

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

ADRES ADMINISTRACJI:
UL. TOWAROWA 2/4. TEL. 3.34-86.

Konto czekowe
P.K.O. Nr. 86.96

ADRES REDAKCJI:
UL. WIDOK 9.

Nr. 31-32

WARSZAWA 24 SIERPNIA 1939 R.

Rok XVI

Do leczenia fosforowego w ogólnoustrojowych zaburzeniach
rozwojowych dzieci, osłabieniu fizycznym i psychicznym,
stanach wyczerpania i rekonwalescencji

Tonophosphan

organiczny, nietoksyczny przetwór fosforowy.

Pobudza łaknienie, zwiększa wagę ciała.



Opakowania oryginalnej	roztwór	1%	10 amp. po 1 cm ³	zł	5.—
"	"	20	"	"	7.50
"	"	100	"	"	29.60
"	fortius	10	"	"	5.20
"	"	100	"	"	35.75

Tonophosphan wyrabia firma „Polpharma”, Starogard.



»Bayer« LEVERKUSEN n. R.
Wylaczna sprzedaż na Rzeczp. Polską:
Dom Handlowy „REMEDIA” W-wa Złota 7



do dyskretniej
higieny kobiety

LAVACID

FABRYKA CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNA

R. BARCIKOWSKI S. A. POZNAŃ

„EMPHYSAL”

Nr rej. 1254.

dwujodek kofeino-teobrominowy
Wprowadzony do Lekospisów: Związku Kas Chor-
rych, Szpitalnictwa, Kolei Państwowych i innych.

- W S K A Z A N I A:**
1. Rozedma płuc. (Emphysema pulmonum)
 2. Nieżyt oskrzeli i dróg oddechowych (Bronchitis chronica)
 3. Miażdżyca naczyń obwodowych i wieńcowych serca (Sclerosis)
 4. Dychawica sercowa i oskrzelowa (Asthma cardiacum et bronchiale)
 5. Przewlekłe schorzenia mięśnia sercowego (Myodegeneratio musculi cordis)
 6. Wzmoczone ciśnienie krwi (hypertensio)

SPOSÓB UŻYCIA — Dziennie 2—5 łyżeczek od herbaty podług wskazań lekarza

Kwas moczowy jest skutecznie rozpuszczany i wydalany z ustroju

przez **URON** Nr rej. 1265

URON zawiera: Ac. chinicum, Ac. citricum, Ac. tartaricum, Lithium carbonicum, Lysidinum bitartaricum, Pipe-
razinum purissimum, Hexamemethylenetetramin, Natr. bicarbonicum, Sacchar. album.

POSTAĆ „URON” przedstawia się w postaci białych ziarenek, dających w połączeniu z wodą musujący płyn o przyjemnym orzeźwiającym smaku.

W S K A Z A N I A: Skaza moczanowa, wszelkie postacie dny, zapalenia zniekształcające stawów, rwa kulszowa, kamica nerkowa i pęcherzowa, zapalenie miedniczek nerkowych i pęcherza, lumbago, wy-
prysk, świąd skóry, pokrzywki, obrzęk Quinckiego, schorzenia wątroby, kamica żółciowa.

DAWKOWANIE: Dla dorosłych po 1 łyżeczce od herbaty na $\frac{1}{2}$ szklanki wody letniej 3—4 r. dziennie w 2 go-
dziny po jedzeniu. W przypadkach przewlekłych dla zapobieżenia ewentualnym nawrotom
cierpień artretycznych należy powtarzać kurację URONEM przez jeden tydzień w miesiącu
w ilości 3 łyżeczek dziennie. Dla dzieci do lat 15 — 2 łyżeczki od kawy dziennie.

Opakowanie: Flakon zawiera ca 80 gr. ziarenek

ZAKŁ. CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

„VAPOR”, Mgr. R. Herynowski Warszawa, ul. Żelazna 30. Telefon 6-61

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

ADRES REDAKCJI: Widok 9, m. 6 tel. 652-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Towarowa 2/4, tel. 334-87.

Rok XVI

WARSZAWA, 24 SIERPNIA 1939 R.

Nr 31-32

PRACE ORYGINALNE. Wykłady kliniczne.

O zaburzeniach psychicznych na tle cukrzycy.

Podał

Stanisław JUSTMAN (Łódź).

Wprawdzie badanie lekarskie powinno przede wszystkim opierać się na pracy myślowej, a więc na metodach klinicznych, a wszelkie badania pracowniane powinny w zasadzie jeno potwierdzać wnioski rozpoznawcze, do których lekarz doszedł na zasadzie osobistych badań klinicznych, zdarzają się jednak przypadki, gdzie samo badanie kliniczne, jakkolwiek sumienne, doprowadza do fałszywych wniosków rozpoznawczych, i dopiero badania pracowniane skierowują rozpoznanie na właściwe tory. Taki właśnie przypadek miałem świeżo możliwość spostrzegania.

F. U., lat 51, zgłosiła się do mnie 18.V.1939. Od roku blisko bóle głowy i oczu, osłabienie wzroku, szczególnie prawego oka, postępujące osłabienie pamięci. W dzień senna, w nocy nieraz budzi się z powodu silnego bólu głowy. Apetyt, stolec, *menses* normalne. Miała jakiś czas trochę cukru w moczu, obecnie mocz oddaje w normalnych odstępach czasu i w ilości normalnej. Pragnienia nie ma. Mąż i 4-ro dzieci zdrowi, 2 poronienia wywołane. St. pr. Tęga, prawidłowej budowy. *Venter propendens*. Wole. Język wilgotny. W narządach wewnętrznych zmian widocznych brak. *Sclerosis arcus aortae*. Parcie tętnicze 10.5 — 5. Żrenice niekształtne, prawa skośna, oddziaływają na światło i zbieżność sprawnie. Ruchy gałek ocznych sprawne, oczopląsu brak. Inne nerwy czaszkowe sprawne. Odruchy słuzówkowe i skórne normalne, ścięgnowe i okostnowe k. k. g. g. zachowane, kolanowe prawidłowe, stopowe nieobecne. Drżenia warg, ani języka nie stwierdza się. Mowa bez zaburzeń widocznych. Zorientowana, odpowiada rozsądnie, powtórzyć szeregu wyrazów nie potrafi, wypuszcza środkowy, zapomina ostatni — dotyczy to powiedzenia: „Zjednoczone zakłady włókiennicze Szajbler i Grohman”. „9x18”? Odpowiedzi brak, przyznaje, że zapomniała, co miała pomnożyć, zresztą obecnie nie potrafiłaby tego zrobić. Pacjentka prowadzi dotychczas sklep rzeźniczy, mąż tylko pomaga.

Badanie wzornikiem ocznym wykazało błądzenie części skroniowej brodawki nerwu wzrokowego prawego, tętnice tamże bardzo wąskie.

Na zasadzie powyższego skłonny byłem rozpoznać początkowy okres porażenia postępującego i władu rdzenia. Brak wprawdzie było objawu kardynalnego — ośpienia, brak też było drżenia warg i języka, wypuszczenia zgłosek, potykania na zgłoskach, lecz z drugiej strony bóle głowy, nasilające się nieraz gwałtownie wśród nocy, zdawały się tym bardziej przemawiać za tłem kiłowym schorzenia, a zmiany na dnie prawego oka można było interpretować, jako początkowy okres władu

wego zaniku nerwu wzrokowego. Wobec tego zaproponowałem nakłucie łądźwiowe celem zbadania płynu mózgoworzeniowego, zbadanie krwi na odczyn Bordet-Wassermanna oraz ogólne badanie moczu. Na razie zaleciłem mieszankę: *Rp. Calcii bromati* 10,0, *Amidopyrini* 4,0, *Natrii iodati* 6,0. *MDS*. 3 łyżki stołowe dziennie. Pacjentka sumiennie brała mieszankę, lecz spodziewanego zelżenia bólów głowy nie stwierdziła. Nakłucie łądźwiowe wykonałem 27.V.1939 r. Płyn wyciekał pod normalnym ciśnieniem, był przezroczysty, bezbarwny, wypuszczono go około 8 ccm. Wynik badania był następujący: „Płyn mózgoworzeniowy jest przejrzysty, bezbarwny, błonki pajęczkowej nie wytworzył. Albumen, osad, pleocytoza, odczyny globulinowe w normie. Odczyn Bordet-Gengou, wykonany w dawce 1.0, daje wyniki ujemne” (Dr Wilner).

Taki wynik badania, oczywiście, wzbudził duże wątpliwości co do słuszności rozpoznania. Wprawdzie w piśmiennictwie istnieją przypadki niewątpliwego porażenia postępującego z płynem mózgoworzeniowym normalnym, lecz są one niesłychanie rzadkie. Osobiście jeszcze nigdy podobnego przypadku nie stwierdziłem. Po nakłuciu łądźwiowym bóle głowy wbrew memu oczekiwaniu nie tylko nie zelżały, lecz, przeciwnie, nasiliły się jeszcze, tak, że nasuwała się myśl, czy nie mamy do czynienia z guzem mózgu: „Serologiczne badanie krwi sposobem Bordet-Gengou dało wyniki ujemne, odczyn kłaczkujący wypadł również ujemnie” (Dr Wilner). Ten fakt kazał całkiem odrzucić przypuszczenie tła kiłowego schorzenia. Dopiero analiza moczu rzuciła jaskrawe światło na właściwe podłoże schorzenia i umożliwiła skuteczne wkroczenie lecznicze. „Mocz opalizujący, o barwie żółto-żółtej, pianie białej, ciężarze właściwym 1043, zawiera nieznaczne ślady białka, cukier grochowy w ilości 8,08% przy zupełnym braku acetonu i kwasów octooctowego oraz betaoksymasłowego, chlorki 3,4%, zresztą chemicznie i mikroskopowo jest normalny” (Dr Wilner). Interpretacja przypadku wobec takiego wyniku badań pracownianych była całkiem odmienna od pierwotnej. Odrzuciłem ostatecznie przypuszczenie tła kiłowego, natomiast skłonny byłem cały zespół tłumaczyć wpływem toksycznym wadliwej przemiany materii na układ nerwowy zarówno ośrodkowy, jak i obwodowy.

Wpływ toksyczny cukrzycy na nerwy obwodowe jest zjawiskiem banalnym. Częste są przypadki ciężkiej rwy kulszowej na tle cukrzycy, osobiście miałem możliwość obserwowania porażenia nerwu biodrowego ze znacznym zanikiem pochwórnego mięśnia wyprostnego podudzia, zniesieniem odruchu kolanowego oraz wybitnym objawem Mackiewicza u chorej na cukrzycę. W przypadku tym energiczne leczenie przeciwcukrzycowe, poparte elektroterapią, dało podobnie, jak w przypadku Bruns'a (Berliner klin. Wochenschr.

1890) dość szybkie wyzdrowienie z powrotem odruchu kolanowego. Podobnie brak odruchów stopowych u chorych na cukrzycę nasuwa przede wszystkim przypuszczenie toksycznego porażenia nerwów kulszowych. Luis Esteves, Balado i Juan M. Castro Bibiloni (Rev. Asoc. med. argent. 1933, Nr 47, str. 2178—2185) tak właśnie interpretują objawy zapalenia wielu nerwów u 46-ioletniej kobiety, u której stwierdzili przecukrzenie krwi oraz stan zamętu (*Amentia*): zarówno pierwsze, jak i ostatni może być spowodowany przecukrzeniem krwi. Marcel Labbé, R. Boulon, L. Justin-Besançon et Henri Desoille (Nutrition 1934, Nr 4, str. 169—180) są zdania, że rwy, wzgl. zapalenia nerwów rzeczywiście cukrzycowe, których cechą zasadniczą jest szybkie znikanie objawów jednocześnie ze znikaniem przecukrzenia krwi, zdarzają się jedynie w 3% przypadków cukrzycy, przy tym jednostronne zapalenia zdarzają się częściej, niż obustronne. Istniejąca u niektórych chorych na cukrzycę słabość mięśniowa zależy nie od zapalenia nerwów, jedno przeważnie od zaburzeń tętniczego obiegu krwi. Innego zdania co do częstości występowania objawów zapalenia nerwów w cukrzycy są William R. Jordan, Lowell A. Randall and W. K. Bloor (Arch. int. Med. 1935, Nr 55, str. 26—41), którzy stwierdzili osłabienie, wzgl. brak odruchów kolanowych i stopowych w 45% przypadków na 461 chorych na cukrzycę, a więc prawie w połowie przypadków.

Natomiast zaburzenia mózgowe, ściślej zaś psychiczne na tle cukrzycy poza śpiączką cukrzycową należą do zjawisk nie częstych. William C. Menninger (J. ment. Sc. 1935, Nr 81, str. 332—357) zajmuje się stosunkiem między cukrzycą a zaburzeniami psychicznymi i ustala istnienie następujących grup. 1. Cukrzyca, jako następstwo zaburzeń psychicznych, występujących jednocześnie lub poprzedzających cukrzycę. 2. Zaburzenia psychiczne, jako odczyn samozatruciowy w przebiegu cukrzycy. 3. Zaburzenia psychiczne i cukrzyca mają wspólne organiczne źródło (guzy, wzgl. krwotoki mózgu lub trzustki). 4. Związek przyczynowy jest pośredni, przy czym dolegliwości cielesne cukrzycy pociągają za sobą odczyny psychopatyczne. 5. Oba schorzenia wklajają się, przy czym stosunek między schorzeniem psychicznym a cukrzycą nie może być z pewnością ustalony. Zdaniem autora, cukrzyca nie daje określonego jej tylko właściwego typu psychozy, prócz małego odsetka przypadków, które muszą być interpretowane, jako toksyczne, a więc prawdziwe psychozy cukrzycowe. Związek między psychozą a cukrzycą jest często niejasny: tak naprz., A. Fribourg-Blanc (Rev. méd.-chir. 1935, Nr 10, str. 257—262) przytacza przypadek zadumy z obawami (*mélancolie anxieuse*) u diabetyka o współzależności niepewnej. Jako swego rodzaju *curiosum* przytoczyć należy jedyny w swoim rodzaju przypadek, opisany przez Maurice Brugger (J. amer. med. Assoc. 1935, Nr 104, str. 2163—2164), nadarczyczności i przecukrzenia krwi na czczo do 1500 mlgr% (norma górna 120 mlgr%) bez śpiączki cukrzycowej. Pacjentkę uratowano usunięciem tarczycy, dietą i insuliną. Tę zdumiewającą tolerancję mózgu na przecukrzenie krwi może, jak sądzę, przypisać należy nadarczyczności, która, wzmagając przemianę materii, niweczyła ujemny wpływ cukrzycy, przebiegającej ze zwolnieniem przemiany materii w myśl określenia autorów francuskich. Ci ostatni, jak wiadomo, szeregują cukrzycę do rzędu chorób, których cechą wspólną jest le ralentissement de la nutrition — zwol-

nienie odżywiania. Dla porównania zwrócę uwagę na fakt, że w przypadku moim, gązie przecukrzenie krwi było na pewno znacznie mniejsze (niestety, poziom cukru we krwi był określony dopiero przy drugiej analizie moczu), pacjentka, zmuszona prowadzić interes, podała jako jedną z głównych dolegliwości senność, zwiastun zbliżającej się śpiączki cukrzycowej. Stwierdzone u mojej pacjentki wole jest pręcej przejawem potarczyczności, za czym przemawia normalne tętno. Pomimo braku cech właściwych psychozie cukrzycowej można jednak, choć rzadko, ustalić pewne momenty, ułatwiające rozpoznanie. Bengt J. Lindberg (Acta psychiatr. 1936, Nr 11, str. 207—268) wręcz twierdzi, że tylko taka psychoza może być uważana za cukrzycową, która ulega widocznej poprawie pod wpływem leczenia cukrzycy. Tego rodzaju psychozy cukrzycowe są nader rzadkie i występują przeważnie po 50 r. życia. Autor podaje jeden własny tego rodzaju przypadek, jako 15-ty ogłoszony dotychczas. Obraz kliniczny o tyle jest jednakowy, że wykazuje cechy charakterystyczne psychoz objawowych (typ exogenno-odczynowy podług Bonhöffera), dominuje depresja. Ciężkie acetonowe we krwi nie mają wpływu na wystąpienie lub przebieg psychozy. Rokowanie dobre, psychoza przechodzi po 1—2 miesiącach leczenia cukrzycy. Obok zaburzeń umysłowych częste są objawy neurologiczne. Ponieważ przypadek mój odpowiada wszystkim wymaganiom, stawianym dla psychozy cukrzycowej przez Lindberga (wiek, brak ciężkich acetonowych, objawy neurologiczne, łatwość poprawy pod wpływem leczenia przeciw-cukrzycowego), przeto mogę z czystym sumieniem podać go, jako 16-ty tego rodzaju w piśmiennictwie. Przekonane o rzadkości zaburzeń umysłowych w cukrzycy (poza śpiączką, oczywiście) podziela również Hildegard Thén Bergh (4 Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater, Köln, 24—27. IX. 1938), która oświadczyła, że ani u samych diabetyków, ani u krewnych tychże częstszego występowania chorób umysłowych, padaczki, ciężkich psychopatii, ani narkomanii nie stwierdzono.

Wobec ustalenia rozpoznania psychozy cukrzycowej zaleciłem dietę odpowiednią, zastrzykiwania podskórne insuliny po 15 jednostek ½ godziny przed śniadaniem, obiadem i kolacją oraz jako środek paliatywny dożylny wstrzykiwania 10%, względnie 20% chlorku sodu.

3.VI Inj. intraven. Natrii chlorati 10% 40 ccm.

4 „ „ „ „ „ „ 20 „

5 „ Bóle głowy ześlazały. Parcie tętnicze 13.5—7.5. Powtórza szereg wyrazów z pewnym wahaniem, lecz bez wypuszczeń. Mnożyć nie potrafi. „9×18”? Bez odpowiedzi. Żrenice widocznych odchylen od normy nie wykazują. Odruch stopowy prawy bardzo słaby, lewy słaby, oba jednak nie wyczerpują się. Inj. intraven. Natrii chlorati 20% 20 ccm. Polecono za 2 dni zbadać ponownie mocz oraz na czczo poziom cukru we krwi.

8.VI Bóle głowy znów się wzmożyły — od 2-ch dni nie stosuje się zastrzykiwań dożylnych chlorku sodu. „W moczu o c. wł. 1027 cukru 1.75%, acetonu, ani kw. acetooctowego nie ma, chlorków 6.2%“. „We krwi cukru 219 mlgr%“ (Dr Wilner). Zalecono kontynuowanie insuliny oraz zastrzykiwań dożylnych chlorku sodu.

Powstaje teraz pytanie, czy jednak nie można było od razu wyłączyć w danym przypadku rozpoznania porażenia postępującego i wiadu rdzenia? Sądzę, że, jeżeli wyłączenie z góry tego rozpoznania było niemożliwe, to jednak istniał cały szereg względów, które mogły i powinny były wzbudzić pewne wątpliwości co do słuszności traktowania tego rozpoznania, jako je-

dynie możliwego. Otóż, brak było w naszym przypadku całego szeregu objawów niezbędnych dla rozpoznania porażenia postępującego nawet w okresie najwcześniejszym. Brak było przede wszystkim śladów nawet otępienia, będącego przecie najważniejszym objawem tego schorzenia i skłaniającego często otoczenie, a nie samego otępiełego chorego do zasięgnięcia porady lekarskiej. Brak następnie drżenia warg i języka oraz zaburzeń dyzartrycznych mowy w postaci zacinania się, potykania na zgłoskach lub wypuszczania zgłosek. Z drugiej jednak strony bóle głowy nocne, brak odruchów stopowych, obraz dna prawego oka oraz brak jakichkolwiek dolegliwości i objawów cukrzycowych kazały tym bardziej myśleć o kiłowej naturze schorzenia.

Dla porównania pozwolę sobie przytoczyć historię choroby, gdzie rozpoznanie porażenia postępującego i władu rdzenia już przy pierwszym badaniu było niewątpliwe.

Wezwany 18.V.1939, stwierdziłem, co następuje. B. L., lat 43, od 3-ch miesięcy słaby, pracować nie może, nie widzi czasem na oczy, mowa trudna, ręce zimne, sucho w gardle. *Inf. luetica* 5 lat temu, przeszedł 3 kuracje, kawaler.

St. pr. Szczupły, o plecach okragłych, tętnicach skroniowych wygórowanych, mocno wężykowatych. W narządach wewnętrznych zmian widocznych brak. Parcie tętnicze 13.5—7. Drżenie wybitne warg i języka przy ruchach nimi. Żrenica lewa szersza od prawej, na światło prawa nieruchoma, lewa oddziaływa słabo, na zbieżność obie oddziałują sprawnie. Odruchy śluzówkowe normalne, brzuszne zachowane, dość słabe, inne skórne normalne, ścięgnowe i okostnowe k. k. g. g. nieobecne, prócz lewego trójkątowego i prawego okostnowego zachowanych, kolanowy prawy wzmożony, lewy bardzo żywy,

stopowe zniesione. Objawu Romberga brak. Stoi na jednej nodze niepewnie, rozkładając ręce. Mowa wyraźnie utrudniona, zacinająca się, przy powtarzaniu szeregu wyrazów wypuszcza jedno, zniekształca inne, zmienia porządek wymawianych wyrazów. Mnoży nieźle, tabliczkę mnożenia umie. Wyraz twarzy dość tępy. Na pytania odnośnie wywiadów odpowiada z wyraznym trudem skupienia i przypominania.

4.VI „We krwi odczyn Bordet-Wassermanna ++++, citocholowy ++++“ (Dr Krasowski). „W moczu o c. wł. 1020 białka ślady minimalne, pojedyncze erytrocyty wyługowane w preparacie“. Można z góry przewidzieć, że płyn mózgoworodzeniowy wykaże wielkie zmiany chorobowe, a odczyn Bordet-Wassermanna będzie mocno dodatni.

