette; 3) déformations et fractures spontanées des os; 4) l'albumine de Bence-Jones dans les urines; 5) haut poids spécifique de sérum (1044); 6) les radiogrammes des os démontrent la présence des multiples foyers clairs, ronds, nettement limités. Nous avons constaté la plupart de ces signes chez un malade du notre service, en vertu de quoi nous avons diagnostiqué, durant la vie, des myélomes multiples, ce que l'autopsie a également confirmé.

M-me Mathilde de BIEHLER. Métabolisme basal et signification métabolique de la glande thyroïde à l'époque de la puberté chez des filles.

Après avoir parlé du métabolisme en général et de la signification métabolique de la glande thyroïde à l'époque de la puberté chez des filles et après avoir décrit les expériences faites par le Dr Świderski, l'auteur arrive à des conclusions fort intéressantes: le métabolisme basal est plus élevé à l'époque de la puberté de 20—25%, que chez les adultes. La quantité de l'acide carbonique éliminée augmente avec l'âge. Avant l'apparition des règles donc pour la plupart chez des filles âgées de 11—12 ans et au commencement de l'apparition des règles chez les filles plus âgées la quantité de CO₂ éliminé diminue. La quantité d'oxygène inspiré augmente avec l'âge; ne présente rien de particulier au moment de la puberté. Le métabolisme est diminué dans l'insuffisance thyroïdienne, il augmente par contre dans les cas où la glande thyroïde est hypertrophiée (mal. de Basedow). Le métabolisme basal est inférieur à la normale (—4,3 — 4,4%) chez les filles chez lesquelles la glande thyroïde n'est pas palpable. L'épreuve du métabolisme permet dans certains cas de poser le diagnostic de la maladie de Basedow et d'instituer un traitement précoce (cas cités par l'auteur). L'hypertrophie de la glande thyroïde est souvent accompagnée d'une élévation de la température (de 0,1—0,2—0,3) ce qui est lié au travail intime des tissus. L'examen des urines à l'époque de la puberté démontre une augmentation de la quantité de l'acide sulfurique avant l'époque de la puberté et une diminution avec l'apparition des règles; il en est de même avec l'urée. Les recherches de l'auteur démontrent aussi que le métabolisme basal est plus élevé à l'époque de la puberté; il faut ici souligner encore la signification métabolique de la glande thyroïde.

J. NELKEN. Voix critiques du domaine des problèmes d'eugénique contemporaine. (Que représente l'alcoolisme grave? — La valeur dysgénique des alcooliques chroniques. — La science allemande concernant „la vie et la race”. — Les méthodes de l'eugénique contemporaine. — Appréciation des résultats eugéniques provoqués par la stérilisation).

En résumant les opinions du professeur allemand

Meggendorfer sur la valeur dysgénique de l'alcoolisme l'auteur insiste en premier rang, qu'en Allemagne on ne qualifie comme stérilisable que l'alcoolisme avec la définition „grave”, et pas alcoolisme simplement reconnu d'après ses manifestations cliniques. Sous l'alcoolisme „grave” nous comprenons l'alcoolisme né du vice héréditaire. La stérilisation des alcooliques de ce type a toujours lieu trop tard. L'auteur est d'opinion, que l'internement de tels alcooliques dans les maisons de santé donnerait des résultats plus effectueux que la stérilisation tardive. — En résumant l'ouvrage suisse de E. Brugger l'auteur rappelle, que les recherches n'ont pas reconnu l'immense influence préjudiciaire sur le protoplasme, mais la procréation des alcooliques n'est pas désirable, vu l'hérédité qui se manifeste souvent sur leurs enfants. — L'auteur fait remarquer, que tous les moyens sociaux appliqués pour la neutralisation des alcooliques et en leur nombre la stérilisation sont pour la plupart tardifs et par conséquent ils n'aboutissent à rien. La compréhension de l'attitude purement démocratique et sociale envers l'alcoolisme et la lutte contre joue la seule le rôle important dans ce problème. — En considérant l'hygiène sociale hitlérienne l'auteur cite l'ouvrage du prof. Kaup „sur la vie et la race”. Il nomme les traits pathologiques de tout ce mouvement en Allemagne, en le qualifiant comme une épidémie psychique. Il relève en même temps le problème, que l'ardeur de stérilisation tombe en Allemagne, vu l'asthénie se développant de plus en plus. — En considérant le problème de stérilisation au point de vue calme et normal que représente l'attitude psychique des savants allemands sur le terrain d'Autriche, l'auteur analyse d'abord les opinions du vieux psychiatre, professeur Wagner-Jauregg. En approuvant l'idée théorique se trouvant à la base de la stérilisation ce professeur n'est pas sûr, si on n'attribue trop de valeur à l'influence de l'hérédité et si on ne néglige pas à cet égard l'influence du milieu. Le mauvais côté qui se jette à nos yeux c'est la diminution des naissances. Ensuite il attire notre attention sur l'attitude morale de toute la population comme condition de l'estimation sérieuse des certificats d'avant le mariage. Il touche la question de la démoralisation et du ferment pouvant surgir de la protection matérielle des familles possédant des enfants. Les idées théoriques d'eugénique doivent être largement répandues surtout dans des écoles. — Le professeur J. Bauer enfin démontre que la stérilisation la plus ample ne donne que des résultats insignifiants dans le domaine d'eugénique. On n'est pas en état de stériliser des cas des maladies héréditaires latentes, qui jusqu'à présent ont conservé leur santé: l'augmentation énorme des traits maladifs mais latents fait le résultat de la stérilisation complètement illusoire. Bien que la stérilisation présente le seul moyen sûr pour arrêter la multiplication des traits maladifs, elle possède la valeur eugénique minime pour le peuple dans l'ensemble. — Nelken reconnaît, que la stérilisation comme prévention eugénique appliquée avec une certaine modération sociale cesse d'être une méthode eugénique universelle, mais elle reste comme un puissant moyen préventif individuel, pouvant être appliqué dans des cas particuliers sans aucune contrainte.

TREŚĆ: H. STÜCKGOLD. O schorzeniach nowotworowych szpiku kostnego. — M. BIEHLER. Przemiana podstawowa i metaboliczne znaczenie tarczycy w okresie pokwitania u dziewcząt. — M. WEINTAL. Rzeczy nowsze o chorobach alergicznych nosa i jego jam obocznych (Str. pogl. Dok.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Korespondencja. — J. NELKEN. Głosy krytyczne z dziedziny zagadnień eugeniki współczesnej. (Dok.). — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: H. STÜCKGOLD. Les néoplasmes de la moelle. — M-me M. de BIEHLER. Métabolisme basal et signification métabolique de la glande thyroïde à l'époque de la puberté chez des filles. — M. WEINTAL. Nouveaux travaux sur les maladies allergiques du nez et des cavités accessoires (Rev. gén. fin). — J. NELKEN. Voix critiques du domaine des problèmes d'eugénique contemporaine (fin).

Drukarnia „SIŁA”, Warszawa, Marszałkowska 71, tel. 8-34-48

Następny numer w wydzie dnia 31 grudnia r. b.