7.VI Nakłuciem lędźwiowym wypuszczono około 8 ccm wyściekającego pod normalnym ciśnieniem bezbarwnego przejrzystego płynu.

8.VI Wczoraj był bardzo niespokojny, skarżył się na bóle w plecach, chciał wstać, poruszał ciągle głowę. „Płyn mózgoworodzeniowy jest przejrzysty, bezbarwny, błonki pajęczkowej nie wytworzył. Białko jest w ilości 0.63%, odczyn Pandy 3—4 plusy, pleocytoza 10. Mikroskopowe badanie odwirowanego osadu wykazuje po 0 do kilku białych ciałek w polu widzenia. Serologiczne badanie płynu, wykonane sposobem Bordet-Wassermanna w dawce 1.0 z płynem, jak czynnym, tak i unieczynnionym daje wyniki wybitnie dodatnie (+++++)“ (Dr Wilner). „Odczyn Wassermanna z surowicą krwi,

wykonany z 3-ma antygenami, daje wyniki ++++, citocholowy daje wynik ++++“ (Dr Wilner).

Skierowałem chorego do szpitala celem przeprowadzenia leczenia zimnicą zaszczepioną, a następnie leczenia swoistego.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Oddziału Anatomopatologicznego Szpitala na Czystem.
(Kierownik: M. Płoński).

Z anatomii patologicznej jam obocznych nosa.

Podał
Józef TENCER (Warszawa).

Wstęp.

Celem pracy niniejszej było ustalenie częstości zmian chorobowych w jamach obocznych nosa, zestawienie badania histologicznego z makroskopowym, określenie istoty zmian w błonach śluzowych oraz stwierdzenie, czy istnieje związek pomiędzy zmianami w zatokach nosowych a zmianami patologicznymi w innych narządach.

W całym szeregu przypadków sekcjonowanych badano jamy oboczne nosa, otwierając je od strony jamy czaszkowej. Otworzenie na tej drodze jamy czołowej, sitowej i zatoki klinowej jest łatwe, natomiast dotarcie do zatoki szczękowej natrafia niekiedy na trudności. Po wydlutowaniu części skrzydła wielkiego kości klinowej, a następnie po rozsunięciu na tępo tkanki tłuszczowej, znajdującej się w dole skrzydłowo-szczękowym, uwidacznia się tylna ściana zatoki szczękowej, która zazwyczaj jest cienka. Po przebicciu jej uzyskuje się dostęp do wnętrza jamy Higmore'a.

Stwierdziwszy obecność lub też brak treści patologicznej w każdej poszczególniej zatoce, starano się usunąć z zatoki śluzówkę lub przynajmniej jej część do badania histologicznego. Nie zawsze się to jednak udawało. Normalna śluzówka jam obocznych nosa jest bło-

ną cienką i delikatną. Podczas wyjmowania jej na autopsii łatwo się rwie i strzepi. Tam, gdzie wyjęcie błony śluzowej z zatoki natrafiało na duże trudności, mieliśmy przeważnie do czynienia ze śluzówką normalną. W licznych przypadkach stwierdzało się makroskopowo podobne zmiany w kilku zatokach tych samych zwłok. Z jednej pary zatok o różnych zmianach pobierano zwykle do badania histopatologicznego śluzówkę tej zatoki, w której zmiany były większe. Często zmiany w obydwu zatokach były jednakowe. W tych razach pobierano do badania błonę śluzową jednej z nich.

Ogółem dokonano sekcji jam obocznych nosa w 45 przypadkach. zbadano histologicznie śluzówki, usunięte ze 126 zatok.

Wszystkie śluzówki jam obocznych nosa stanowią jedną całość: można je nawet rozpatrywać jako dalszy ciąg śluzówki środkowego przewodu nosowego. Dlatego też normalna budowa anatomiczna śluzówek poszczególnych zatok nie różni się wiele od siebie. Pod względem histologicznym można rozróżnić w śluzówce 3 warstwy: warstwę powierzchniową, składającą się z nabłonka wielorzędowego mieszkawkowego, pod którym znajduje się utkanie z delikatnych włókienek tkanki łącznej z nielicznymi histiocytami; warstwę środkową, czyli gruczołową, w której znajdują się liczne gruczoły pęcherzykowe, nierównomiernie rozrzucone w śluzówce; i wreszcie warstwę głęboką, która nie posiada gruczołów i utkana jest z włókien gęsto ułożonych. Warstwa ta nosi nazwę śluzówkowo-okostnowej, gdyż przylega bezpośrednio do kości, wnikając w jej jamy szkieletowe i przestrzenie międzygąbczaste. Śluzówka zatok noso-

wych jest zatem podobna pod względem histologicznym do śluzówki części oddechowej jamy nosowej. Jest jednak od niej cieńsza, mniej unaczyniona i zawiera mniej włókien sprężystych oraz gruczołów.

Śluzówki jam obocznych nosa są mało odporne na czynniki szkodliwe zewnątrz — i zewnątrzpochodne. Na zakażenie reagują śluzówki na ogół w sposób dwójaki: bądź ropieniem, bądź też obrzękiem. Zależy to nie tylko od rodzaju infekcji, ale i od jej umiejscowienia. Zmiany obrzękowe najłatwiej powstają w sitowiu i w zatoce szczękowej.

Rozbiór i próba klasyfikacji z badanego materiału.

Zmiany histopatologiczne, które spostrzegano w śluzówkach jam obocznych nosa, można podzielić na kilka grup w zależności od ich umiejscowienia w tej lub innej warstwie śluzówki.

Największe i najczęstsze zmiany spotyka się w podścielisku śluzówki. Tu bardzo często stwierdza się nacieki zapalne. W naszym materiale na 45 przypadków zbadanych stwierdzono je w 33 przypadkach, co stanowi 73%.

Nacieki z samych leukocytów stwierdzono w 4 przypadkach (9%), z samych limfocytów w 15 przypadkach (33%), nacieki mieszane z leukocytów i limfocytów w 14 przypadkach (31%).

W podścielisku stwierdzono nadmierną liczbę histiocytów w 9 przypadkach (20%). Histiocyty przeważnie towarzyszyły naciekom zapalnym bądź tylko z samych limfocytów (6 przypadków), bądź też naciekom mieszanym (2 przypadki); tylko w 1 przypadku był nadmiar histiocytów bez nacieków zapalnych, jednakże obok obrzęku podścieliska.

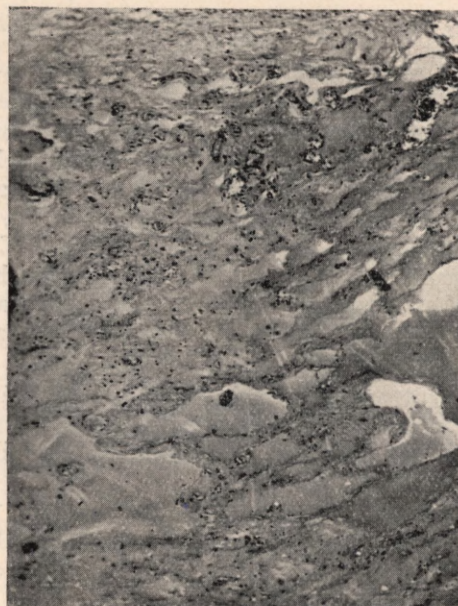
Obrzęki w podścielisku stwierdzono w 19 przypadkach (42%); zazwyczaj towarzyszyły one naciekom zapalnym, a mianowicie w 2 przypadkach obok obrzęków były nacieki zapalne z leukocytów, w 5 przypadkach z limfocytów, w 9 przypadkach z leukocytów i limfocytów; w 1 przypadku obok obrzęku dało się spostrzec nadmiar histiocytów, w 1 przypadku obrzękowi towarzyszyły krwotoki w podścielisku bez nacieków zapalnych (rozpoznanie sekcyjne: *glomerulonephritis chronica*) i wreszcie w 1 przypadku obrzęku nie zanotowano większych zmian w śluzówce (rozpoznanie sekcyjne: *meningitis tbc*).

W 1 przypadku obok obrzęku stwierdzono nieznaczne nacieki zapalne, rozszerzone żyły, wypełnione krwią, oraz bardzo znaczne rozszerzenie przestrzeni limfatycznych (ryc. Nr 1).

W 10 przypadkach stwierdzono krwotoki w podścielisku śluzówki, a w 1 przypadku złoży hemosyde-ryny, jako ślady po krwotoku (razem 11 przypadków — 24%).

Wśród rozpoznań tych ostatnich przypadków zanotowano 3 razy — choroby serca i naczyń, w 1 przypadku — zapalenie przewlekłe nerek, w 1 — gruźlicę płuc, w 3 przypadkach objawy posocznicy, a w 1 zator tętnicy płucnej po operacji wycięcia nerki; w 3 przypadkach o różnych rozpoznaniach sekcyjnych (stan po pyelotomii — 1, rak pęcherzyka żółciowego — 1, stan po amputacji palca — 1) zanotowane są wylewy krwawe do rozmaitych narządów (do opłucnej — 1, do mózgu — 1, do śluzówki dwunastnicy — 1).

Wynika stąd, że wylewy krwawe do podścieliska śluzówek zatok nosowych stoją w związku z ogólnymi cierpieniami ustroju.



Ryc. Nr 1.

Wśród zbadanych przypadków były bardzo częste zmiany włókniste w podścielisku. Zbitą tkankę łączną w podścielisku stwierdzono w 32 przypadkach, co w stosunku do ogólnej liczby przypadków stanowi 73%. Zmiany te towarzyszyły naciekom zapalnym w 17 przypadkach (z limfocytów — w 9 przypadkach, z leukocytów — w 1 przypadku, z leukocytów i limfocytów — w 7 przypadkach). W 15 przypadkach stwierdzono w niektórych jamach obocznych nosa zmiany włókniste w podścielisku bez zmian zapalnych, jednakże w 8 z tych przypadków obecne były nacieki zapalne w innych jamach obocznych, w których znów nie było zmian włóknistych w podścielisku. W 4 z pozostałych 7 przypadków stwierdzono obok zmian włóknistych w podścielisku nadmiar śluzu na powierzchni, zwiększoną liczbę komórek kubkowych oraz przerost nabłonka, jako wyraz zapalenia nieżyłowego śluzówki.

Nasuwa się zatem wniosek, że zmiany włókniste w podścielisku śluzówek zatok nosowych są wynikiem toczącej się lub przebytej sprawy zapalnej.

Czy w występowaniu tych zmian odgrywa również rolę wiek chorego, trudno odpowiedzieć. Spośród przypadków, w których stwierdzono zmiany włókniste w podłożu można zanotować: do 10 lat — 1 przypadek; od 10—20 lat — 2 przypadki; od 20—30 lat — 3 przypadki; od 30—40 lat — 5 przypadków; od 40—50 lat — 6 przypadków; od 50—60 lat — 8 przypadków; od 60—70 lat — 7 przypadków.

Ze zmian, stwierdzonych w podłożu śluzówek jam obocznych nosa, które stać mogą w związku ze sprawami zapalnymi, należy wymienić jeszcze zwapnienia. Wśród zbadanych przypadków stwierdzono je 5 razy. W 2 przypadkach zwapnieniom towarzyszyły nacieki zapalne, w 2 — stwierdzono zmiany śluzowe w nabłonku i tylko w jednym przypadku nie było cech zapalnych w śluzówce.

W podścielisku śluzówek napotkano w 9 przypadkach torbiele gruczołowe: w 7 z nich obecne były nacieki zapalne, w 2 zaś tylko zmiany śluzowe nabłonka.

Ze zmian w nabłonku śluzówek zatok spostrzegano w 18 przypadkach nadmiar komórek kubkowych, co, jak wiadomo, charakteryzuje nieżytowe zapalenie



W uporczywych biegunkach
u niemowląt, dzieci i dorosłych
efekt leczniczy zapewnia

Pomonal

B O R Y S Z E W

naturalny przetwór świeżych jabłek.



Postacie:

Proszek w pudełkach po 50 i 110 gr.
tabl. w pudełkach po 24 tabl. à 2 gr.



www.dlibra.wum.edu.pl



Wysoka aktywność terapeutyczna preparatu

OVARIIUM-PANHORMON LAOKOON

polega na racjonalnym połączeniu w preparacie folikuliny i wyciągu z całkowitego jajnika.

Ampułki po 10.000 j.mn. i 50.000 j.mn. w 1 cm³ zawierają folikulinę w postaci wysoce czynnych estrów, resorbującą się wolniej niż czysty hormon pęcherzykowy. Tabletki od 30 do 1000 j.mn. oraz ampułki od 40 j.mn. do 10.000 j.mn. zawierają estrynę + jajnik.

Ceny obecne:

6 amp. po 10.000 j.mn. — zł. 10.80

1 amp. po 50.000 j.mn. — zł. 7.50

www.dlibra.wum.edu.pl



błon śluzowych jam obocznych nosa. W 14 z tych przypadków były obok nadmiaru komórek kubkowych nacieki zapalne w warstwie podśluzowej. W 7 przypadkach stwierdzono przerost nabłonka śluzówki, która ulegała pofałdowaniu, tworząc polipy.

Bardzo często spostrzegano na powierzchni śluzówek masy wysiękowe, bądź bezkształtne (2 przypadki), bądź śluzowo-krwawe (2 przypadki), bądź też śluzowe (16 przypadków). W połowie tych przypadków były w śluzówce nacieki zapalne, w połowie zaś stwierdzało się zmiany śluzowe w nabłonku.

Jeżeli do liczby 33 przypadków, których śluzówki zatok wykazywały obecność nacieków zapalnych, dodać 5 przypadków, w których spostrzegano nadmiar komórek kubkowych i zwyrodnienie śluzowe, to można stwierdzić, że na ogólną liczbę 45 przypadków sekcyjnych zmiany zapalne, bądź ropne, bądź też nieżytowe, istniały w 38 przypadkach, co stanowi 84%. Oznacza to, że jedna lub kilka zatok w poszczególnym przypadku wykazywała zmiany chorobowe.

Zestawmy te wyniki badań histologicznych z wynikami oględzin makroskopowych zawartości jam obocznych nosa oraz wyglądu śluzówek, które dokonywane były podczas ogólnej sekcji zwłok.

W schorzących jamach obocznych nosa znajdowano bądź wydzielinę śluzową, bądź ropną; w kilku przypadkach w śluzie widać było domieszkę krwi; niekiedy treść była surowicza.

Normalna śluzówka jest b. cienka i podczas wymowy łatwo się rwie. Jeśli zaś śluzówka jest gruba i łatwo się daje wyjąć z zatoki, to zazwyczaj jest ona chorobowo zmieniona.

Przypadków, w których wszystkie zatoki były normalne było 7, co zgadza się z wynikiem badań histologicznych. W pozostałych przypadkach przynajmniej w jednej z jam obocznych nosa znajdowano treść ropną obok zgrubiałej śluzówki (11 przypadków), treść śluzową lub surowiczą obok zgrubiałej śluzówki (4 przypadki), wydzielinę śluzową przy normalnej śluzówce (1 przypadek) i wreszcie śluzówkę zgrubiałą bez treści patologicznej na jej powierzchni (22 przypadki).

Ciekawe jest porównanie wyniku badania makroskopowego z badaniem histologicznym poszczególnych śluzówek jam obocznych nosa. Zestawienie to dotyczy 126 zbadanych śluzówek.

I. Śluzówki normalne makroskopowo okazały się pod względem histologicznym:

- 1) normalne — 19,
wykazywały zmiany:
- 2) nacieki limfocytowe oraz zmiany włókniste w podścielisku — 5,
- 3) nadmiar komórek kubkowych oraz przerost nabłonka — 1,
- 4) nacieki limfocytowe i leukocytowe — 2,
- 5) obrzęk podścieliska — 3,
- 6) nacieki z limfocytów oraz nadmiar komórek kubkowych — 1,
- 7) nacieki z leukocytów — 1,
- 8) „ „ limfocytów — 1,
- 9) „ „ limfocytów oraz obrzęk — 3,
- 10) zmiany włókniste w podścielisku — 20

56

II. Śluzówki, które makroskopowo okazały się zgrubiałe, wykazywały histologicznie:

- 1) obrzęk podścieliska — 3,
- 2) nacieki z leukocytów — 3,
- 3) „ „ limfocytów — 5,
- 4) „ „ leukocytów i limfocytów — 8,
- 5) „ „ leukocytów oraz obrzęk — 2,
- 6) zmiany śluzowe nabłonka oraz śluz na powierzchni — 4,
- 7) zmiany włókniste w podścielisku — 8,
- 8) obrzęk oraz zmiany włókniste w podścielisku — 2,
- 9) nacieki mieszane oraz zmiany włókniste w podścielisku — 5,
- 10) nadmiar komórek kubkowych oraz zmiany włókniste w podścielisku — 2,
- 11) nacieki limfocytowe oraz przerost nabłonka — 1,
- 12) nacieki limfocytowe oraz zmiany włókniste w podścielisku — 4

48

III. Jamy oboczne nosa, które makroskopowo wykazywały obecność śluzu i których śluzówki okazały się zgrubiałe, wykazywały histologicznie:

- 1) obrzęk podścieliska — 2,
- 2) nadmiar komórek kubkowych — 1,
- 3) nacieki z limfocytów — 2,
- 4) śluz oraz obrzęk podścieliska — 2

7

IV. Jamy oboczne nosa, które makroskopowo wykazywały obecność treści ropnej i których śluzówki okazały się zgrubiałe, wykazywały histologicznie:

- 1) nacieki mieszane oraz obrzęk podścieliska — 3,
- 2) nacieki z limfocytów oraz obrzęk podścieliska — 3,
- 3) nacieki z limfocytów oraz zmiany włókniste w podścielisku — 3,
- 4) nacieki z leukocytów i limfocytów oraz zmiany włókniste w podścielisku — 1,
- 5) nacieki z leukocytów oraz zmiany włókniste w podścielisku — 1

11

Liczba wszystkich śluzówek, wymienionych w 4 powyższych grupach, stanowi łącznie 122 przypadki. Pozostają jeszcze 4 śluzówki, które określone zostały makroskopowo jako zgrubiałe, a które nie wykazywały histologicznie zmian zapalnych, lecz jedynie:

- w 1 przypadku — zmiany szkliste w podłożu,
 „ „ „ — polip włóknisty,
 „ „ „ — zmiany miażdżycowe naczyń,
 „ „ „ — ogniska zwapnienia.

Jak widać z powyższego zestawienia, z liczby normalnych śluzówek, stwierdzonych na sekcji (56 śluzówek), jedynie $\frac{1}{3}$ nie wykazywała żadnych zmian pod względem histologicznym. Wśród pozostałej liczby stwierdzono zmiany, które nie tylko wskazują na przebytą sprawę zapalną (zmiany włókniste), ale też na proces czynny zapalny (nacieki w 14 śluzówkach).

Okazuje się, że grubość śluzówki jest makroskopowo cechą najważniejszą w określeniu, czy śluzówka zatoki jest prawidłowa, czy też chorobowo zmieniona. Nie stwierdzono wśród zbadanych śluzówek takich, które by były oznaczone makroskopowo jako zgrubiałe, a histologicznie nie wykazywały żadnych zmian. Pomijając te przypadki, w których były tylko zmiany obrzkowe lub włókniste w podścielisku (13 preparatów), reszta (35 preparatów) wykazywała nacieki zapalne lub też zmiany śluzowe nabłonka, jako wyraz zapalenia nieżyłowego. Śluzówki zatok, które wykazywały obecność treści, bądź śluzowej, bądź ropnej, wykazywały te same zmiany pod względem histologicznym.

Rozpoznanie zasadnicze sekcyjne w przypadkach, w których spostrzegano nacieki zapalne w śluzówkach jam obocznych nosa (33 przypadki), są różnorodne: gruźlica płuc — 5, zwyrodnienie mięśnia sercowego — 4, nowotwory woreczka żółciowego — 3, ropne zapalenie opon mózgowych — 1, zapalenie nerek — 1, zapalenie płuc — 2, ropowica twarzy — 2, czyrak twarzy — 1, ropień płuc — 1, zgorzel płuc — 2, zakrzepowe zapalenie zatoki esowatej pochodzenia usznego — 1, zapalenie opon gruźlicze — 2, zapalenie otrzewnej — 2, nowotwór trzustki — 1, zapalenie śródpiersia — 1, wylewy krwawe do mózgu — 3, miażdżycza nerek — 1, zator t. płucnej — 1.

Jak widać, są wśród tych rozpoznań sprawy zapalne ostre i przewlekłe, nowotwory, zmiany w narządach krążenia, nerkach itp.

Natomiast w przypadkach, w których nie stwierdzono nacieków zapalnych w śluzówkach zatok nosowych, nie było wśród ogólnych rozpoznań sekcyjnych spraw zapalnych ostrych, przewlekłych zaś było niewiele. Rozpoznanie te są następujące: zwyrodnienie mięśnia sercowego — 5, ciąża pozamaciczna — 2, nowotwór mózgu — 2, nowotwór żołądka — 1, zapalenie kłowe tętnicy głównej — 1, przewlekłe zapalenie nerek — 1.

Tak więc śluzówki jam obocznych nosa biorą udział w sprawach zapalnych zwłaszcza ostrych, tocących się w innych okolicach ciała.

W przypadku ropnicy po amputacji palca (sekcja Nr 4712) stwierdzono nacieki zapalne z leukocytów i limfocytów w śluzówkach wszystkich jam obocznych nosa (z. czołowa, sitowie, z. klinowa, z. szczękowa), a prócz tego złogi hemosyderyny oraz znaczny obrzęk podścieliska.

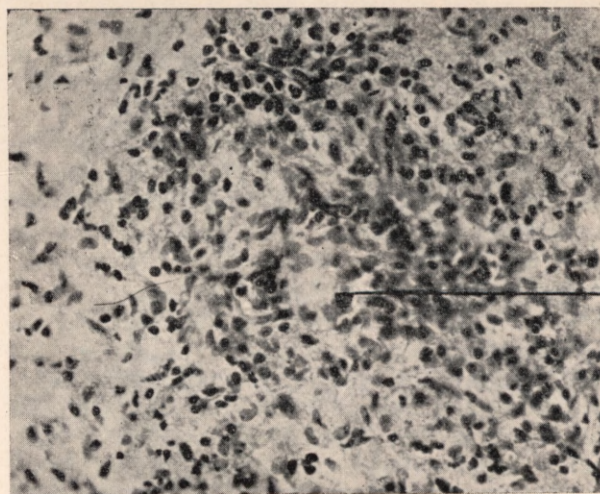
W przypadku posocznicy, powstałej z czyraka wargi (sekcja Nr 4091), obok nacieków leukocytowych stwierdzono w śluzówkach krwotoki, liczne zawały bakteryjne oraz zakrzepy w żyłach.

W przypadku posocznicy pochodzenia usznego (sekcja Nr 4161) obok nacieków z leukocytów i limfocytów spostrzegano w preparatach histologicznych objawy przekrwienia i obrzęku podścieliska.

W przypadku posocznicy, powstałej z czyraka wargi (sekcja Nr 4091), obok nacieków z leukocytów stwierdzono w śluzówkach krwotoki, liczne zawały bakteryjne oraz zakrzepy w żyłach.

Inne cierpienia ogólne sprzyjają często rozwojowi spraw zapalnych w jamach obocznych nosa.

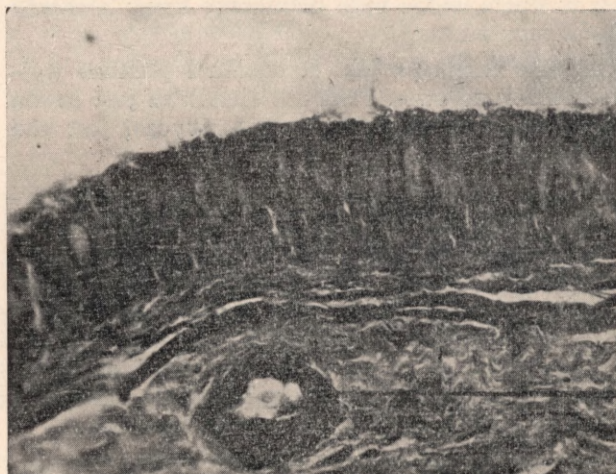
We wszystkich przypadkach gruźlicy płuc (5 przypadków) istniały nacieki zapalne w śluzówce obok obrzęku podścieliska, a w 2 z tych przypadków (sekcja Nr 3762 i 4275) stwierdzono ogniska z komórek nabłonkowych, które są prawdopodobnie nietypowymi gruzelkami (ryc. Nr 2).



Ognisko
komórek
nabłonkowych

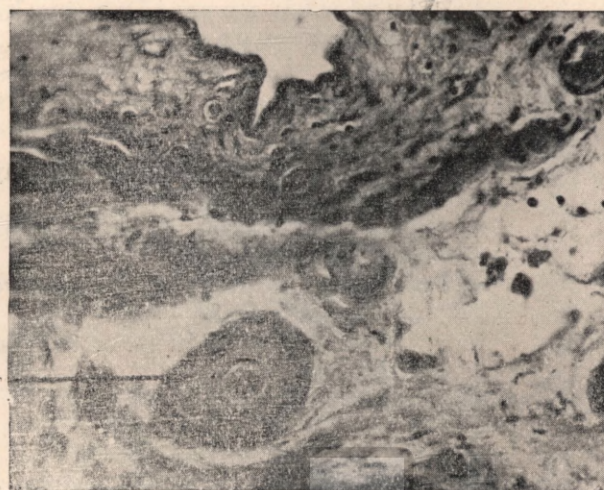
Ryc. Nr 2.

Prócz spraw zapalnych spostrzegano w śluzówkach jam obocznych nosa szereg innych zmian. B. częste są zgrubienia ścian drobnych tętniczek, których światło wskutek tego ulega niekiedy zamknięciu (ryc. Nr 3 i 4).



Zgrubiała
ściana
tętniczki

Ryc. Nr 3.



Zamknięcie
światła
tętniczki

Ryc. Nr 4.

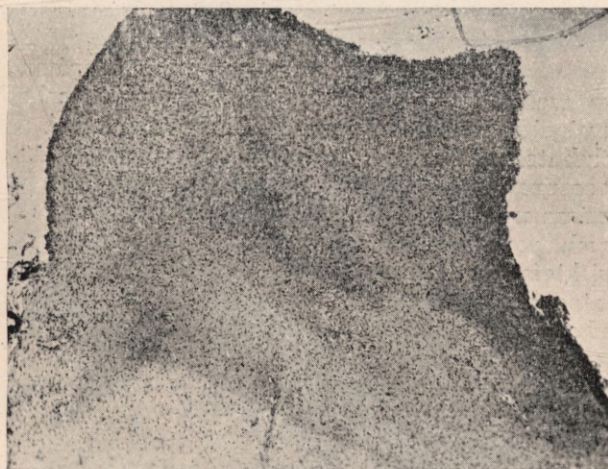
Zmiany te spotykaliśmy w 8 przypadkach. We wszystkich tych przypadkach stwierdzone zostały na sekcji daleko posunięte zmiany w ogólnym układzie krążenia.

Główne rozpoznania sekcyjne i wiek w tych przypadkach były następujące:

- 1) *endocarditis chronica fibrosa*, lat 35,
- 2) *nephrosclerosis maligna*, l. 35,
- 3) *pneumonia hypostatica; nephrolithiasis*, l. 27,
- 4) *tbc pulmonum, degeneratio parenchymatosa myocardi*, l. 55,
- 5) *haemorrhagia cerebri*, l. 54,
- 6) *encephalomalacia cerebri*, l. 60,
- 7) *st. post nephrectomiam, embolia a. pulmonalis*, l. 45,
- 8) *arteriosclerosis, dilatatio cordis*, l. 58.

W podłożu śluzówek zatok nosowych spotykano w 6 przypadkach zmiany szkliste: w 3 spośród nich rozpoznano nowotwory złośliwe, w 2 kiłę 3-ciorzędową, a w 1 — rozstrzenie i zgorzel płuc. W 2 przypadkach stwierdzono zmiany szkliste naczyń krwionośnych oraz zakrzepy szkliste w naczyniach (rozpoznanie w 1 przypadku — *ca. ventriculi*, a w 2 — *tbc. miliaris*).

Z rzadszych obserwacji, które napotkano podczas przeglądania preparatów śluzówek jam obocznych nosa, wymienić należy 2 przypadki polipów włóknistych (sekcja Nr 4161 i 4265). W obu przypadkach stwierdzono makroskopowo jedynie zgrubienie śluzówek (ryc. Nr 5).



Ryc. Nr 5.

Streszczenie i wnioski.

Podczas dokonywania ogólnej sekcji zwłok badano wszystkie jamy oboczne nosa, a śluzówki tych jam po sporządzeniu preparatów histologicznych oglądano pod mikroskopem. Zbadano 45 przypadków (126 preparatów śluzówek).

W 33 przypadkach spostrzegano w śluzówkach jednej lub kilku jam obocznych nosa, odnoszących się do tych samych zwłok, nacieki zapalne (73%). Najczęstsze były nacieki z samych limfocytów, nieco mniej częste nacieki mieszane z leukocytów i limfocytów.

W 20% przypadków stwierdzono w podścielisku nadmierną liczbę histiocytów, które towarzyszyły bądź naciekom zapalnym, bądź też obrzękom. Obrzęki występują w śluzówkach często (w 19 przypadkach — 42%). W 13 przypadkach zanotowano krwotoki w śluzówkach zatok.

Najczęstsze zmiany w śluzówkach występują w postaci zmian włóknistych w podścielisku (32 przypadki — 73%). Są to zmiany, bądź towarzyszące zapaleniu, bądź też świadczące o zejściu zapalnym.

W śluzówkach spostrzegano też ogniska zwapnienia (5 przypadków), prawdopodobnie jako wyraz procesu gojenia się spraw zapalnych.

W nabłonku śluzówki często (18 przypadków) spostrzegano nadmiar komórek kubkowych, co stoi w związku z nieżytywym zapaleniem śluzówek. Nabłonek łatwo ulega przerostowi, cała zaś śluzówka łatwo się fałduje, tworząc polipy.

Zapalenia śluzówek, przebiegające z naciekami zapalnymi, oraz zapalenia nieżytowe śluzówek stwierdzono ogółem w 38 przypadkach (84%).

Sprawy zapalne jam obocznych nosa spotyka się zatem b. często. Ciekawe jest, że nawet śluzówki, rozpoznane makroskopowo jako normalne, są prawidłowe pod względem histologicznym, jak nasze badania wykazują, jedynie w $\frac{1}{3}$ przypadków.

Wśród śluzówek, rozpoznanych makroskopowo jako patologicznie zmienione, normalnych histologicznie nie było.

Najważniejszą cechą patologicznie zmienionej śluzówki jest jej znaczna grubość. Prawie zawsze jest to wyraz toczącej się lub przebytej sprawy zapalnej.

Ogólne rozpoznania w zbadanych przypadkach są różnorodne. Ogólne sprawy zapalne zmniejszają oporność śluzówek jam obocznych nosa, sprzyjając rozwojowi w nich zapaleń.

W niektórych ostrych sprawach zapalnych (posocznice, ropnice) dochodzi do silnych zapaleń w śluzówkach, a nawet do zawałów bakteryjnych i zakrzepów w żyłach.

Udział śluzówek zatok nosa w schorzeniach ogólnych ciała uwidacznia się również w częstotliwości zmian w naczyniach krwionośnych śluzówek w przypadkach miażdżycy ogólnej, chorób serca i gruźlicy płuc.

W przypadkach, w których na sekcji rozpoznano kiłę oraz nowotwory złośliwe, spotykaliśmy w śluzówce zmiany szkliste w podścielisku, w ścianach naczyń oraz zakrzepy szkliste w ich świetle.

D-rowsi M. Płoński i M. Płońska, prosektorowi Szpitala na Czystem, za łaskawie udzieloną mi pomoc w pracy niniejszej składam serdeczne podziękowanie.

Z praktyki prywatnej.

O rentgenoterapii uwłosienia nadmiernego (*hypertrichosis* *)

Podał

S. RUBINROT (Warszawa),

b. Kierownik Zakładów Rentgenologicznych Kasy Chorych m. st. Warszawy.

Uwłosienie nadmierne należy do działu tzw.

schorzeń kosmetycznych. Pod tą nazwą rozumiemy takie zmiany w organizmie, które są bezpośrednio dostrzegalne dla wszystkich, jakkolwiek dla

*) Referat wygłoszony na zaproszenie Koła Dermatologów przy Szpitalu Starozakonnych na Czystem w Warszawie w marcu 1939 r.

obciążonego nimi osobnika nie przedstawiają istotnych zaburzeń zdrowotnych (Borak).

Jak wiadomo, nadmierny porost włosów może wystąpić w postaci uogólnionej lub też ograniczonej, umiejscowionej. Najczęściej spotykamy się z postacią samoistną uwłosienia nadmiernego umiejscowionego. W tych przypadkach istniejące w danej okolicy włoski przekształcają się stopniowo w długie i grube silnie zabarwione włosy. O ile tego rodzaju nienormalne uwłosienie stosunkowo mało krępuje mężczyznę, to doprowadza ono do rozpaczki kobiety (Bernhardt). Kobiety miewają takie uwłosienie głównie na twarzy, na piersiach, na kończynach. Najwięcej przykrości sprawia kobietom, oczywiście, nienormalne uwłosienie twarzy, i z tego powodu zwykle zwracają się one o pomoc lekarską. W wielu przypadkach można się łatwo przekonać, że pacjentki, przerażone zjawiającym się porostem, stosowały strzyżenie, elektrolizę, wyrywanie włosów (tzw. cirage), pasty epilacyjne, a nawet gołenie i w ten sposób pogarszały sytuację. Wiadomo bowiem, że pod wpływem miejscowych drażniących czynników nie tylko odrasta włos grubszy i dłuższy, lecz jednocześnie zaczyna obejmować większe przestrzenie.

Śród przyczyn tego nienormalnego porostu u kobiet należy zwrócić uwagę na czynniki dziedziczne oraz na niewątpliwą łączność ze sferą narządów rodnych. Pomijając zdecydowany typ męski niektórych kobiet (*androtichia*), wiadomo, że różne zaburzenia czynności jajników mogą sprzyjać powstawaniu uwłosienia nadmiernego. Znaczenie gruczołów płciowych wiąże się też ściśle z innymi gruczołami o wydzielaniu wewnętrznym, jak grasicą, tarczycą, nadnerczami itd., których dysfunkcja może mieć niezaprzeczalny wpływ na porost heteroseksualny.

Leczenie uwłosienia nadmiernego dotyczy głównie postaci umiejscowionej i ma na celu osiągnięcie wyniku zadowalającego pod względem kosmetycznym. Zabieg racjonalny winien dążyć do zniszczenia brodawki włosowej.

Jak wiadomo, najbardziej rozpowszechnionym zabiegiem jest elektroliza. Wykonywa się odpowiednio cienkimi igłami — biegunem ujemnym przy 2—4 miliamperach w zależności od grubości włosów. Elektroliza każdego włosa, właściwie brodawki włosowej, powinna trwać 30—50 sekund, po czym można bez bólu usunąć włos szczypczykami, jeżeli zabieg był prawidłowo wykonany. Jest rzeczą oczywistą, że powodzenie zależy głównie od wprawy operatora; zważyć jednak należy, że nawet przy dobrej technice zazwyczaj „nie udaje się” 50% epilowanych włosów, które, naturalnie, odrastają i wymagają powtórnej elektrolizy. Mając to na względzie, jak również okoliczność, że na jednym posiedzeniu nie można epilować więcej, niż 40—50 włosów, łatwo zrozumieć, że wyepilowanie nawet stosunkowo nieobfitej bródki wymaga długiego czasu i pociąga za sobą niemały wydatek (Bernhardt).

Z innych zabiegów chirurgicznych należy wspomnieć o galwanokaustyce, mikrozagadle Unn, o sztanowaniu sposobem Kromayera i o elektrokoagulacji. Wszystkie te metody są bolesne, wymagające bardzo wielkiej wprawy i, co najważniejsze, — nie są kosmetyczne, gdyż powodują powstawanie wyraźnych blizenek. To są względy, dla których pacjentki częstokroć unikają lub zaprzestają stosowania powyższych zabiegów i zmuszone są zastąpić je wyżej wspomnianymi metodami o charakterze paliatywnym, powodującymi

zwykle znaczne pogorszenie zasadniczego schorzenia (Bernhardt).

Niewielki odsetek dotkniętych tą skazą, zrozpaczonych kobiet ucieka się do leczenia promieniami Roentgena. Kierowane są one bądź przez mających kontakt i zaufanie do tej metody dermatologów, bądź przez znajome towarzyszek niedoli, które przeprowadziły to leczenie z wynikiem zadowalającym.

Działanie epilacyjne promieni R. było spostrzegane już w r. 1896, a więc wkrótce po odkryciu promieni X. Pierwsze spostrzeżenia podali Daniel Barthelémy, Broca, Freud; do ulepszenia początkowo bardzo niepewnej techniki tej metody przyczynili się szczególnie Kienböck, Holzknecht i Sabouraud. Epilacyjne działanie promieni R. na włosy tłumaczono w początkach ery rentgenowskiej w sposób następujący: Jak wiadomo, tkanki rozrastające się posiadają wskutek żywszej przemiany materii większą wrażliwość na promienie R., wobec czego są one szybciej atakowane wzgl. niszczone. W związku z tym działanie promieni na cebulki włosów jest prawie wybiórcze. Cebulki włosowe są porażone już przez takie ilości promieni, które wywołują lekki odczyn skóry pierwszego stopnia w postaci pigmentacji lub rumienia. Po wchłonięciu przez podłoże włosów dawki około 450 r. (5H), średnio miękkich, niefiltrowanych promieni następuje po 2—3 tygodniach okresu utajenia wypadnięcia włosów. Przed tym już zaznacza się działanie promieni w rozluźnieniu włosów, które łatwo i bezboleśnie mogą być wyciągnięte. Po wypadnięciu włosów następuje wyłysienie, trwające 4—6 tygodni, po czym narastają one powoli w ciągu 3—4 miesięcy. Odrastanie włosów jest orzeczalnie całkowite, o ile naświetlanie wywołało tylko ostry i przemijający zanik cebulki. Wyłysienie trwałe następuje po odczynie 3 i 4 stopnia lub też po wielokrotnym odczynie drugiego stopnia, co prowadzi do zmian zanikowych skóry. Zmiany powyższe w postaci zeszywnienia skóry, łam barwnikowych, rozstrzeni naczyń, które były częstym zjawiskiem w początkach ery rentgenowskiej przy niedostatecznie opanowanej technice naświetlania, zdyskredytowały dość szybko tę nową metodę leczenia uwłosienia nadmiernego, do której przywiązywano tyle nadziei. Toteż, zdaniem Kienböcka, stosowanie tej metody jest usprawiedliwione tylko w ciężkich przypadkach uwłosienia nadmiernego, kiedy szpecący zarost grozi kobietom ruiną warunków życiowych i szczęścia.

W czasach późniejszych sprawa ta obudziła na nowo ogólne zainteresowanie przez prace Regaud, Nogier i Weila o działaniu twardszych, filtrowanych przez metale promieni na skórę i cebulki włosowe. Autorzy ci dowiedli, że epilacja za pomocą twardszych promieni przedstawia tę zaletę, że obok prawie wybiórczego ich działania na cebulki włosowe, chronią one w wysokim stopniu skórę. Niezbędna dla osiągnięcia wyłysienia ostatecznego dawka jest przy tym znacznie mniejsza: wystarczy dawka ogólna około 1500 r (15H), podczas gdy dawka promieni miękkich niefiltrowanych wynosi około 2500 r (25H). Działanie twardszych promieni powiększa przy tym granice wrażliwości rozmaitych komórek na promieniowanie: podczas więc kiedy nadzwyczaj wrażliwa warstwa zarodni nabłonka, z której wyrasta cebulka włosowa, ulega zniszczeniu, — mniej wrażliwy nabłonek skóry i naczyń pozostaje nietknięty. Niezbędna do osiągnięcia ostatecznego wyłysienia dawkę 1500 r zadaje się na 2

Tak jest - Panie Aptekarzu - Proszę mi przysłać najlepszy przylepiec opatrunkowy jaki już miałem - to jest

POLONIAPLAST

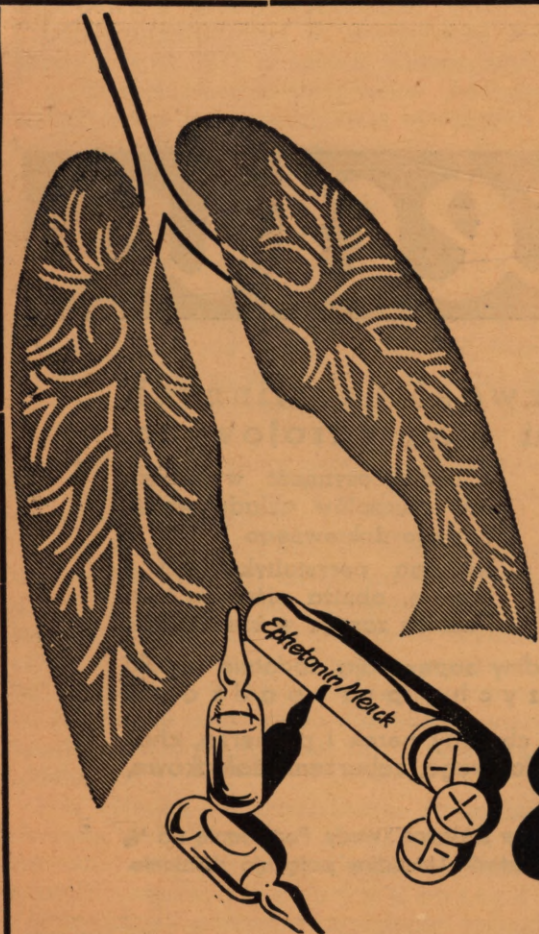


bo Poloniaplast w każdej porze roku lepi natychmiast, nie drażni skóry, jest trwały, nie zawodzi lekarza w żadnym przypadku.



Pip 6

PEBECO SPÓŁKA AKCYJNA W POZNANIU



Dychawica oskrzelowa katar sienny

i inne schorzenia alergiczne
(pokrzywka, wysypka posurowicza itd.)

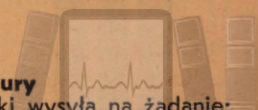
Zapalenie oskrzeli, hipotonia

Ephetonin

Merck

tabletki, ampułki
oraz proszek do receptury

Piśmiennictwo i próbki wysyła na żądanie:
Przedstaw. Działu Nauk. Zakł. Chemicznych
E. MERCK-DARMSTADT
Warszawa, ul. Tłomackie 1 m. 6, tel. 6-17-72



W każdej chwili — w każdej okoliczności

Niezbędny dla każdego Lekarza-praktyka!

Tani — wygodny — wytworny w wydaniu!

POLSKI KALENDARZ LEKARSKI

(KIESZONKOWA ENCYKLOPEDIA LEKARSKA)

Odciąża pamięć i służy w każdym przypadku wyjaśnieniami i radą.

1939 — ROCZNIK XIV.

Cieszący się ogromnym uznaniem i popularnością w sferach lekarskich i aptekarskich uległ w nowym swym wydaniu staranemu przejrzeniu i uzupełnieniu. Jako niezbędny doradca i przewodnik w codziennej praktyce lekarskiej znajdzie się niewątpliwie w ręku każdego lekarza. Objętości około 900 stron, na specjalnym bibułkowym papierze, w oprawie płóciennnej, kosztuje tylko 8.50 zł wraz z przesyłką przy przedpłacie z góry wzgl. 9.30 zł przy posyłce za pobraniem pocztowym.

Treść: Spis skrótów w tekście. — Przegląd piśmiennictwa lekarskiego za rok 1938/9. — Pielęgnowanie przyrzędów lekarskich. — Najczęstsze zabiegi lekarskie. — Pierwsza pomoc w nagłych wypadkach. — Badanie czynności nerek. — Badanie czynności wątroby. — Pomocnicze badania laboratoryjne. — Zawartość prawidłowa składników krwi. — Surowice i szczepionki. — Proteinoterapia. — Dietetyka. — Tabela strawności. — Najważniejsze środki odżywcze. — Ugrupowania pokarmów wedle ich wartości kalorycznej. — Witaminy i awitaminozy. — Racjonalne odżywianie niemowląt. — Wartość kaloryczna najważniejszych pokarmów oseska. — Prawidłowe ząbkowanie. — Ciężar i wzrost zdrowego dziecka. — Stosunek wagi ciała do wzrostu. — Kąpiele lecznicze. — Promienioleczenie. — Elektroleczenie. — Leczenie promieniami Roentgena. — Stosowanie promieni Bucky'ego. — Leczenie promieniami radu i krótkofalowymi. — Praktyczne wskazówki z zakresu położ-

nictwa. — Przeciętne wymiary położnicze. — Obliczenie terminu porodu. — Okres wylegania i zaraźliwości chorób zakaźnych. — Zatrucia. — Sekcja sądowo-lekarska. — Dział rozpoznawczo-leczniczy. — Alfabetyczny spis ważniejszych leków. — Zestawienie leków wedle ich działania. — Mieszanki niezgadające się. — Tabela dawek większych. — Zatrucie lekami. — Dawkowanie dla dzieci. — Leki przechodzące do mleka matki. — Aproksymatywna pojemność naczyń. — Tabela kroplowa. — Leki do wziewań. — Wywabianie płam po lekarstwach. — Zdrojowiska wedle wskazań leczniczych. — Klimato- i balneoterapia. — O lecnictwie nadmorskim. — Skorowidz uzdrowisk polskich i zagranicznych.

JASZKE TEODOR, prof. uniw.:

POŁOŻNICTWO LEKARZA-PRAKTYKA

Treść: Fizjologia ciąży. Osadzanie się i rozwój jaja płodowego. Zmiany ciążowe w organizmie matki. — Rozpoznanie ciąży. Dietetyka porodu. Fizjologia porodu. Przebieg prawidłowego porodu. Porody fizjologiczne o atypowym przebiegu. Mechanizm porodowy. Postępowanie lekarza w czasie porodu. Fizjologia połogu. Fizjologia i pielęgnowanie położnicy i noworodka. Przyszkioty w karmieniu i sposoby ich usuwania. Patologia ciąży. Przedwczesne przerwanie ciąży. Schorzenie matki. Patologia porodu. Zaburzenia w porodzie z powodu nieprawidłowości w kanale porodowym. Zaburzenia w porodzie z powodu nieprawidłowych bólów. Nieprawidłowy przebieg porodu z powodu anomalii jaja płodowego. Zaburzenia w III. okresie porodowym. Patologia połogu. Schorzenia położnicy. Schorzenia noworodka. Operacje położnicze. Indeks.

Bogato ilustr. na papierze bezdrzew., karton zł 15.—
w opr. płóc. zł 17.50.

Wysyła: KSIĘGARNIA NOWOŚCI WE LWOWIE, Kopernika 3.

Uricedin

połączenie alkaliów kwasów roślinnych
z podstawowymi składnikami wód zdrojowych

- potężnie rozpuszcza i wydalą kwas moczowy, zapobiegając tworzeniu się jego złożeń.
- pobudza czynność wydzielniczą gruczołów układu węgotajtywno-dokrewnego.
- przestrzaja organizm, usuwa nadkwasność i zwiększa rezerwy zasadowe krwi
- wzmacnia perystaltykę jelit i diurezę, obniża ciśnienie krwi i usuwa zastoje w krwioobiegu.

Ciągłość i wytrwałość w stosowaniu Uricediny zapewniają dodatnie wyniki nawet w najpoważniejszych przypadkach.

Wskazania: dna, gościec, rwa kulszowa, choroby nerek i pęcherza, choroby wątroby i pęcherzyka żółciowego, zaburzenia żołądkowe, zaparcie, otyłość.

Sposób użycia: 2—3 razy dziennie po łupieżce w szklance wody. Podawanie na 1/2 godz. przed jedzeniem i ciepły roztwór Uricediny potęgują działanie.

ZAKŁADY PRZEMYSŁOWE CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE
PROTON WARSZAWA UL. ŚW. STANISŁAWA 9/II

www.dlibra.wum.edu.pl

posiedzeniach, tj. po 750 r na każdym z przerwą 4—6 tygodni pomiędzy każdym. W razie nawrotu porostu zadaje się jeszcze po pewnym czasie 3-ą dawkę w ilości około 450 r.

Wyżej podana metodyka postępowania znacznie ulepszyła wyniki rentgenoterapii uwłosienia nadmiernego i znalazła szersze zastosowanie. Toteż L e n k w swoim podręczniku o leczeniu promieniami R o e n t g e n a, liczącym wiele wydań w języku niemieckim i 2 w polskim, rozdział ten ujmując w sposób następujący: „Zarzuty przeciwko leczeniu tej choroby promieniami R., a mianowicie oszpecenie przez trwałe uszkodzenie skóry stały się bezpodstawne z chwilą wprowadzenia nowoczesnej prawidłowej techniki naświetlań. Promienie R. niszczą cebulki, pochwękę i brodawki włosowe; wynikiem leczenia jest zazwyczaj trwałe wyłysienie“. Warunki techniczne, zalecane przez L e n k a zbliżone są z niewielkimi zmianami do postępowania, stosowanego przez mnie z początku w ciągu lat kilkunastu. Podany przeze mnie w moim podręczniku Rentgenologii z r. 1931 wzór leczniczy jest następujący: napięcie 130 kv, natężenie 3MA, filtr 3 mm Al., odległość ogniskowa 23 ctm, 1—4 pól naświetlania po 500 r na pole, przerwa między seriami 3 miesiące.

Jakkolwiek stosowanie promieni twardszych, filtrowanych przez sączek 3 mm grubości, dało wyniki o wiele lepsze, niż stosowanie miękkich, niefiltrowanych promieni, to jednak w przypadkach uporczywych po kilkakrotnym zadawaniu dawki rumieniowej nie zawsze udawało się uniknąć niepożądanych powikłań kosmetycznych w postaci złejszych zmian zanikowych skóry i włosówatych rozstrzeni nacyniowych. Wyniki poszukiwań wielu autorów w latach ostatnich zostały ujęte przez B o r a k a w referacie pt. „Wytyczne postępowania w praktyce lekarskiej“ (Richtlinien für die Praxis), wygłoszonym w Wiedeńskim Kollegium Lekarskim w r. 1937 w sposób następujący:

„Rentgenoterapii uwłosienia nadmiernego, która wciąż jeszcze jest przedmiotem zawziętych sporów, jakkolwiek przedstawia ona najstarsze wskazanie kosmetyki rentgenoterapeutycznej i w ogóle rentgenoterapii (F r e u n d, 1897), — należy poświęcić kilka specjalnych uwag, a mianowicie.

1. Badania S z w a r z a i F r a n k a nad wpływem twardości promieni na wrażliwość tkanek naświetlanych doprowadziły do stwierdzenia, że wbrew poprzednim poglądom nie twarde promienie, filtrowane przez ciężkie metale, są lepiej znoszone przez skórę, ale raczej promienie miękkie, przepuszczane przez lekki filtr metalowy. Okoliczność ta pociągnęła za sobą te ważne następstwa w leczeniu schorzeń kosmetycznych, że są one zasadniczo naświetlane tylko przy użyciu lekkiego filtru z aluminium.

2. Budowa dokładnych dawkomierzy umożliwiła daleko dokładniejsze dawkowanie, niż to było poprzednio. To przyczyniło się szczególnie w leczeniu schorzeń kosmetycznych do zmniejszenia czynnika niebezpieczeństwa i wzmożenia pewności osiągnięcia pomyślnego wyniku. W Wiedniu w ciągu ostatniego dziesiętka lat okazał się jako bardzo dokładny i wiarogodny dawkomierz, zbudowany przez inż. S t r a u s s a pod nazwą „Mekapion“.

3. Nauka o gromadzeniu (kumulacji) promieni doznała ważnej zmiany. Podczas kiedy dawniej przyjmowano, że wszystkie tkanki jednakowo gromadzą promieniowanie, R e g a u d i C o u t a r d dowiedli, że różne tkanki gromadzą promienie rozmaicie. Tkanki

jednowarstwowe, jednolite, jak śródbłonek naczyń, nabłonek gruczołów wydzielniczych, tkanka łączna itd., gromadzą promienie gorzej, niż tkanki wielowarstwowe, wielopostaciowe, jak naskórek, włosy, gruczoły tłuszczowe. Okoliczność, że istnieją tkanki o rozmaitej zdolności kumulacji, pociąga za sobą takie następstwa w rentgenoterapii, że duże znaczenie ma nie tylko dawka ogólna, ale również i wielkość dawek poszczególnych. W związku z tym należy stosować zasadniczo tylko małe poszczególne dawki, aby w ten sposób ochraniać naczynia. Przy takim postępowaniu wszystkie występujące odczyny tkanek są zupełnie bez znaczenia, i mogą być zadawane bezpiecznie nawet bardzo duże dawki.

Oprócz rozmaitego gromadzenia promieni przez tkanki duże znaczenie ma również i wielkość naświetlanego pola: im większe jest naświetlane pole, tym mniejsza musi być poszczególna dawka, i, odwrotnie, przy zupełnie małych polach mogą być zadawane bez zastrzeżeń nawet bardzo duże dawki. W technice naświetlania uwłosienia nadmiernego najbardziej celowe okazało się stosowanie codzienne małych dawek, jak to zalecał pierwotnie F r e u n d.

Na podstawie wyżej wymienionych technicznych ulepszeń i odpowiednio do biologii promieni zmienionego postępowania udaje się w ciągu jednej serii osiągnąć zadowalający trwały wynik. Dodać należy, że dla zabezpieczenia uszkodzeń śluzówki jamy ustnej, należy ją pędzlować przed każdym naświetlaniem roztworem adrenaliny. W ten sposób osiąga się, jak to pierwotnie wykazał S z w a r z, odkrwienie tkanek, co prowadzi za sobą znaczne zmniejszenie ich wrażliwości na promienie“.

Przytoczone tutaj w obszerniejszym streszczeniu wyniki, osiągnięte przez tak doświadczonego rentgenologa, jak B o r a k, są argumentem przekonującym, że metoda rentgenoterapii uwłosienia nadmiernego posiada ważne podstawy, uzasadniające zarówno pod względem naukowym, jak i praktycznym jej prawo obywatelstwa w leczeniu tego schorzenia. Metoda B o r a k a odbiega od ogólnie do tego czasu stosowanego postępowania. Tak więc np. jeszcze w r. 1933 H o l t h u s e n w swojej pracy o dawkowaniu promieni R. wypowiada się w sposób następujący: „W naświetlaniu chorób skórnych okazało się celowe w większości przypadków droczenie dawek, stanowiących razem jedną serię. Tylko w niektórych przypadkach, jak np. dla epilacji, zadaje się całą dawkę od razu. O ile nie było przedawkowania, nie ma przeciwwskazania do powtarzania tej dawki“.

Zalecane przez B o r a k a droczenie dawki przy jednoczesnym jej powiększeniu znajduje potwierdzenie w ogólnie dziś stosowanej metodyce droczenia dawki w leczeniu nowotworów złośliwych. Jak wiadomo, postępowanie takie pozwala na zadawanie dawek olbrzymich, kilkanaście razy przewyższających dawkę rumieniową, bez większego uszkodzenia skóry nawet w miejscach tak wrażliwych, jak np. skóra na szyi. Należy się spodziewać, że stosowanie metodyki B o r a k a przyczyni się do uniknięcia tych niepożądanych zmian skórnych, jakich dotychczas niekiedy nie udaje się uniknąć pomimo skrupulatnego stosowania ogólnie przyjętej techniki naświetlania.

Przechodzę teraz do mego materiału osobistego. Liczba naświetlanych przeze mnie z powodu nadmiernego uwłosienia pacjentek wynosi w okresie mniej więcej 25 lat około 300 przypadków. W okresie ostatnich

4 lat liczba ta wynosi 39 pacjentek, których historie choroby poddałem bliższemu rozpatrzeniu. Były to przeważnie przypadki ciężkiej hipertrichozy, często o typie zupełnie męskiej brody. Pacjentki niekiedy przybierały, ukrywając twarz pod gęstą wulką albo nastawionym kołnierzem. Wiele stosowało uprzednio elektrolizę, po której skóra była upstrzona bliznami z jednocześnie znacznie wzmożonym porostem włosów. Niektóre goliły brody i miały męską szorstką skórę o sinawym zabarwieniu. Większość poddawała się usuwaniu włosów za pomocą maski z gorącego wosku (cira-ge), powtarzając ten zabieg nawet kilkakrotnie w tygodniu i znosząc za każdym razem ból przy raptownym wyrwaniu dużej ilości włosów. Wszystkie były zrozpaczone tym fizycznym upośledzeniem, które nasuwało im niekiedy nawet myśli samobójcze.

Z liczby 39 omawianych przypadków 6, tj. 15%, było skierowanych do mnie przez lekarzy-dermatologów, 12, tj. 30%, przyjeżdżało z różnych, nieraz bardzo odległych dzielnic, poinformowane — podobnie, zresztą, jak i pacjentki miejscowe — o pomyślnych wynikach kuracji przez dawniejsze moje pacjentki. 14 pacjentek, tj. 30%, pobrało tylko jedną serię naświetlań z pomyślnym wynikiem, 11, tj. 28%, — 2 serie, 6 pacjentek — 3 serie, 4 pac. — 4 serie, 3 p. — 5 serii i jedna — 6 serii. Z ogólnej więc liczby 39 pacjentek dla 25, tj. 64%, wystarczyło 1—2 serii do osiągnięcia wyniku zadowalającego. W stosunku do ogółu moich pacjentek w liczbie około 300 odsetek ten jeszcze się powiększy.

W omawianej grupie pacjentek stosowałem promienie miększe, niż dawniej, filtrowane przez 1 mm aluminium. Dawkomierz „Metapion“ Straussa. Całkowita dawka rumieniowa zadawana była od razu na jednym posiedzeniu w ciągu 12—15 min. z kilkudniowymi przerwami pomiędzy posiedzeniami przy zaroście okalającym. W grupach dawniejszych stosowałem filtr aluminiowy 3 mm grubości, przy czym wobec dłuższych trwających seansów stosowałem drobienie dawki na 3 posiedzenia. Metodę tę zarzuciłem od czasu wszechświatowego zjazdu radiologów w Paryżu w r. 1931 w myśl referatu radiologów włoskich, którzy temat ten omawiali, zalecając promienie większe. Promieni niefiltrowanych nie stosowałem nigdy nawet w początkowym okresie stosowania tej metody.

Z uzyskanych wyników pacjentki były na ogół zadowolone. Objawy uboczne odczynu w postaci obrzmienia twarzy lub uczucia suchości ustępowały zawsze po stosowaniu łagodnych wilgotnych okładów lub płukania.

Powikłań następnych w postaci oparzeń lub głębszych zmian zanikowych skóry nie spostrzegałem nigdy. Występujące niekiedy włosowate rozstrzenie naczyń w postaci nikłych czerwonych żyłek często nie były nawet dostrzegane przez pacjentki, które cieszyły się, że pozbyły się zmory swego życia. W kilku przypadkach większych rozstrzeni naczyniowych stosowałem przyżeganie igłą pod prądem wysokiej częstotliwości, pod którym ginęły one bez śladu. Metodę Bo-

raka dawkowania drobnego stosuję dopiero od niedawna i wynikami jej na razie nie mogę się podzielić. Odkrwienia śluzówki za pomocą adrenaliny nie stosowałem dotychczas, ponieważ spostrzegany przeze mnie odczyn śluzówki jamy ustnej nigdy nie był zbyt silny.

Z ogólnej liczby około 300 przypadków uwłosienia nadmiernego, leczonych przeze mnie w ciągu całego okresu mojej praktyki rentgenologicznej, tylko w 2 przypadkach, tj. w około 0,7%, spostrzegałem obrażenia głębsze w postaci odczynu 3-go stopnia ze zgorzelą skóry. W przypadku pierwszym wystąpiła ograniczona zgorzel skóry na przestrzeni około 8 cm² na grzbiecie przedramienia, przy czym wyniki naświetlania twarzy u tejże pacjentki przy zastosowaniu identycznej techniki były wręcz doskonałe. W przypadku drugim mniej poważne zmiany wystąpiły po jednej stronie podbródka. Obydwa te przypadki, przebiegające niezwykle opornie pod względem leczenia, nasuwają, zdaniem moim, koncepcję złej woli ze strony pacjentek.

Taki jest obecny stan zagadnienia rentgenoterapii uwłosienia nadmiernego na podstawie piśmiennictwa i spostrzeżeń wybitniejszych autorów oraz własnego mego doświadczenia. Schorzenie to, jakkolwiek natury kosmetycznej, prowadzi często przez swoje zewnętrzne cechy hermafrodytyzmu do urazu psychicznego i grozi — jak to powiedział Kienböck — ruiną szczęścia osobistego i warunków życiowych. Potwierdzeniem powyższego są otrzymywane często przeze mnie listy pacjentek z prowincji, zgłaszających się do leczenia. „Chciałabym bardzo pozbyć się zbędnego uwłosienia, ponieważ to utrudnia mi pracę w moim zawodzie handlowym“ pisze jedna. „Jest to dla mnie wprost kwestią życiową“.. pisze inna. Kobiet takich jest tysiące, zmuszonych do ukrywania swej skazy przed oczyma otoczenia, poddających się z rezygnacją torturom wyrwania włosów lub elektrolizy. Usiłowania przyjęcia im z pomocą są humanitarnym nakazem medycyny. W takim stanie rzeczy metoda rentgenoterapii, dająca w przeważającej większości przypadków wyniki pomyślne i znajdująca się wciąż jeszcze w okresie dalszego rozwoju, nie może być *a priori* ani potępiona, ani odrzucona, jak głoszą niektórzy dermatolodzy. Jest to wciąż jeszcze problem otwarty. Wyrzekanie się dążenia do doskonalenia uzasadnionej metody leczenia przeczy postulatowi postępu w medycynie i przeczy historii medycyny, która zna wiele przypadków rehabilitacji koncepcji lub metod leczniczych, uprzednio odrzuconych lub potępionych.

PIŚMIENNICTWO.

R. Bernhardt. Choroby skóry. Warszawa 1922. — J. Borak. Die Röntgenstrahlen im Dienste der Kosmetik. Wiener Klinische Wochenschrift, 1937, 45. — H. Holthusen. Grundlagen und Praxis der Röntgenstrahlen-Dosierung. Lipsk 1933. — R. Lenk. O leczeniu promieniami Röntgena. Wydanie II. Kraków, 1929. — S. Rubinrot. Zarys Rentgenologii. Warszawa, 1931. — H. Schmidt. Röntgen-Therapie. Berlin, 1915. — J. Wetterer. Handbuch der Röntgentherapie. Lipsk, 1914.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i pogładowe.

Postępy gastrologii w r. 1938.

Podał

Dr med. Antoni WAJNGOT (Warszawa).

Schorzenia przełyku. Przypominając za-

wodność rentgeno- i radioterapii w schorzeniach nowotworowych tego narządu przy równoczesnych olbrzymich trudnościach operacyjnych, Bernay przedstawił szereg przypadków raka przełyku, leczonych palia-

tywnie z dobrym .
Plumera (1).
przełyku na ogół ma nie
nia przerzutów i że pozostawia
a nieraz i lata życia, należy opowia
powaniem Bernaya, które zapewnia
żywian'a się *per vias naturales*, pozwala u
toki chirurgicznej i wywiera dodatni wpływ na
kę chorych.

U mber (2) w swej pracy monograficznej o uchy
kach przewodu pokarmowego zajmuje się semiologią
tego cierpienia w obrębie przełyku i stwierdza, iż prze
biega ono często pod maską napadów dławicy piersio
wej, nie ustępujących pod wpływem nitrytów, a znika
jących natychmiast po zrzućeniu zalegającej w uchyłku
treści. U mber doradza leczenie zachowawcze środ
kami przeciwkurczowymi, płukaniem uchyłków itd.,
rezerwując niezwykle trudny zabieg operacyjny dla
przypadków najcięższych i całkowicie opornych na le
czenie internistyczne.

Schorzenia żołądka i dwunastnicy.
Zagadnienia ogólne. Castle i jego współpracownicy
rozwijają w dalszym ciągu poglądy Castlea i na
korzyść teorii o czynniku zewnętrznym i wewnętr
znym, jako koniecznych regulatorach erytropoezy. przy
taczają dalsze spostrzeżenia nad leczniczym działaniem
mięsa wołowego i prawidłowego soku żołądkowego w
niedokrewności złośliwej (3).

Grüss (4) podnosi, iż nie cała śluzówka żołąd
ka, lecz tylko gruczoły przyodźwiernikowe stanowią
punctum salicus przeciwanemicznego działania żołąd
ka. Podkreśla tenże szczegół Porges (5), powołując
się na swe dawne prace kliniczno-histopatologiczne, po
twierdzone w ostatnich latach gastroskopowo przez
Moutiera.

Podobny pogląd na zasadzie obserwacji szeregu
chorych po wycięciu żołądka reprezentuje Annes
Dias (6), tworząc nawet nowy termin — *agastria* —
dla tych stanów, w których brak odpowiedniej części
żołądka powoduje typowe zespoły kliniczne z niedo
krewnością na czole. Zespoły powyższe otrzymują swój
nozologiczny wykładnik przy szczególnie starannej ana
lizie fizjopatologicznej po zabiegu. Badania lat ostatnich
udowodniły, że żołądek, poza znanymi od dawna kwa
sem solnym, pepsyną i chymozyną, produkuje i wydzie
la do krwi również i 1) „hormon“ przeciwanemiczny,
2) Cholecystokinę (Ivy), 3) Sekretynę, pobudzającą
trzustkę, 4) enterogastrynę, działającą pod wpływem
tłuszczów na perystaltykę, oraz 5) insulinobodzącą du
odeninę. Stąd zrozumiałe się stają obrazy pooperacyj
nej „agastrii“, przebiegające pod postacią zakażeń, en
dotoksykozy, niedokrewności różnego typu, awitaminozy
B lub hipohormonozy.

Sprawę odmiennego zachowania się różnych od
cinków żołądka pod względem wydzielniczym pogłęбили
Fischer i Schechter (7), stosując diagnostycz
nie zgłębnik dwudzielny, którego odcinki dożołądkowe
zagłębiały się na różne odległości. Pobierając równo
cześnie treść żołądkową z różnych okolic, autorzy prze
konali się, iż odcinki żołądka, położone wzdłuż „drogi
żołądkowej“ (Magenstrasse), tj. w tej okolicy, w któ
rej najczęściej występuje wrzód trawienny, wykazują
wyższą kwasotę zarówno na czczo, jak i po śniadaniu
próbny w porównaniu z innymi okolicami.

Dimitrin, Tanasoca, Popovici (8) za
jęły się zagadnieniem patogenetyz bólów żołądka i dwu
nastnicy, posługując się nader pomysłowym przyrzą

ł
w.

wrzo

nienia, dlatego też nie znają
szym artykule. Natomiast w zakre
czyniono szereg interesujących nowych p
no dawne metody.

Meulengracht przed dwoma laty ogłosił no
wą metodę leczenia krwotoków żołądkowych obfitą
dieta. Ostatnio Witts (10) napisał na ten temat en
tuzjastyczny artykuł, podając, iż na 50 przypadków
krwotoków wrzodowych żołądka nie miał ani jednego
zejścia śmiertelnego; autor ten zmodyfikował nieco
dieta Meulengrachta.

Przytaczam schemat diety Wittsa ze względów
czysto praktycznych.

Jest ona następująca: 1-y dzień: a) 150 gr mleka,
płatki owsiane, gotowana kapusta, b) 1 jajko w 150 gr
mleka, c) 150 gr mleka, 30 gr słodzonych owoców,
d) 30 gr soku owocowego, purée z jarzyn, 30 gr śmie
tanki, e) jajko w mleku, owoce cukrzane, f) 150 gr
mleka, 30 gr owoców cukrzanych, g) jak e), h) jak f).
Razem ok. 2500 kalorii.

Drugiego dnia dieta wyniesie 3100 kal. przez doda
tek białego chleba bez skórki i biszkoptów; trzeciego
sięgnie 3600 kal. dzięki zwiększeniu ilości tychże do
datków. Posiłki podaje się co 2 godziny, w przerwach
wolno pić rozcieńczony sok owocowy lub mleko; zasady
podaje się tylko podczas bólów: jako środek przeczys
zczający wolno stosować jedynie olej parafinowy.
Dieta powyższa można stosować szereg dni, w razie
potrzeby uzupełnia się ją przetoczeniem krwi.

R. Singer (11), usiłując znaleźć usprawiedli
wienie naukowe doskonałych wyników diety Meulen
grachta i jej modyfikacji, zajął się gospodarką wita
minową w przebiegu wrzodu krwotocznego i stwierdził
hipowitaminozę C. Odkrycie to było bodźcem dla De
molé i Guyla (12), którzy dodawali kwas askorbi
nowy do wstrzykiwań histydyny, przy czym osiągnęli
jakoby lepsze wyniki, niż przy pomocy samej histy
dyny.

Specht (13), wychodząc z założenia ochronnej
czynności białka, podawał w krwotokach duże dawki
surowicy krwi doustnie (do 200 cm³ dziennie). Abra
mowicz i Turgiel (14) mieli dobre wyniki z czę
stych, niezbyt obfitych (100 cm³) transfuzji hemosta
tycznych.

Nawracając do dawnych prób leczenia pepsyną,
Weidlinger (15) wstrzykiwał co dzień po 1/10
cm³ soku żołądkowego chorym na różne sprawy
w żołądku i dwunastnicy i uzyskał znaczną poprawę
subiektywną we wrzodach dwunastnicy i nieżycie z
nadkwaśnością. brak było natomiast tego efektu we
wrzodzie żołądka i nieżytach z podkwaśnością lub bez

...kutygodniowych
...ie i jakby zaciśnię-
...ali perystaltycznej na
...tównoczesne i okoliczne
...wkwowych. W kazuistyce Gut-
...padki, w których ani *intra operatio-*
...badaniu makroskopowym wyciętej częś-
...nie stwierdzono zmian, a dopiero badanie
...giczne potwierdziło rozpoznanie. Nie trzeba do-
...wać, iż objawy kliniczne w szeregu spośród tych przy-
...padków były zupełnie nikłe.

Inne schorzenia żołądka i dwunast-
nicy.

Wilbur i Washburn (30) podali sympto-
matologię tzw. wymiotów czynnościowych. Zjawiają
się one najczęściej u młodych, „nerwowych“, często i w
zakresie innych organów wegetatywnie napiętnowanych
kobiet, występują bez uchwytnej przyczyny w dłuższy
czas po jedzeniu, nie upośledzają łaknienia i dobrosta-
nu. Wyniki badań pomocniczych są ujemne. W rozpo-
znaniu różnicowym uwzględnić należy migrenę, ciążę,
uczulenie pokarmowe, chorobę Basedowa i Addisona,
przełomy wędrowe, mocznice, wzmożenie ciś-
nienia śródczaszkowego. Leczenie polega na podawaniu
przetworów bromu i koźlaka, psychoterapii, niekiedy
posuniętej aż do pozorowanych zabiegów w narkozie,
oraz karmieniu suchymi pokarmami przy równoczes-
nym doprowadzeniu wody dożylnie lub doodbytniczo.

O uchyłkach dwunastnicy pisze we wspomnianej
już pracy (2) Umber. Przebiegają one, według tego
autora, często bezobjawowo; o ile sięgają dużych roz-
miarów i kierują się ku górze, dają duże dolegliwości.
Rozpoznanie ustala wyłącznie zdjęcie rentgenowskie.
Leczenie polega na stosowaniu diety „wrzodowej“
(oczywiście, nie w sensie Meulengracha, lecz
starego typu), pokrzyku, częstych okładów, a w razie
powikłań — na zabiegu operacyjnym.

Studia gastroskopowe prowadzili Moutier (31, 32), który podał nowe szczegóły rozpoznaw-
cze w nieżytach żołądka i przestudiował obraz okolicy
przywpułkowej. Chevalier (33), któremu udało się
rozpoznać kilkakrotnie raka żołądka przy pomocy
wziernikowania żołądka przy braku innych cech roz-
poznawczych, Gaither i Borlann (34), którzy po-
twierdzili omówione już znaczenie różnych części żo-
łądka dla patogenyzy niedokrewności, i Dobryszyc-
ki (35). Ostatniemu udało się rozpoznać gastroskopo-
wo „nieme“ lub nietypowe wrzody żołądka. Douth-
wait i Lintot (36) badali zachowanie się śluzówki
żołądka pod wpływem różnych bodźców, pokarmowych
i farmakologicznych. Histaminę w tym samym sensie
przebadali Moutier (37).

Z badań tych wynika, iż sokopędne i przekrwien-
ne działanie różnych bodźców bynajmniej nie idą w po-
rze.

(Dok. nast.).

Oceny książek.

Prof. Kurt KOLLE. *Psychiatrie*. Ein Lehrbuch für Studieren-
de und Ärzte. Seiten 415 mit 5 Bildern. Verlag Urban und
Schwarzenberg. Berlin und Wien 1939.

Kolle, neurolog frankfurcki, zaryzykował napisanie „Psy-
chiatрії“, nie bacząc na nadmiar podręczników na niemieckim
rynku księgarskim różnego typu, zaczynając od krótkich w ro-
dzaju Raeckego, Meyera, Langego, Fuhrmann-
Korbscha, a kończąc na Kraepelinie, Bleulerze

i Bumkem. Wprawdzie prof. Kolle nazywa siebie na
okładce „Nervenarzt in Frankfurt“, ale z każdej stronicy widać
doświadczonego klinicznie i terapeutycznie psychiatrę. Pamiętają
zapewne niektórzy jego ciekawą dużą monografię z okresu do-
century w Kilonii z r. 1931 (*Die primäre Verrücktheit. Psycho-
pathologische, klinische und genealogische Untersuchungen*), któ-
rą zainaugurował w Niemczech pierwszy tom nowego poważnego
wydawnictwa, dotąd rozwijającego się i kwitnącego: *Sammlung*

*) Tuż po złożeniu niniejszego artykułu ukazała się
książka Gutmanna p.t. „Wczesny rak żołądka“ (po fran-
cusku).

CORAMINA „CIBA”

Lek pobudzający oddech i krążenie.



Krople

Ampułki
o 1,7 i 5,5 cm³

Zapaść

Zatrucia

Choroby zakaźne

Ostra i przewlekła niewydolność krążenia

Nieszczęśliwe wypadki

(ratowanie topielców, porażonych prądem elektrycznym itp.)

Zamartwica noworodków

Pomocniczo w terapii naparstnicowej

W przewlekłych schorzeniach:

małe dawki: 3 x dziennie 10 – 30 kropeł doustnie wzgl.
1 – 3 amp. po 1,7 cm³ podskórnie lub do-
mięśniowo.

W ostrych sprawach, nagłych wypadkach i zatruciach:

duże dawki: 5 – 15 cm³ dożylnie
i 5 – 15 cm³ domięśniowo.



Pabianicka Spółka Akcyjna Przemysłu Chemicznego, Pabianice.



www.dlibra.w491a.edu.pl

CIBALGINA „CIBA”

Lek przeciwbólowy, przeciwgorączkowy i uspokajający.

Tabletki
Proszek



Krople
Ampułki

Bóle głowy, zębów, uszu itp.

Bóle pooperacyjne i pourazowe

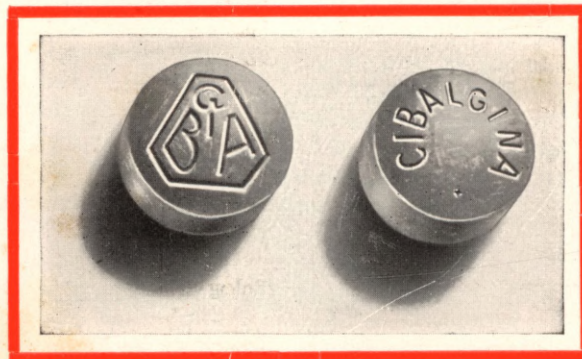
Bolesne miesiączkowanie

Bóle towarzyszące stanom gorączkowym

Kolki żółciowe i nerkowe

Kuracje odwykowe (morfina)

CIBALGINA często może zastąpić morfinę.



Obecnie każda oryginalna tabletką **CIBALGINY** zaopatrzona jest w powyższe znaki.



Pabianicka Spółka Akcyjna Przemysłu Chemicznego, Pabianice.

www.dlibra.wum.edu.pl

psychiatrischer und neurologischer Einzeldarstellungen pod auspicjami wydawcy G. Thiemego i redaktorów Bostroema i Langego. Kolle wyraźnie w przedmowie zaznacza i podkreśla, że pisze podręcznik dla lekarzy i studentów, gdyż każdy medyk winien znać zasady i podstawy psychiatrii tak, jak każdego innego działu składowego medycyny. — Rozkład materiału wykładowego — autor szereg lat wykładał studentom psychiatrię — uchyla się w kilku miejscach od przyjętej formy. W pierwszych kilku wstępnych rozdziałach omawia K. znaczenie psychiatrii w klinice, biologię, osobowość i środowisko w psychiatrii, podaje różne definicje anomalii duchowych; w ostatnich końcowych rozdziałach kreśli przejrzysty rzut oka na powstanie racjonalnej systematyki (Kraepelin, Bleuler, Kleist) i diagnostyki, na zadania i kierunki przyszłej psychiatrii. Dwa te rozdziały są dla znającego historię psychiatrii bardzo ciekawe i ze znajomością rzeczy napisane, przy czym uwypuklono i uzasadniono wielkie zasługi Kraepelina dla nowoczesnej nauki o chorobach umysłowych. — Część szczegółowa podręcznika obejmuje w oddzielnych kolejnych rozdziałach: psychopatie i nerwice (dobrze opracowane), otępienie, psychozy afektywne, schizofrenię, padaczkę (dobrze opracowane), paraliż postępujący, starcze choroby umysłowe, psychozy symptomatyczne i terapię. 3 rozdziały, sumiennie opracowane, poświęcone zostały psychiatrii społecznej, sądowo-lekarskiej i wojskowej. Każdemu z tych kilkunastu rozdziałów towarzyszy odnośny wykaz bibliograficzny podstawowych prac i czasopism, wprawdzie wyłącznie niemieckich.

H. Higier.

Prof. Robert GAUPP. *Emil Kraepelin. Der Mann und sein Werk in ihrer Bedeutung für die psychiatrische Forschung der Gegenwart.* (Wyd. J. Springer Berlin. 1939. Cena RM. 1.80).

Znany psychiatra Robert Gaupp słusznie uważał za wskazane na Zjeździe Neurolog. psychiatr. w Kolonii przypomnieć i unaooczyć neurologom i psychiatrom wielkie zasługi, teoretyczne i praktyczne, wielkiego współczesnego psychiatry niemieckiego, przed kilkunastu laty zmarłego E. Kraepelina, który od roku 1886 dzierżył poniekąd w swoich rękach berło psychiatrii niemieckiej — a częściowo i psychologii eksperymentalnej —, pracując w Dorpacie, Heidelbergu i Monachium. — Dorpat ze znakomitym uniwersytetem niemieckim, do którego Kraepelin dostał się w r. 1886 jako najmłodszy profesor niespodzianie via Lipsk przy wielkiej konkurencji kandydatów dzięki wstawiennictwu Wilhelma Wundta, rozgłosił, puszczając na rynek wszechświatowy swoją jednotomową oryginalną „Psychiatrię” i pierwsze zeszyty wydawnictwa doświadczalnych „Psychologische Arbeiten”; Heidelberg upamiętnił długim szeregiem klasycznych prac przy współudziale głośniejszych asystentów, późniejszych uczonych, na których czele wymienić wypada prof. Niessla, Alzheimera i Aschaffenburga, trzytomowym podręcznikiem psychiatrycznym, propaganda naukową antyalkoholizmu i wprowadzeniem kinematogramów do psychiatrii i jej pograniczy; wreszcie Monachium wstawił stworzeniem głośniejszym na świat cały „Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie”, której dyrektorem sam został, zatrudniając dziesiątki docentów i profesorów w najróżnorodniejszych pododdziałach psychiatrii, neurologii, psychologii, genetyki itd. — Dzięki Kraepelinowi, którego Monachium uczciło placem i ulicą jego imienia, psychiatria niemiecka przez długi szereg lat rejdowała na całym kontynencie europejskim, a może i na całym świecie, gdzie panowała nauka ścisła o chorobach umysłowych, a podstawy i koncepcje jego znajdują odzwierciedlenie swoje zarówno w podręcznikach francuskich i angielskich, jak polskich i rosyjskich. — Był to uczony, który od zarania swojej działalności. — a słuchałem jego pięknych wykładów wówczas w Dorpacie jako asystent — miał odwagę tworzenia nowych pojęć i form, ale też odwagę publicz-

negu wycofania się z nich, gdy nie odpowiadały jego nowym koncepcjom. — Byli jego uczniowie z Polski — a jest ich немало — nabydą niewątpliwie tę taną broszurę prof. Gauppa i z oryginału przypomną sobie to i owo z bliskiej i odległej przeszłości, a mniej zainteresowani znajdą w polskim piśmiennictwie (Rocznik Psychiatryczny) skrót obszerniejszego przemówienia pośmiertnego, jakie niżej podpisany wygłosił, a niestety nie ogłosił, charakteryzując w swoim czasie w Tow. Psychiatr. i Tow. Neurol. Kraepelina jako człowieka i nauczyciela, jako psychiatrę i psychologa, jako uczonogo i społecznika. Referując prof. Gauppa życiorys Kraepelina, nie mogę się powstrzymać od kilku reminiscencji osobistych z epoki dorpacskiej, gdy sława jego znajdowała się jeszcze w stanie utajonym, *in statu nascendi*. 1) Panował w klinice, w pracowni i w domu profesora miły i przyjazny stosunek do współpracujących z nim Polaków, o czym wspominał sam, żegnając słuchaczy, z racji opuszczania Dorpatu po zaproszeniu wielce zaszczytnym senatu na profesora psychiatrii w Heidelbergu, stojącym wówczas na czele wszechnic niemieckich. 2) Z okresu studenckiego swojego zawdzięczać Mu osobiście odznaczenie mojej pracy konkursowej do nagrody i zakwalifikowania jej do Wundts Philosophische Studien. 3) Z okresu doktoranckiego miłe mi jest wspomnienie o proponowaniu siebie na Przewodniczącego Komisji 3 oficjalnych oponentów z łona profesorskiego podczas uroczystej obrony dysertacji mojej w auli na tytuł naukowy Dr med. 4) Z okresu mojej wolnej praktyki lekarskiej utkwiło mi w pamięci kilka drobnych faktów: a) proponowanie mi nieoficjalnie przeniesienia się do Heidelberga do kliniki psychiatrycznej lub do neurologicznej Erba; b) ciepłe polecenie listowne mnie do Naczelnego lekarza Szpita. Jana Bożego, znanego psychiatrom zagranicznym Rothego, i do Inspektora Lekarskiego prof. anatomii Czausowa o przydzielenie mnie do personelu budującego się szpitala w Tworkach i c) zaaprobowanie mojej „Klasyfikacji niedorozwoju umysłowego” z r. 1910 i wciągnięcie jej do swojej „Psychiatrii”.

H. Higier.

A. SOUQUES. *Étapes de la Neurologie dans l'antiquité grecque (d'Homère à Galen).* Pages 246, 1937, Masson et Cie. Paris. Prix 45 francs.

Souques, lat blisko 40 znany jako znakomity neurolog, uczeń Charcota, jeden z lepszych i płodniejszych pracowników z Salpêtrière, członek Akademii Lekarskiej Paryskiej, był bardzo popularny w swoich młodych latach jako tłumacz z angielskiego na francuski jednego jedynego zachowanego egzemplarza klasycznej starej pracy Parkinsona o *paralysis agitans* z początku 19-go stulecia, którą się zachwycał jego mistrz Charcot. — Ta żyłka historyczna tkwiła snąc w młodym neuropatologu oddawna, a ostatnio poświęcił się on prawie całkowicie historii medycyny. Traktuje ją widocznie jako pogranicze neurologii klinicznej, gdyż tematy wybiera z historii neuropatologii i dzieli się swoim materiałem historycznym ze swoimi dawnymi klinikami nerwowymi, wygłaszając tu i owdzie odczyty w Salpêtrière, i ogłaszając fragmenty ich w *Revue Neurologique*. — Ostatnio wydał ów subtelny neurolog i świetny filolog w jednej osobie nakładem swojego dawnego wydawcy większą, bardzo cenną monografię o etapach neurologii w Grecji starożytnej. — Muszę na wstępie dodać, że studium obejmuje okres od Homera do upadku imperium rzymskiego, czyli okragłe 15 stuleci. Dydaktycznie dzieli Souques ten długi okres na 7 etapów, którym poszczególne poświęca rozdziały 1) Okres od Homera do Hippokratesa, stanowi poniekąd okres neurologii „filozoficznej”, empirycznej, animistyczno-religijnej, powstałej na gruzach medycyny ludowej i świątyniowej, szkoły Asklepiadów. Wysuwa się na pierwszy plan Alkmeon

z Krotonu. Dzięki wiwisekcjom na zwierzętach dochodzi on do wniosku, że mózg jest siedliskiem centralnym zmysłów, nie zaś serce. Demokrytes z Abdery wykańcza słynną teorię atomów, która odgrywała wielką rolę w jego hipotezie przewodnictwa fizjologicznego substancji „nerwowej” i substancji „sercowej” (światopogląd atomistyczny). 2) Okres Hippokratesa z wyspy Kos. Hippokrates, ojciec medycyny, najznakomitszy z szeregu siedmiu lekarzy jednoimienników (430—377), zwany „boskim”, lekarz z Bożej łaski, któremu wykształcenie w młodych latach dano nie tylko w medycynie, ale też w astronomii, meteorologii, matematyce, literaturze i filozofii. Mimo bardzo rudymen tarnej wiedzy z anatomii i fizjologii genialny ów lekarz zna klinicznie skrzyżowane porażenia ruchowe, czuciowe i dotykowe, zależne od spraw mózgowych, po stronie n.ózu przeciwległej, zna zapalenie opon urazowe i uszne, udary mózgu nagłe i powolne, padaczkę ogólną i częściową bez domieszki czynnika świętości (*morbis sacer*), zna ślepotę, znikającą pod wpływem trepanacji, odbarczającej mózg, opisuje tężec, migrenę oczną, alkoholowe zaburzenia mózgu, histerię w związku z wędrowną macicą, okresowość psychoz i usposobienie dziecięce do nich, zna stany melancholijne i hipochondryczne, opętanie i stany lękowe, paraplegię i tetraplegię uciskowe, kontuzyjne i komocyjne, nerwobóle nóg, nie obce mu są porażenia w przebiegu błonicy, zaniki mięśni przystawowego pochodzenia, obraz spondylityczny choroby Potta, biologię i patologię humoralną, wpływy meteorologiczne w nozografii chorób mózgowo-rdzeniowych. 3) Okres od Hippokratesa do Herophila z filozofią dedukcyjno-idealistyczną Platona, obrazową Arystotelesa teorią snu, marzeń sennych, somnambulizmu, iluzji, halucynacji, paramnezji, z terapią Dioklesa i Proxagora wymiotną, przeczyszczającą i krwiopustną. Szkoła dogmatyków i empiryków. 4) Okres anatoma Herophila z Chalcedonii i Erasistratesa z wyspy Keos. Odkryto w tym okresie zatoki oponowe, głównie zatokę pionową czyli tłoczną (*torcular Herophili*), twardą i miękką oponę mózgu z wyjątkiem pajęczynówki, *rete admirabile vasorum*, *foramen Monro*, *calamus scriptorius*, *plexus chorioideus* komór mózgu, krążenie żyłne mózgowia, rolę intelektualną zwojów mózgu i rolę koordynacyjną zwojów mózdzku, poznano główne nerwy obwodowe i zgruba ich przebieg, odróżniono nerwy ruchowe od czuciowych, czaszkowe od rdzeniowych. Hipoteza *pneuma vitale s. animale*, *pneuma intellectuale s. psychicum*, hipoteza krwi jako twórczyni ciepła, energii i życia. Okres ten, krótki na miarę życia człowieka, jest wzniosły na całe wieki z wielką szkołą aleksandryjską, posiadającą królewskie stypendia, wspaniałe biblioteki i muzea Ptolomeuszów egipskich. 5) Okres od Herophila do Galena. Panowanie poważnych lekarzy greckich w Rzymie oraz Korneliusza Celsa, rodowitego Rzymianina, autora wielkiej księgi przyrodoznawstwa, włączającej

i medycynę, Celsa studiującego 400 lat po śmierci Herophila w jego Akademii aleksandryjskiej. Sekta metodyków i pneumatyków, wyprzedzających swoją hipotezę pneumatyczną późniejszy archeus Van Helmonta i jeszcze późniejszą, prawie nowoczesną zasadę życiową Bartheza. — Rufus z Efezu notuje zmniejszanie się guzów złośliwych pod wpływem gorączki, przeczuwając leczenie sztucznym wywołaniem gorączki w terapii wewnętrznej i psychiatrycznej. Dokładny opis epilepsji i różniczkowanie jej od hysterii, zwanej wówczas macinnictwem. Wyodrębnienie apopleksji mózgowej jako jednostki chorobowej wśród innych zachorzeń mózgu. Podział chorób zasadniczo na ostre i przewlekłe. Aretaeusa diagnostyka hemiplegii skrzyżowanej mózgu i nieskrzyżowanej rdzenia, odróżnienie dyzartrii od afazji, tężca i tężyczki od wścieklizny, studiowanie zżerzenia i rozszerzenia żreń, rozróżnianie w dziedzinie ostrego *delirium febrile phrenitis* od letargizmu. Opis dokładny infantylizmu, opętania, półpaśca, *satyriasis*, priapizmu, *spermatorrhoea*. Obok lekarzy z zawodu grasują wśród niewolników praktycy-pasterze, znachorzy-partacze, czarodzieje-cyrulicy bez wykształcenia specjalnego. 6) Okres Galena z Pergamonu, znany z ciekawych koncepcji filozoficznych (*pneuma psychicum*, *spiritus animalis*). Badania anatomiczne i eksperymenty fizjologiczne nad mózgiem, rdzeniem i nerwami obwodowymi bardzo liczne, wprawdzie głównie na zwierzętach dokonane: przecinanie *nervi recurrentis*, *nervi pneumogastrici*, przecinanie całkowite i częściowe rdzenia na różnych wysokościach, doświadczenia z kórzonkami ruchu i czucia. Liczne błędy popełniał Galen, po-bieżnie obeznany z anatomią ludzką, dowodząc, że komory boczne mózgu komunikują się z jamą nosową, że lejek mózgu komunikuje się z przysadką i otwiera się do gardzieli, że rdzeń wypełnia cały kanał kręgosłupa do samego dołu, że w mózgu rozróżnić można substancję twardą i miękką, że nerwów czaszkowych jest siedem itp. Z chwilą upadku politycznego Hellady powstawanie grecko-rzymskich szkół lekarskich. 7) Okres pogalenowski zaczyna się od śmierci Galena i ciągnie się przez całe średniowiecze. Upadek neurologii, ślepe naśladownictwo Galena bez korekty jego zasadniczych błędów. Bezpłodny kilkowiekowy okres przepisowywaczy, przekładowców i kompilatorów, prowadzący do wiekopomnych odkryć anatomów i fizjologów (Vesaliusz, Harvey) w pojęciu nowoczesnym. W psychologii i psychjatrii panowała powszechnie maksyma Kościoła: *De corde exeunt cogitationes malae. Ergo animae principale non secundum Platonem in cerebro, sed juxta Christum in corde est*. [O epoce starożytnej medycyny greckiej znajdzie czytelnik nie mało w polskim piśmiennictwie z ostatnich lat w J. Kurczyńskiego „Przeszłości medycyny” i w I tomie W. Szumowskiego „Historii medycyny filozoficznie ujętej”, pracach, które w r. 1930 obszernie zreferowałem w Warsz. Czas. Lekarskim. Referent].

H. Higier.

Wskazówki praktyczne

J. Beck stosował *Androstinę* i *Perandrenę* we wrzodach *goleni*. Leczone kobiety i mężczyźni. Mężczyźni otrzymywali jednego dnia jedną ampułkę A, drugiego dnia ampułkę B, trzeciego dnia ampułkę Perandreny, czwartego dnia przerwa i znów rozpoczynano serię na nowo. Oprócz tego podawano dziennie po dwie tabletki Androstiny. Kobiety otrzymywały tygodniowo 3 ampułki Androstiny na zmianę A i B i jednocześnie dwie tabletki Androstiny dziennie. U wszystkich chorych prócz tego stosowano leczenie miejscowe. W ten sposób wyleczono 11 chorych (7 mężczyzn i 4 kobiety). Czas leczenia wynosił przeciętnie 44 dni. W ciągu dwóch miesięcy obserwacji nawrotów nie stwierdzono. (Monatsschr. Ungar. Mediziner 1938 Nr 11—12).

F. Mikulska.

M. Palazzoli, omawiając sprawę leczenia rzeżączki związkami sulfamidowymi, uważa za niesłuszne zapatrywania pewnych kół lekarskich co do toksyczności tych związków oraz wpływu ich szkodliwego na spermatogenezę. Co się dotyczy zasad leczenia rzeżączki, to autor jest zwolennikiem łączenia chemoterapii z zabiegami lokalnymi, przy czym jest przeciwnikiem równoczesnej kombinacji terapii sulfamidowej z leczeniem szczepionkowym. W końcu pracy podaje autor na podstawie swych obserwacji, że na ogół czas trwania leczenia rzeżączki preparatem 1162 (p. aminobenzenosulfamid) wynosi 13 dni (75% wyleczeń), Rodilonem 11 dni (72% wyleczeń), Albucidem (sulfamid acetylowany) 6 dni (87% wyleczeń) oraz Dagenanem 4 dni przy 86% wyleczeń. (La Presse Médicale Nr 40, s. 766, 1939).

Durel, Halpern, Dubost i Allinere badali: stężenie Dagenanu we krwi, płynie mózgowo-rdzeniowym oraz eliminację jego w moczu przy podawaniu doustnym i parenteralnym. Obserwacje poczynione były na psach oraz na chorych leczonych. Dagenan, podany doustnie, szybko przechodzi do krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego, osiągając mniej więcej równe stężenia. Maksimum stężenia przypada na czwartą godzinę po podaniu środka. Wydzielanie Dagenanu w moczu zachodzi pra-

wie w 90%, przy czym zostaje zakończone w 48—72 godzin, licząc od chwili podania. Pozajelitowe podanie przyspiesza maksimum osiągalnego stężenia w płynach ustroju mniej więcej o dwie godziny. Według autorów, parenteralny sposób podawania Dagenanu nie jest specjalnie lepszy od doustnego, a wchodzić może w rachubę jedynie w tych przypadkach, w których zależy nam na specjalnie szybkim nasyceniu środkiem ustroju leczonego. (La Presse Médicale Nr 46, s. 920, 1939).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dnia 24 stycznia 1939 r.

Obecnych: członków 64, gości 44.

Posiedzenie rozpoczęło o godzinie 20-ej min. 10.

1. Odczytany protokół poprzedniego posiedzenia przyjęto.

2. Kol. Prezes wita nowoprzyjętych członków czynnych Tow. Lek. Warsz. i wręcza im dyplomy.

I. Część kliniczna.

3. Kol. Karol Byrkowski i Kol. Władysław Ostrowski wygłaszają odczyt pt. „Przypadek wielokomorowego ropniaka opłucnej lezonego za pomocą rozległej torakoplastyki”.

Dyskusje: a) kol. Sokołowski czyni zastrzeżenia co do metody rozplanowania samego zabiegu operacyjnego. Mówca jest zdania, iż po torakoplastyce dolnej należało by odczekać, gdyż niewątpliwie nastąpiłoby zarosnięcie jamy opłucnej od przodu.

b) Kol. Rutkowski twierdzi, iż w każdym przypadku *fistulae thoracis* liczba żeber, która musi być wycięta, winna być dostosowana do rozmiarów jamy w opłucnej.

c) Kol. Ostrowski wyjaśnia, że w jego przypadku stosowano zamknięte sączkowanie, rozprężanie płuca przez dmuchanie do butli, i że wyciekająca z opłucnej ropa była stale jałowa. Płuco nie rozprężyło się, zastosował więc zabieg operacyjny najbardziej korzystny, jego zdaniem, który rzeczywiście w krótkim czasie doprowadził do zamknięcia się jamy, powstałej po ropniaku.

II. Akademia ku uczczeniu setnej rocznicy teorii komórkowej.

4. Kol. Ludwik Zembrzowski, czł. T-wa wygłasza odczyt pt. „M. Schleiden i T. Schwann, jako twórcy teorii komórkowej”. (Streszczenie własne).

Po przedstawieniu historii wynalezienia i rozwoju mikroskopu, co przyczyniło się do postępów badań histologicznych, Z. omówił pokrótce życiorysy Schleidena i Schwanna, dając ich ogólną charakterystykę. Następnie sprostował jeszcze dotąd niekiedy powtarzane mniemanie, że pierwszy z nich był odkrywcą komórek roślinnej, a drugi zwierzęcej. Odkrywcami komórek był cały szereg poprzedników obu tych uczonych na polu badań pokrewnych, poczynając od Malpighiego, Hooke'a i Grewa w 17 wieku. Zasługa Schleidena i Schwanna polega na stwierdzeniu faktu, że podstawowym elementem w świecie roślinnym i zwierzęcym jest komórka, że powstawaniem i rozwojem komórek w całym świecie organicznym rządzą te same prawa, i że tworzenie nowych komórek odbywa się przy udziale komórek macierzystych i jąder. Tym samym obaj ci badacze położyli podwaliny pod współczesną teorię komórkową. Po czym Z. omówił błędy Schleidena i Schwanna w wysnuwaniu wniosków w zakresie zjawisk cytotogenetycznych, co jednak nie umniejsza ich rzeczywistych zasług. Dobrze się stało, że Tow. Lek. Warsz. postanowiło na swym posiedzeniu naukowym w dn. 24.1.39 r. uczcić zasługi Schleidena i Schwanna w setną rocznicę ich odkryć, dokonanych w 1838 i 1839 r. Na zakończenie Z. przypomniał, że w r. 1866 w tymże Towarzystwie wygłosił odczyt o Purkinje i Schwannie członek Towarzystwa dr J. Nowakowski, prostując już wówczas błędne mniemanie o tym ostatnim jako o odkrywcy komórki zwierzęcej. Po odczycie N. rozwinęła się dyskusja, w której zabierali głos Henryk Hoyer i Ludwik Natanson.

5. Kol. Piotr Słonimski, czł. T-wa wygłasza odczyt pt. *Ewolucja poglądów na komórkę w ciągu ostatnich stu lat (1838—1938)*.

6. Kol. Zygmunt Zakrzewski wygłasza odczyt pt. *Różnice biologiczne między komórką prawidłową a nowotworową*.

Posiedzenie zamknięto o godz. 22 min. 35.

Sekretarz Doroczny

Prezes

Tadeusz Hinz.

Marian Grzybowski.

Posiedzenie z dnia 31 stycznia 1939 r.

Obecnych: członków 55, gości 48.

Posiedzenie rozpoczęło o godz. 20-ej min. 10.

1. Odczytany protokół poprzedniego posiedzenia przyjęto.

I. Część kliniczna.

2. Kol. Pręgowski wygłasza odczyt pt. „*Twardzina skóry i zanik samoistny z objawami jakoby opuszkowymi*”. (Streszczenie własne).

(Odczyt zgłoszono w przeddzień posiedzenia).

K. M. lat 40 Nr Hist. Chor. 380/38 przybyła do Kliniki dn. 15.X.38 ze skargami na ziębnięcie i blednięcie palców rąk i nóg, występujące chwilami bóle w stawie barkowym lewym, stawach nadgarstkowych, piętach, — pieczenia i bóle w podszewkach, przykurcz w lewym stawie łokciowym, uczucia zimna i obcości w ustach, trudności przy połykaniu i mowie. Objawy, początkowo ograniczone do zdrętwienia i zmarznięcia IV palca prawej ręki, zjawiły się 12 stycznia 1937 r. Palec ten zbladł i przybrał odcień żółtawy. W ciągu kilku dni podobne objawy wystąpiły i na innych palcach. Zmian, ani osłabienia ruchów nie zauważyła. Stany podobne zjawiać się zaczęły często, a po roku objęły palce nóg. Równocześnie zjawiły się bóle w piętach, a w okolicach podszewkowych obu stóp pieczenia i jakby uczucia żwiru pod stopami. W związku z tymi zaburzeniami chora zaczęła źle chodzić. W tym samym czasie zaczęła odczuwać bóle w okolicach stawów, wyżej podanych. W czerwcu zjawiły się zdrętwienie i ziębnięcie dąsadek, w jakiś czas potem, uczucie opuchnięcia twarzy i języka, zaburzenie w postaci jakby zasłony przed oczyma, która to podnosi się, to opada. Pomimo leczenia galwanizacją, diatermią i Solluxem stan chorej nadal się pogarszał. Zjawiły się trudności przy połykaniu pokarmów suchych i płynnych, czasem trudno jej połknąć ślinę i zjawiła się jakby chrypka, utrudniająca mowę. Bólów, ani zawrotów głowy chora nie miewa, moczu i stolca oddaje prawidłowo. Nie poci się nadmiernie. Perody od 17 r. życia regularne. Dzieci dwoje, z których jedno zmarło. Poważniej nie chorowała. Łatwo się zaziębia. Obciążenie dziedziczne.

Badanie stwierdziło: Chora wzrostu średniego, odżywiona dostatecznie. W narządach wewnętrznych nie ma odchyśleń od normy. Ciśnienie krwi 130/60.

Skóra: błyszcząca na czole, papierkowata, na policzkach obrzękła, na nosie i czole jakby naciągnięta, od czasu do czasu różowieje, stale zaś lekko sinawa. Powieki sinawo-czerwone. Czerwien warg większa od normy. Brak odr. rogówkowego po str. lewej i spojówkowych z obu stron. Skóra w okolicach stawów łokciowych od strony wyprostnej cienka, lśniąca. Na palcach i dłońach różowa, cienka. Po kilkunastu dniach przebywania na chłodzie palce ziębną, bledną, przybierając odcień żółtawy na 3 palcach środk. ręki lewej, a sinawy na wskazicieli i V palcu ręki lewej. Skóra na powierzchni tylnej obu ud lekko zaróżowiona, jakby nieco obrzmiała, widać w niej rozszerzenia naczyń żylnych. Na kolanach i w okolicach kostek na stopach cienka, różowawo sinawa.

K.k.g. Niewielki przykurcz m. dwugłowego, który ma wzmożoną spoistość ścięgna napięte. Niewielkie osłabienie siły mm. zginaczy palców. Odruch z m. dwugłowego po str. lewej słabszy, niż po prawej. Brak odr. brzuszno-dolnego po str. lewej.

K.k.d: Odr. kolanowy lewy żywszy od prawego, Achillesa prawy żywszy. Słaby Rossolimo po str. lewej. Ataksja w k.k.g. i k.k.d. Czucie w normie.

Wykonane w najbliższym czasie po przybyciu chorej dalsze badania dały następujące wyniki:

Ciśnienie oscylometr.: na k.k.g. po str. lewej 120/60 różnica 2 przedziałki po str. prawej 130/55 różnica 3 przedz. Na k.k.d. 160/55 różnica 4 przedz. po str. lewej, a po str. prawej 140/52 różnica 2,5 przedz.

Płyn m.-rdz. w normie. Moczu w normie. WR w płynie i krwi (—) ujemny. Badanie krwi na posiew, kału na pasożyty dało wynik ujemny. Badanie morf. krwi wykazało warunki fizjologiczne. Badanie elektr. nerwów i mięśni nie stwierdziło nieprawidłowości. Przemiana materii + 16%. Wapnia w krwi: 0,152 gr/ltr, sodu: 1,85 gr/ltr. Rt.g. czaszki i stawu łokc. nie wykazały zmian. Rt.g. przełyku wykazał „Zaburzenie III aktu połykania (papka kontrastowa). Drobną ilość papki zalegają w *recessus piriformis*”. Badanie ginekolog.: macica mała nieco odchylona ku tyłowi i str. prawej. Badanie dermatolog. (Prof. Dr Grzybowski).

ski) stwierdza: w okol. udowych po str. grzbietowej twardszą spistość skóry i tkanki podskórnej i jakby mięśni. Skóra mniej przesuwalna na podłożu. Widoczne rozszerzenia żyłne. Zabarwienie o odc. różowawym. Skóra na twarzy jak wyż. podano. Na podniebieniu plamy białawe żółtawe na słuzówce. Histologiczne bad. wycinków mięśni stwierdziło: ścięcenie włókien mięsnych, nadmierną liczbę jąder komórkowych. Zmiany te mogą przemawiać za zanikiem mięśni. Histol. badanie skóry Prof. Dr Grzybowski: „w niektórych miejscach w naskórku obecność niewielkich skupień limfo- i histiocytarnych na pograniczu skóronaskórkowym. Skóra właściwa jest obrzęknięta, włókna klejrodne połamane, postrzępione”. Dalsze obserwacje stwierdziły ustąpienie w dniu 12.XI przykurczu w stawie łokciowym, nasilenie się, to znów chwilowe ustępowanie parestezji, bólów w okolicach przynasadowych kości, zmienność objawów skórnych. W miejscach wyżej podanych na udach, twarzy i okolicach stawowych po okresie obrzmienia i zaróżowienia zjawiało się ścięcenie skóry i duże łuszczenie otrąbkowate naskórka. Po szeregu dni następowało znowu obrzmienie i zaróżowienie — dotyczyło to głównie okolic na stronie tylnej ud. Oprócz obrzmienia skóry stwierdzono w tych okolicach wzmogoną spistość mięśni. Zmiany stanu skóry na twarzy były najmniejsze, wystąpiło silne łuszczenie, które po kilku tygodniach ustąpiło. Również połknięcie i mowa wykazywały pewną zmienność; były dni — gdy chora lepiej mówiła i lepiej jadła, i dni gorsze. Powtórne badanie prof. Grzybowskiego w dniu 1.XII, stwierdziło postęp zmian troficznych skóry o charakterze *Atrophoderma incipiens*. Stosowane leczenie: salicyl z *natr. bicarb.* w dawkach wzrastających, acecolina, insulina w dawkach wzrastających, bellergal, autohemoterapia — wyników nie dawało. Pewna poprawa, głównie dotycząca zmniejszenia parestezji, zaznaczyła się przy podaniu bizmutu, którego chora otrzymała 14 inj. à 0,3. Jakby mniejszych parestezji chora doznawała, zresztą przejściowo, przy diatermii (jedna elektroda na potylicę, druga na okolicę ust).

U naszej chorej stwierdziliśmy zatem następujące odchylenia od normy: a) w zakresie skóry — zmiany obrzękowe i nacieczeniowo-zapalne, i zanikowe z łuszczeniem, b) w zakresie tkanki podskórnej, mięśni, ścięgien przejściowe obrzęki i nacieczenia (wzmoczenie spistości) i przykurcz (w m. dwugłowym), c) przełomy naczynioruchowe w postaci I i II stadium zmian Raynaudowskich i plamy (może spowodowane niedokrwieniem) na słuzówkach gardła i podniebienia, d) nieznaczne i niestałe zmiany w odruchach ścięgnowo-okostnowych i brzusznych, którym to zmianom trudno przypisać istotne znaczenie, e) w zakresie objawów przedmiotowych: bóle w okolicach przynasadowych kończyn, sprawiające wrażenie bólów stawowych, bolesność przy ucisku mas mięśniowych, parestezje: zdrętwienia, chłodu, rozsadzania, pieczenia i palenia i wreszcie e) objawy podobne do opuszkowych: zakłócenie mowy, chrapliwość głosu, okresowe utrudnienia przełykania.

Wyżej podane objawy w pierwszej chwili nasunęły przypuszczenie, iż mamy tu do czynienia z przypadkiem początku uogólnionej sklerodermii — (sklerodermii w Cassierowskim szerokim ujęciu), skojarzonej z początkowym stadium zmian Raynaudowskich. W stronę tego rozpoznania kierowały myśl objawy takie, jak maskowatość twarzy, napięcie skóry, wąskość warg, bolesność okolic stawowych, nieznaczne zmiany mięśniowe w postaci twardszej konsystencji mas mięśniowych niektórych okolic i zwiększona ilość wapnia we krwi. Przełomy naczynioruchowe częste w sklerodermii rozpoznania tego nie podważały. Dalsze obserwacje jednak, nie wykazujące postępu i nasilenia zmian stwardnieniowych, zmienność objawów, mało przekonywający wynik badania histologicznego przy stałe zaznaczającym się, choć przebiegającym nierównomiernie postępie zmian zanikowych w skórze, poczęły skłaniać nas do przyjęcia współistnienia zaniku skóry samoistnego (*atrophia cutis idiopathica*), a raczej *dermatitis atrophicans chronica progressiva*. (Choroba Picka i Herxheimera).

Poza opisanymi schorzeniami mogła być brana pod uwagę w rozpoznaniu różniczkowym jeszcze *polymyositis primaria chronica* (*dermatomyositis chronica*), w której zmiany chorobowe mięśni i skóry rozmaicie się przedstawiają i łączą się często z objawami opuszkowymi, często tak dyskretnymi, jak u naszej chorej. Cierpienie to, jak podają Orzechowski, Bogusławski, Fajersztajn, cechuje często dość ostry początek z bólami mięśni i osłabieniem siły mięśniowej przy dalszym wybitnie przewlekłym rozwoju, rozległe zaniki mięśniowe, liczne trwałe przykurcze mięśni. Przebieg cierpienia u naszej chorej nie odpowiada temu schorzeniu. Początek był powolny i przejawiał się zmianami naczynio-ruchowymi w palcach rąk, po pewnym czasie dopiero nóg, bóle niezbyt nasilone zresztą zjawiały się później dopiero, podobnie jak przykurcz m. dwugłowego, zmiany

zanikowe mięśni nie były zaznaczone, i można przypuszczać ich obecność tylko z niepewnego zresztą obrazu histologicznego.

Opisany przypadek nie może być traktowany jako tylko czysta sklerodermia, ani jako tylko czysta *dermatitis atrophicans* Picka i Herxheimera.

Do obrazu czystej sklerodermii nie należą przede wszystkim zaznaczone wyraźnie zmiany o charakterze zanikowym w skórze u naszej chorej oraz zmienność objawów. Do obrazu zaniku skóry Picka-Herxheimera nie należą zaś objawy następujące: a) przykurcze, b) parestezje w jamie ustnej, c) umiejscowienie zmian zanikowych w twarzy, która w atrofodermii nie bywa zazwyczaj atakowana, d) obecność wzmogonej ilości wapnia we krwi. Mamy więc w przypadku przedstawionym obraz połączenia 2 zespołów objawowych: twardziny (sklerodermii) i zaniku skóry Picka-Herxheimera, — połączenia, które nie należy do rzadkich. Przypadek demonstrowany jest raczej ze względu na interesujące występowanie w nim objawów ruchowych z zakresu mowy i połknięcia. Pochodzenie tych objawów może być różne. Mogą one być wyrazem zmian w słuzówce tylko, albo też zmian niewielkich, mieszczących się w samych mięśniach (policzków, podniebienia miękkiego, przełyku i mięśniach krtaniowych). Oznaki niemocy czynności opuszkowych zdarzają się czasem w sklerodermii i dotąd wyjaśnienia nie znalazły. W naszym przypadku należy prawdopodobnie złożyć je na karb twardzinowej składowej obrazu chorobowego. W Warsz. Tow. Neur. w 1913 r. przedstawiał ś. p. St. Kopczyński przypadek twardziny z wybitnym zespołem opuszkowym i zanikami mięśni małych rąk. Z powodu zwięzłości opisu trudno zdać sobie sprawę, czy schorzenie było istotnie neurogenne, czy też było sprawą pochodną twardziny skóry, zależną od przejścia twardziny skóry na błony słuzowe oraz mięśnie podniebienia miękkiego, języka, strun głosowych itd.

II. Część odczytowa.

3. Kol. Jerzy Modrakowski, czł. T-wa wygłasza odczyt pt. „Farmakologia narkozy wziewnej i dożylniej. (Praca ukaże się w całości w druku).

4. Kol. Jan Zaorski, czł. T-wa wygłasza odczyt pt. „Ból chirurgiczny i jego zwalczanie“.

Dyskusja: a) Kol. Dębicki podaje, że ludzie starsi zaspiają pod wpływem evipanu szybciej, niż młodzi, i to pod wpływem mniejszej dawki, przy czym sen ich trwa, na ogół dłużej. Co się tyczy narkozy gazowej, podkreślić należy brak w kraju dużej wytwórni podtlenu azotu oraz duże koszty, jak na nasze stosunki samej aparatury. Firmy chemiczne, do których zwracał się mówca w sprawie produkcji narkotycznych środków gazowych oświadczały gotowość ich fabrykacji z warunkiem zapewnienia im minimum zbytu. Odnośnie do kol. Zaorskiego, który wspominał, iż narkoza sennarkolowa jest zupełnie bezpieczna, mówca dodaje, iż w okresie pooperacyjnym chorzy, w tej narkozie operowani, winni być otoczeni troskliwą opieką lekarską, zwłaszcza w okresie budzenia się. Opierając się na doświadczeniu, nabytym w klinice prof. Radlińskiego, kol. Dębicki nie radzi operować w uspieniu sennarkolowym przy usuwaniu tarczycy, chorzy tego rodzaju lepiej znoszą uspienie avertynowe. Przed narkozą sennarkolową podaje się choremu dożylnie glukozę. W czasie samej narkozy, dzięki specjalnej konstrukcji igły, zaopatrzonej w mały drenik gumowy, można w dowolnym czasie i w dowolnej ilości wprowadzać tą samą drogą i cukiernicę, jak to ma miejsce w klinice prof. Radlińskiego.

b) Kol. Radliński stwierdza, iż przeciwwskazań do dożylnego stosowania evipanu nie zna. Mniemanie, jakoby w schorzeniach wątroby narkozy evipanowej należy unikać, jest błędne. Mówca bowiem operował chorych żółtaczkowych właśnie w tym uspieniu i nie miał gorszych wyników, niż przy stosowaniu innych środków narkotycznych. Złe zasypiają i śpią niespokojnie w narkozie evipanowej jedynie młodzi i silni ludzie, i dlatego w tych razach należy unikać tego środka usypiającego, w przeciwnym bowiem razie jest się zmuszonym w czasie operacji przekraczać maksymalne dawki evipanu. Jedynym przeciwwskazaniem do stosowania narkoz dożylnych są trudności techniczne, jakie w związku z wąskimi i małymi naczyniami żylnymi napotykają chirurdzy. Mówca zaznacza, iż evipan, jak i sennarkol, wstrzyknięte obok żyły, powikłań żadnych nie dają, nie wywierając przy tym żadnego działania narkotycznego.

c) Kol. Rutkowski stwierdza, iż słusznie kol. Modrakowski i potępia stosowanie narkozy chloroformowej, która dotychczas jeszcze ma swych licznych zwolenników w oddziałach szpitalnych. Środek ten dawno już powinien przejść do historii. Mówca ubolewa, iż ze względów technicznych i finansowych nie można u nas wprowadzić narkozy podtlenu azotu, tak rozpowszechnionej w Anglii. Angielscy chirurdzy bardzo chętnie stosują narkozy kombinowane, jak to miał możność stwierdzić kol.

nowy preparat

UROGON *Geo*

doustna chemoterapia raka

SKRÓCENIE CZASU LECZENIA
DOSKONAŁA TOLERANCJA
NAJWIĘKSZA SKUTECZNOŚĆ

TECHNIKA LECZENIA — patrz prospekt „UROGON” *Geo*

OPAKOWANIE ORYG.

RURKA 20 TABL. a 0,6 g zł. 4,20

PROBY i PIŚMIENNICTWO *wysyła*

FABRYKA CHEMICZNO FARMACEUTYCZNA

Geo

WARSZAWA · ŻELAZNA 54/56

Rutkowski w czasie swego pobytu w Anglii. Mówca widział operacje, wykonywane w znieczuleniu dożylnym, dołędźwiowym oraz podtlenkiem azotu. Sztuka podawania narkozy w krajach anglosaskich stoi na wysokim poziomie nie tylko dzięki stosowanym środkom narkotycznym. Dużą zasługą w tej mierze przypada specjalnie wyszkolonym kadrom lekarzy, zajmującym się tylko podawaniem narkozy. Działanie chlorku etylu poznał mówca na samym sobie i jest zwolennikiem tego środka. Znieczulanie przy pomocy słabych rozczyńców perkainy uważa mówca za godne polecenia. Wykonywał on w tym znieczuleniu poważniejsze, nawet operacje, jak naprz. torakoplastykę. Chlorek etylu stosuje kol. Rutkowski i w operacjach dłużej trwających według opracowanej przez siebie metody. Środka tego nie należy podawać zbyt dużo, przekroczenie bowiem dawki 0,03% chlorku etylu we krwi może wywołać porażenie ośrodków oddechowych. W odróżnieniu od narkozy eterowej przy stosowaniu chlorku etylu nie należy dążyć do znikania odruchu z gałek ocznych. Grozi to niepomysłnym zejściem. Przy bardzo szerokim stosowaniu narkozy chlorkiem etylu kol. Rutkowski nie miał nigdy przykrych niepodzianek. Zaletą tego środka jest to, iż nie wymaga on specjalnego przedoperacyjnego przygotowania chorego, szybko opuszcza organizm i następuje prędkie przebudzenie. W czasie podawania chlorku etylu i w głębokim śnie pacjenta przerywamy narkozę z tym, by ją wznowić w chwili budzenia się operowanego. Każde następne usypianie następuje prędzej i przy użyciu mniejszej ilości środka. Mówca nie stosuje maski dla narkozy, w tym celu używa dwu ręczników, co daje gwarancję lepszego przylegania i tym samym mniejszego zużycia leku. W sprawie podawania środków narkotycznych doodbytniczo mówca zaznacza, iż pierwszym lekarzem, który tą drogą uzyskiwał uspienie, był rosyjski chirurg Pirogow. Wprowadzał on doodbytniczo eter. Przykrym następstwem tego zabiegu były często występujące obumarcia śluzówki. Polski chirurg Moniuszko przez dodanie do eteru oliwy unikał tych przykrych powikłań. Kol. Rutkowski stosuje często sennarkol, operując chorych w Instytucie Radowym. Przyczynę często występujących podnieceń po narkozie sennarkolowej widzi mówca w stosowaniu coraminy, którą to podaje się bezkrytycznie i szeroko w celach szybkiego rzekomo budzenia się pacjentów. Mówca zaznacza, iż nie widział złych następstw po stosowaniu dożylnym sennarkolu w przypadkach schorzeń wątroby. Jedyne przeciwwskazanie dla ewipanu, sennarkolu i w ogóle dla ogólnych narkoz, zdaniem mówcy, jest dziedzina chorób mózgowych, gdzie stosować należy znieczulenia miejscowe. Problemat usuwania bólu podczas operacji jest nadal aktualny, być może, iż rozwiązanie tego zagadnienia leży w innej płaszczyźnie, i że nowe odkrycia w dziedzinie elektryczności dadzą do rąk lekarza doskonalsze metody.

d) Kol. Niewiadomski stwierdza, iż kwestia bólu psychicznego wchodzi w rachubę przy operacjach w znieczuleniu miejscowym. Należy próbować zadziać na psychę chorego za pomocą uspokajania, namowy itd. W swoim oddziale mówca stosuje muzykę z płyt gramofonowych, której operowani słuchają podczas operacji. Chory przez cały czas trwania zabiegu pozostaje ze słuchawkami na uszach. Ukłucia przy stosowaniu środków narkotycznych miejscowo są na ogół dość bolesne i nie nastroją zbyt zły chęć chorego do operatora. Dlatego też przed operacją stosuje mówca dożylnie mieszanke składającą się ze skopolaminy, ephedryny oraz eukodalu. Mieszanke tą stosował kol. Niewiadomski w 70-tych przypadkach i jest bardzo zadowolony z rezultatów. Dzięki tej mieszance, dodaje mówca, uzyskuje się stan chorego, pozwalający na użycie mniejszej ilości sennarkolu przy usypianiu dożylnym, a budzenie się chorych po narkozie jest łatwiejsze. Mówca jest zwolennikiem łączenia miejscowego znieczulenia z uspieniem eterowym lub dożylnym. Stosując swoją mieszanke w operacjach brzusznych, mówca zauważył, iż spadek ciśnienia tętniczego jest mniejszy, i chorzy czują się na ogół lepiej.

e) Kol. Szenicer twierdzi, że sennarkol nie jest środkiem obojętnym dla organizmu i całkowicie bezpiecznym. Wprawdzie klinika chirurgiczna prof. Radlińskiego nie miała niepomysłnych zejść po tej narkozie, to jednak wskazane są: ostrożne dozowanie i troskliwa opieka lekarska. Przed narkozą podaje się choremu środek, przygotowawczy w postaci mieszanek panatopon-atropina. Jeżeli po podaniu choremu 10 cm sennarkolu narkoza nie występuje, nie należy zaraz rezygnować z dalszego podawania tego środka. Często zdarza się bowiem, iż dodany 1-2 dalsze cm sennarkolu wywołuje głęboki sen, łatwo nadal poł-trzymywany. Zółtaczka nie stanowi przeciwwskazania do stosowania sennarkolu, natomiast środka tego należy unikać u dzieci i młodzieży poniżej lat 15-u. Coraminę dożylnie, jako środka, budzącego chorych po narkozie, mówca nie stosował nigdy i wątpi o przypisywanych temu leкови własnościach.

f) Kol. Szmurło podaje, iż wybór sposobu usypiania za-

leży od specjalności oraz przypadku, z jakim ma się do czynienia. W nowotworach, naprz. mózgu nie stosuje się w ogóle usypiania chorych. Nie należy podawać narkozy ogólnej w chorobach uszu, ropniach błędnika, mózgu itd. Dotychczas nie zaniechano całkowicie doodbytniczego stosowania eteru z domieszką oliwy w celach narkozy ogólnej. Niesłusznie zarzucono, zdaniem mówcy, stosowanie kokainy dla wywoływania miejscowych znieczuleń błon śluzowych. Kokaina nie daje się w tych razach niczym zastąpić. Przesadna jest obawa przed stosowaniem adrenalin, wywołującej jakoby zgorzele. Adrenalina, dodana w odpowiedniej ilości do novocainy, przeciwdziała krwawieniom oraz spadkowi ciśnienia. Co się tyczy narkozy eterowej doodbytniczej, to, zdaniem mówcy, słusznie wspomniano tutaj o pracach Moniuszki. Prof. Zembruski ogłosił bardzo cenną pracę na ten sam temat. Następnie przechodzi mówca do omawiania ujemnych stron narkozy chloroformowej, przytaczając obserwowany przez siebie przypadek nagłej śmierci dziecka po zastosowaniu 2-u kropel chloroformu. Śmierć nastąpiła wskutek porażenia serca. W innym przypadku narkozy chloroformowej chora podczas operacji przestała oddychać przy sprawnej jeszcze działalności serca. Po półgodzinnym stosowaniu sztucznego oddychania przywołano chorą do życia. Porażenie zatem ośrodków oddechowych nie decyduje ostatecznie o zejściu niepomysłnym. Mówca przytacza w końcowej części swego przemówienia przypadek śmierci młodej dziewczyny po wstrzyknięciu 1 cm 1/2%-owej novocainy przed operacją na migdałkach. Przypadek ten zdarzył się w oddziale wybitnego klinicysty.

g) Kol. Modrakowski wyjaśnia, iż mechanizm śmierci podczas narkozy spowodowany jest porażeniem ośrodków w rdzeniu przedłużonym. Wyjątek stanowi chloroform, który w pewnych przypadkach może zadziać wzrost na mięsień sercowy. Prelegent no raz pierwszy dowiedział się od kol. Dębickiego, że istnieją różnice w działaniu sennarkolu w stosunku do młodych i starszych wiekiem ludzi. Młody ustrój szybciej odbudowuje zaatakowane przez środek narkotyczny komórki, broń się sprawniej i tym, prawdopodobnie, objaśnia się fakt, iż u młodych pacjentów skuteczne dawki sennarkolu muszą być większe. Przy niewydolnej wątrobie działanie środka narkotycznego powinno występować szybciej, gdyż odnada tu rola tego sprawnego filtru, jakim jest właśnie ten narząd. W czasie pobytu mówcy we Francji, podczas wojny światowej pewna firma angielska, zajmująca się produkcją podtlenku azotu dla celów narkozy, zwróciła się doń z prośbą kupna dla polskiego przemysłu farmaceutycznego fabryki tego gazu. Polskie władze odniosły się nieorczytnie do powyższej prośby. W zakończeniu mówca podkreśla, iż coramina i cardiasol nie są środkami nasercowymi, mogą one poprawić jedynie ciśnienie krwi, o ile jego spadek nastąpił wskutek porażenia ośrodków oddechowych. Coramina ze wszystkich środków tego rzędu jest preparatem najmniej wartościowym, posiada bowiem jednocześnie własności porażenne.

h) Kol. Zaorski stwierdza, iż kokaina ma duże znaczenie jako środek znieczulający jedynie błony śluzowe. W referacie swoim kładł głównie mówca nacisk na kwestię bólu psychicznego, którą, zdaniem jego, gra dużą rolę w chirurgii. Na ostatnim posiedzeniu chirurgów kol. Radliński nalecał, by przed operacją, gdzie ma być stosowana narkoza dożylna, chory na 4-5 dni przed tym otrzymywał dożylnie glukozę w celu przygotowania go do zastrzykiwania środka narkotycznego na stole operacyjnym. Strzykawka, projektowana przez kol. Zaorskiego, pozwalająca w dowolnym czasie podwozić dożylnie już to środek narkotyczny, już to glukozę, oddaje mówcy wielkie usługi i przeciwdziała tworzeniu się skrzepów w iele.

Posiedzenie zamknięto o godz. 22-ej min. 45.

Sekretarz Doroczny

Prezes

Tadeusz Hinz.

Marian Grzybowski.

Zrzeszenie Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej.

270 posiedzenie z dnia 31 grudnia 1938 r.

1. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.
2. Kol. Płonński demonstrował szereg preparatów z dziedziny anatomii patologicznej.
3. Brand J. i Penson J. *Przypadek krwimoczu u 15-letniego chłopca.*

Streszczenia nie nadesłano. W dyskusji kol. Sztajenberg podkreśla, że wędrowka kamienia nerkowego w górę i w dół nie jest rzadkością.

Kol. Reznikow: perystaltyka moczowodów wpływa na ruch małych kamieni.

Kol. Brand twierdzi, że jednak wędrowanie kamieni w górę jest rzadkie, a perystaltyka ma raczej wpływ na posuwanie ich ku dółowi.

Kol. Higier przychodzi do wniosku po wyłączeniu gruźli-

cy oraz skazy krwotocznej, że krwawienie nawet bez bólów przemawia za kamicą.

4. Sztajenberg A., Izgur A., Flatauowa H. i Rubinraut. *Ostra psychoza, jako pierwszy objaw duru brzuszatego*.

Praca była drukowana. Dyskusja: kol. Knaster spostrzegł niekiedy u niemowląt drgawki, jako pierwszy objaw choroby infekcyjnej nawet w przypadkach choroby łagodnej, jak np. ospa wietrzna. Zapytuje, dlaczego psychozy występują u osobników normalnych w przebiegu choroby infekcyjnej, natomiast infekcja u chorych psychicznych wywołać może ustąpienie objawów choroby psychicznej.

Kol. Rubinraut objaśnia to właściwościami konstytucyjnymi.

Kol. Higier wyraża przypuszczenie, że psychoza mogła wystąpić pierwotnie, a na nią nawarstwiła się infekcja.

Kol. Szour pyta, dlaczego są psychozy w okresie poinfekcyjnym.

Kol. Jochweds uważa, że w infekcji reaguje na toksyny układ najniższy, a więc u dzieci nerwowy, w okresie zaś późniejszym następuje przestrojenie.

Kol. Higier uważa, że wystąpienie psychozy poinfekcyjnej uwarunkowane jest wyczerpaniem organizmu wzgl. toksemią.

Kol. Fejgin: być może u tej pacjentki zaczął się łagodnie atak schizofrenii, a choroba infekcyjna załamała dalsze narastanie choroby psychicznej.

Kol. Sztajenberg w odpowiedzi zaznacza, że w psychozie końcowej durowej ma miejsce osadzanie się drobnoustrojów w korze mózgu.

5. Wajnsztok S. *Kiła serca i tętnicy głównej*.

Zaburzenia krążenia występują zarówno w okresie kiły wczesnej, jak i późnej. Patogeneza ich w okresie kiły wczesnej nie jest dotychczas wyjaśniona, mimo że na symptomatologię składają się często dolegliwości dość dokuczliwe i niepokojące chorego. Wynik badania fizycznego tylko wyjątkowo daje podstawę do ich wytlumaczenia. Ustępują one szybko pod wpływem leczenia swoistego.

Zaburzenia krążenia w okresie kiły późnej nacechowane są wielopostaciowością, stosownie do wieloogniskowości anatomicznej. Kiła mięśnia sercowego ujawnia się może w tym okresie pod postacią niewydolności krążenia, zaburzeń rytmu i przewodnictwa lub wady zastawkowej, najczęściej aortalnej (niedomykalności), która właściwie jest raczej następstwem kiły tętnicy głównej.

Odpowiednie schorzenia tętnicy głównej ujawniają się poza tym, jako jej rozszerzenie rozlane, jako dławica piersiowa i dławica sercowa oraz jako tętniak, który jest najcięższym następstwem kiły tętnicy głównej. Rozpoznanie wymienionych spraw chorobowych oraz ich podłoża nie powoduje, na ogół biorąc, większych trudności, jeżeli uwzględnić wywiad, wynik badania fizycznego oraz wyniki badań dodatkowych. Wyjątek pod tym względem stanowić może różnicowanie z współistniejącym często nadciśnieniem oraz ze stwardnieniem tętnicy głównej u osobników w wieku starszym. Rokowanie *quoad sanationem* jest zwykle niepomyślne, natomiast rokowanie *quoad vitam* jest w dużym stopniu zależne od wczesnego rozpoznania, a co za tym idzie, i zastosowania odpowiedniego postępowania leczniczego. Mimo powszechnej jednomyślności o konieczności leczenia swoistego zaznacza się jednak daleko idąca rozbieżność, jeżeli chodzi o odpowiedni dobór przypadków, rodzaj i natężenie kuracji oraz przeciwwskazania.

Dyskusja: Kol. Płoński stwierdził sekcynie, że kiła jest częstsza u chrześcijan, lecz tętniaki na tym tle są częstsze u żydów, czyli, że ściana aorty jest u żydów mniej odporna.

Kol. Brams podaje dane statystyczne z klinik amerykańskich, dotyczące kiły narządów krążenia, i stwierdza między innymi, że długość życia zależy od dostatecznego leczenia specyficznego.

Kol. Knaster: jeżeli obok niedomykalności zastawek aorty istnieje wada mitralna — to należy wyłączyć *lues*. Novarsenoben-zolem nie leczy, gdy jest dyskompensacja serca.

271 posiedzenie z dnia 10 stycznia 1939 r.

1. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.
2. Karbowski B. *Z kazuistyki ropniaków zatoki czołowej*.

Ropniaki zatoki czołowej należą do dość rzadkich obserwacji. Za ostatnie 30 lat w Tow. Oto-laryngologicznym Polskim demonstrowany nie był ani jeden przypadek. Prof. Melanowski z materiału kliniki ocznej zebrał 5 przypadków, które ogłosił w piśmiennictwie włoskim. W r. 1909 obserwowałem ropniaki obu zatok czołowych z symetrycznym przesunięciem gałek ocz-

nych na zewnątrz i ku dołowi. Rozpoznanie ustalone zostało dopiero na stole operacyjnym. W ubiegłym miesiącu po upływie prawie 30-tu lat miałem pod obserwacją 2 przypadki, które nasunęły niemałe trudności rozpoznawcze.

Pierwszy przypadek dotyczy kobiety 60-cioletniej, która przed trzema laty była operowana z powodu ropówki oczodołu. Podczas operacji nie stwierdzono żadnych ubytków w obrębie ścian kostnych zatoki czołowej. Przebieg pooperacyjny trwał do 6 tygodni. Po pewnym czasie zjawiał się ponownie obrzęk górnej powieki i okolicy nadoczodołowej, który ustąpił na skutek leczenia zachowawczego. Mniej więcej od roku trwa opadnięcie górnej powieki, które przez doświadczonych okulistów traktowane było, jako cierpienie neuropatyczne. Od pół roku spostrzegano u chorej opadnięcie górnej powieki, przesunięcie gałki ocznej na zewnątrz i ku dołowi. U chorej rozpoznano ropniak zatoki czołowej, co zostało potwierdzone na stole operacyjnym. Podczas operacji stwierdzono olbrzymich rozmiarów ropniak, który zniszczył całą dolną ścianę zatoki czołowej i przegrodę między zatokami. Po utworzeniu szerokiego dostępu do nosa zaszyto ranę. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Gałki oczne zajmują teraz położenie prawidłowe. Opadnięcie powieki również ustępuje.

Drugi przypadek dotyczy 15-letniego chłopca, który skierowany został do mnie przez kol. Zamenhofa. Z wywiadów wynika, że od 3-ich lat spostrzega się u chorego wytrzeszcz gałki ocznej prawej. Mniej więcej od pół roku gałka oczna została przesunięta i na zewnątrz z powodu tworzącego się wewnątrz kłębuszka oczodołu. Twór ten jest na dotyk spoisty, o powierzchni gładkiej. Dokładne rozpoznanie niemożliwe było przed operacją, przebieg choroby przemawiał raczej za nowotworem. Podczas operacji stwierdzono jednak ropniak, który zniszczył dolną i wewn. ścianę oczodołu, tworząc wraz z kością sitową jedną jamę. Po utworzeniu szerokiego dostępu do nosa ranę zaszyto. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Przez pierwsze 2 tygodnie chory miał podwójne widzenie na skutek powrotu gałki ocznej do swego normalnego położenia. W trzecim tygodniu dwojenie ustąpiło.

3. Wysocki R. *2 przypadki wrzodu dwunastnicy w przebiegu ostrego żółtego zaniku wątroby*.

Referent omawia zgadnienie ostrego żółtego zaniku wątroby na podstawie materiału sekcyjnego Oddziału Anatomii Patologicznej Szpitala Starozakonnych na Czystem, zatrzymując się specjalnie na 2-ich przypadkach wrzodu dwunastnicy w przebiegu ostrego żółtego zaniku wątroby.

W czasie od r. 1925 do r. 1938 stwierdzono w prosektorium oddziału 21 przypadków ostrego żółtego zaniku wątroby na 4748 sekcji, tj. w 0,44%, z tego tylko dwukrotnie spostrzegano wrzód dwunastnicy w przebiegu tego schorzenia. Szczegółowa analiza zebranych przypadków wykazuje, że 1) większość przypadków o. ż. z. w. dotyczy osobników w sile wieku, tj. między 21 a 40-tym rokiem życia; 2) kobiety częściej umierają na o. ż. z. w., niż mężczyźni i 3) Żydzi tak samo często umierają na o. ż. z. w., jak nieżydzi.

W obu przypadkach, gdzie stwierdzono wrzód dwunastnicy śmierć nastąpiła nie z powodu o. ż. z. w., ale raz u kobiety 46-cio letniej wskutek przedziurawienia wrzodu, drugi raz u rodzącej 28-mio letniej w następstwie wykrawiania z przewodu pokarmowego. W obu przypadkach stwierdzono obok b. ciężkich, typowych dla o. ż. z. w. zmian w wątrobie, ciężkie uszkodzenie nie tylko kapilarów, ale również większych tętnic w ścianie dwunastnicy, co musiało wpłynąć na powstanie wrzodu dwunastnicy. Ze względu na niezmierną rzadkość współistnienia obu tych schorzeń obok siebie przypadki te zasługują na specjalną uwagę.

Dyskusja: Kol. Rawicz odróżnia *ulc. perforans* w stanach końcowych od *ulc. pepticum*.

Kol. Płoński podkreśla, że u dzieci rzadko występuje choroba wrzodowa.

4. Jochweds B., Brenszajn H. i Sztajenberg A. *Krwioplucie pominulinowe w gruźlicy, powikłanej cukrzycą*. Praca ukaże się w druku. Dyskusji nie było.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Naukowo-Lekarskiego w Królewcu z dnia 23 stycznia 1939 r. (Med. Klin. Nr 19/1939) pokazywał Assman przypadek *europęjskiego sprue*. Dotyczył on 44-letniego listonosza wiejskiego, który od 10 lat cierpiał na biegunki ze stolcami o dużej zawartości tłuszczu. Waga wykazywała postępujący spadek. Ostatnio miał chory kilkakrotnie napady drgawek tężyczkowych. Przy badaniu stwierdzono stan chładek, uderzająco wiotkie, fałdujące się zarzysy pośladków, bardzo silne przebarwienie odcinków skóry, wystawionych na działanie światła, zaś z drugiej strony — na ucisk i tarcie. W obrazie rentgenowskim porowatość kości. Hipokalcemia: poziom wapnia we krwi 7,9 mgr%. Lekka niedokrewność o cha-

rakterze zbliżonym do niedokrewności złośliwej. Elektrokardiogram wykazuje odpowiednio do niskiego poziomu wapnia przedłużenie czasu trwania skurczu, $Qr = 0,5$ sekundy. Prelegent wspomina również o drugim niedawno spostrzeganym przypadku, w którym były poza tym jeszcze bardziej typowe zmiany krwi z wybitnym obrazem megalocytarnym krwi.

Na posiedzeniu Towarzystwa Naukowo-Lekarskiego w Królewcu z dnia 6 lutego 1939 r. (Med. Klin. Nr 19/1939) pokazywał Pietzonka przypadek *psychozy i uszkodzenia wątroby w tyreotoksykozie*. 42-letnia pacjentka w otyłym stanie odżywiania wykazywała powiększenie gruczołu tarczowego nieznacznego stopnia. Rozpoznanie kliniczne brzmiało: schizofrenia. Po wypisaniu ze szpitala nastąpiło szybkie pogorszenie się stanu chorej. Wystąpiły *subicterus* i bóle brzucha. Podejrzewano zapalenie otrzewny po przedziurawieniu woreczka żółci-

wego. Badanie pośmiertne wykazało ciężkie wole mięszone Basedowa, wątroba wykazywała obraz *hepatitidis serosae* z ogniskami martwiczymi, naciekami limfocytarnymi i stłuszczeniem komórek wątrobowych. Nie było zapalenia otrzewny. W drugim przypadku, dotyczącym 56-letniej kobiety, która przybyła do szpitala z manią, stwierdzono przy badaniu pośmiertnym te same zmiany histologiczne. Chora przeszła uprzednio kurację obchudzającą, przeprowadzoną zapewne za pomocą preparatów tarczycowych. Prelegent przypuszcza, iż na podłożu starych zmian basedowialnych podawanie preparatów tarczycowych wywołało ostre ciężkie uszkodzenia mięszone. W trzecim przypadku uszkodzenia wątroby w wolu mięszonego podejrzewano klinicznie dur brzuszny z zapaleniem otrzewny wskutek przedziurawienia. Otrzewnowe objawy podrażnienia w pierwszym i trzecim przypadku tłumaczą się toksycznym uszkodzeniem wątroby.

Krytyka lekarska.

Rozważania lekarza z XVIII-ego wieku na temat zazdrości lekarskiej.

Jan Emanuel Gilibert, przyrodnik, z pochodzenia Francuz (1741—1814), przybył w r. 1776 na Litwę jako profesor szkoły lekarskiej początkowo w Grodnie, następnie w Wilnie. Gilibert pozostawił kilka cennych prac, zwłaszcza z dziedziny botaniki, oraz bardzo ciekawe pamiętniki, w których przedstawił może nieco przesadzony, lecz jednakże dość dokładny obraz ówczesnego francuskiego świata lekarskiego. Dokument ten, pochodzący sprzed 150 lat, jest tak charakterystyczny, że zasługuje, aby się z nim zapoznać.

„Spośród przedstawicieli świata naukowego najbardziej przekonani o swych zasługach dla społeczeństwa są lekarze. Ta zarozumiałość i pewność siebie sprawia, że nie znoszą oni zupełnie wybicia się ponad poziom swoich kolegów. Zazdrość jest główną wadą lekarzy, i nic się pod tym względem od najdawniejszych czasów nie zmieniło. Lekarze dostarczyli tak licznych przykładów tej przywary, że przyczyni li się do powstania ogólnie znanego określenia, uznającego zazdrość lekarzy, jako ostatni, najwyższy stopień tego uczucia — *invidia medicorum*.

Pod wpływem nieopanowanej zazdrości lekarze stale kłócą się między sobą. Młodzi uważają starych za plotkarzy i gadułów, starzy zaś nie przyznają młodym posiadania żadnych istotnych wiadomości i odmawiają im w ogóle prawa trzeźwych sądów. Starsze pokolenie zapatruje się na naukę młodszej generacji, jak na owoce bujnej wyobraźni. Zazdrość przekracza nierzadko wszelkie granice i doprowadza we wzajemnych stosunkach wprost do nienawiści. Każdy w swym kółku pracuje usilnie nad oczernianiem kolegów i stara się ich przedstawić w najciemniejszych barwach. Przejawia się wszystkie ich błędy lub strony ujemne i nie przyznaje żadnych zalet. Mówią o kimś, że jest znanym chemikiem? Wasz lekarz potwierdzi tę opinię, lecz nie omisszka jednocześnie dodać, że chemia jest dla lekarza nauką nie tylko niepotrzebną, lecz może być dla chorych nawet szkodliwą, gdyż chemicy dążą do wytwarzania i stosowania leków, mocno działających i w związku z tym bardzo niebezpiecznych. Mówią o innym, że jest dobrym anatomem? Wasz lekarz zgodzi się zasadniczo z tym poglądem, lecz wyrazi natychmiast swe zapatrywanie, że zbytnie wnikanie w naukowe szczegóły anatomiczne oddala lekarza od życia praktycznego, narzuca mnóstwo pomysłów nierzeczowych, które się, niestety, następnie stosuje w leczeniu ku szkodzie pacjentów. Spróbujcie w obecności lekarza pochwalić jego kolegę i ocenić wy-

soko jego znajomości botaniczne! Nauka o roślinach, powie lekarz, jest co najmniej niepotrzebna. Wielcy lekarze stosują najwyżej około trzydziestu roślin. Poza tym botanika zajmuje lekarzowi jego cenny czas, który powinien poświęcać badaniu chorych. W ten sposób zazdrośnicy, zgadzając się pozornie z pochwałami, przyznawanymi ich kolegom, obracają je w rzeczywistości na ich niekorzyść.

Przypatrzcie się waszym kolegom z waszego miasta lub najbliższej okolicy. Czy znajdziecie wśród nich dwóch, którzyby mieli jednomyślne poglądy? Prawie wszyscy zajmują się wielką polityką i przebywają w towarzystwach, w których panują ciągle spory i nieporozumienia. Posłuchajcie ich rozmów, a będziecie zdziwieni, z jaką radością i złośliwością popierają oni oskarżenia lub krytykę kolegów, jak starannie dążą do ujawnienia ich wad, z jaką morderczą ironią rozmawiają o nieobecnych. Przyjrzyjcie się lekarzom na ich zebraniach towarzyskich lub naukowych, a nie znajdziecie przeważnie żadnych oznak dążenia do wzajemnego doskonalenia się i do pracy nad postępami sztuki lekarskiej. Każdy, wypowiadając swe zdanie, stara się nie tyle wyjaśnić poruszone zagadnienie, ile wyrazić pogląd przeciwny w stosunku do tego, którego zwolennikiem jest prelegent. Dobro publiczne obchodzi lekarzy bardzo mało. Miłość własna jest jedynym czynnikiem, któremu są ślepo posłuszni. Wzniesie się ponad innych wszelkimi możliwymi sposobami — oto główny cel lekarzy.

Nie będę tu mówił o sposobach, z jakich korzystają lekarze dla zdobycia sobie praktyki. Przykre to zagadnienie omówiłem szczegółowo w jednym z poprzednich rozdziałów. Powiem tylko krótko, że większość lekarzy nie zwraca przy tym żadnej uwagi na swych kolegów. Starsi lekarze czynią wszelkie możliwe wysiłki, aby utrudnić młodym zdobycie praktyki, nie pozwalają im asystować na naradach, przedstawiają ich w złym świetle, odradzają zwracania się do nich o pomoc. Jeżeli zaś mówi się coś dobrego o młodym lekarzu, to odpowiadają, że, nie mając doświadczenia, młodzi lekarze mogą być tylko szkodliwi. A co się dzieje, jeżeli wzywa się starego lekarza do chorego, którym poprzednio opiekował się lekarz młody? Zaczyna się przede wszystkim od zupełnego skrytykowania działalności poprzednika, po czym zaleca się wskazówki wprost odwrotne. Często mówi się z całą powagą, że młody lekarz w ogóle nie rozpoznał choroby. Zaślepieni zazdrością, nie widzą, że, oczerniając artystę, sprawiają wielką szkodę sztuce. A jeśli jest mowa o chorym, który zwrócił się o pomoc lekarską do nowego przybysza i zmarł? Usłyszymy, że właściwie nie ma w tym nic dziwnego, gdyż na podstawie tego, o czym

dowiedzieli się od przyjaciół zmarłego, choroba wcale nie była taka trudna do wyleczenia, trzeba było tylko poznać dokładnie przyczynę cierpienia i zastosować odpowiednie środki. Następnie kresią plan kuracji, którą należało zastosować, i która dałaby niewątpliwie dobre wyniki, wreszcie przytaczają jako dowód słuszności swego twierdzenia szereg podobnych przypadków, zakończonych wyleczeniem.

Młodszy lekarze postępują tak samo, jak starzy, dodaje Gilibert:

„Nie tracą oni żadnej okazji, aby się zemścić, i korzystają z wszelkich możliwych sposobów, aby zająć miejsce lekarzy starszych. Potwarz, oszczerstwo, pochlebstwa, nieszczemność — oto sposoby, torujące drogę. Rozgłaszają wszędzie, że starsi lekarze, zaniedbując od dwudziestu lat siedzenia postępów nauki i nie zaglądając wcale już od dawna do książek, nie mogą w żaden sposób stać na wysokości zadania i umiejętnie leczyć swych pacjentów. Dowodzą, że przepisy lekarskie są zbyt liczne i zawiłe, aby można je było ciągle doskonale pamiętać, że, jeśli nawet przypuścić, iż lekarze starsi kiedyś posiadali pewien zapas wiadomości (co, zresztą, nasuwa dość duże wątpliwości), to mieli dość czasu, aby o nich zupełnie zapomnieć, że nawet najlepsza pamięć nie może zachować w ciągu długich lat wszystkich szczegółów patologii i terapii, jeśli ich co pewien czas starannie nie odświeżać. Starsi lekarze tracą cały swój czas na praktykę zarobkową, tak, że nie pozostaje im ani chwili na pogłębianie i uzupełnianie swej wiedzy...

...Przejrzyjcie historię medycyny, a na każdej stronie znajdziecie dowody zazdrości lekarskiej. Zobaczycie, jak Vesaliusz przeciwstawiał się Sylviuszowi, jak Joubert nie mógł się pogodzić z Rondetem, jak Riolan wiodł bezustannie spory z Pecquetem, jak Eleselles nie chciał ustąpić Fernetowi. Już w czasach starożytnych Galen miał licznych wrogów i zazdrosnych. Również i Hipokrates skarży się na złe stosunki koleżeńskie wśród lekarzy. W czasach nowszych znakomity Boerhaave był zawziętym wrogiem słynnego lekarza Freinda. Staalh i Hoffmann byli więcej, niż rywalami, i każdy z nich starał się, jak tylko mógł, zaszkodzić swemu koledze i przeciwnikowi. Idźcie do uniwersytetu, posłuchajcie profesorów, a przekonacie się, że każdy z nich stara się obalić w całości lub częściowo twierdzenia drugiego. W rozmowie będą dążyli do wykazania, że ich koledzy nie posiadają żadnego talentu naukowego, ani pedagogicznego, że wszelkie ich pomysły są poronione. Przeczytajcie wszystkich autorów od czasów Hipokratesa i Galena. Od czasów starożytnych aż do naszych czasów wszyscy zaczynają od obalania dogmatów swych poprzedników, ogłaszając dumnie, że stworzą nowe doktryny, które zastąpią dotychczasowe naiw-

ne poglądy. Przeczytajcie zwłaszcza przedmowy Sydenhama, Babbiviego, Hoffmanna, przeczytajcie Bordeau, Lacase, van Helmonta, a znajdziecie liczne dowody słuszności tego spostrzeżenia.

A czy przypuszczacie może, że to miłość prawdy i przekonanie o słuszności kierowały naszymi pisarzami? Wydaje się to bardzo mało prawdopodobne, a to z następujących względów:

1-o. Ich nauki były prawie zawsze całkowicie obalane lub zmieniane przez ich następców lub nawet współczesnych.

2-o. Lekarz, który uważa, że ma talent, pisze, aby zdobyć sobie nazwisko; widzi on doskonale, że nie zdobędzie wielkich zaszczytów i wielkich pochwał przyszłości, jeżeli ograniczy się tylko do obalania doktryn swych poprzedników. Należy więc stworzyć coś nowego. W tym celu studiuje starannie dawne dzieła, wyszukuje ich słabe strony, udowadnia błędy i stara się za pomocą frazesów lub sofizmów olśnić czytelników i zaimponować im pozorną erudycją. W ten sposób autor zyskuje już opinię uczonego lekarza, gdyż uważa się, zwłaszcza obecnie, za wielką zasługę wykazywać błędy w starych dziełach i obalać dotychczas panujące doktryny. Po dokonaniu tego dzieła burzenia autor zaczyna budować na ruinach nowy gmach. Omawia nowe zasady, przystosowuje do nich odpowiednie doświadczenia, nie rzadko nawet stwarza specjalne obserwacje lub też zmienia według własnego upodobania stare spostrzeżenia i stara się przedstawić całokształt zagadnienia we własnym ujęciu. Wszystko to robi pozorne wrażenie nowego systemu, który utrzymuje się przez pewien czas dzięki cierpliwości ludzi dla wszelkich nowości. Wreszcie zjawia się nowy kandydat do zdobycia sławy, atakuje panujący system, wyszukuje jego błędy, podważa fundamenty i usiłuje stworzyć nowy, lepszy. Oto, w jaki sposób powstaje większość dzieł lekarskich. Zazdrość i miłość własna są ich rodzicami. Nic więc dziwnego, że w ciągu 30 lat doktryny się rodzą, starzeją się i upadają. Osobiście przeżyłem już upadek dogmatów Boerhaavea, Staalha i Hoffmanna. Poglądy Bordeau, Lacasea i Hallera zdążyły już za moich czasów uzyskać ogólne uznanie, następnie stały się przedmiotem ostrej krytyki i wreszcie poszły w zapomnienie. Oto smutne wyniki zazdrości i dążenia do czczej sławy. Czyż nie doczekamy się wreszcie, po tylu zmianach kolech losu, wieku prawdy? Czyż nie doczekamy się czasów, gdy lekarze zgodnie będą pracowali dla dobra społecznego i poświęcą swe siły dla pracy nad uzdrowieniem cierpiącej ludzkości?..

Z czasopisma „Revue des Progrès Thérapeutiques“ 1932 Nr 1 przełożył Józef Typograf
(Warszawa)

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Europejska Konferencja życia wsi.

(Zagadnienie zdrowia).

Podał

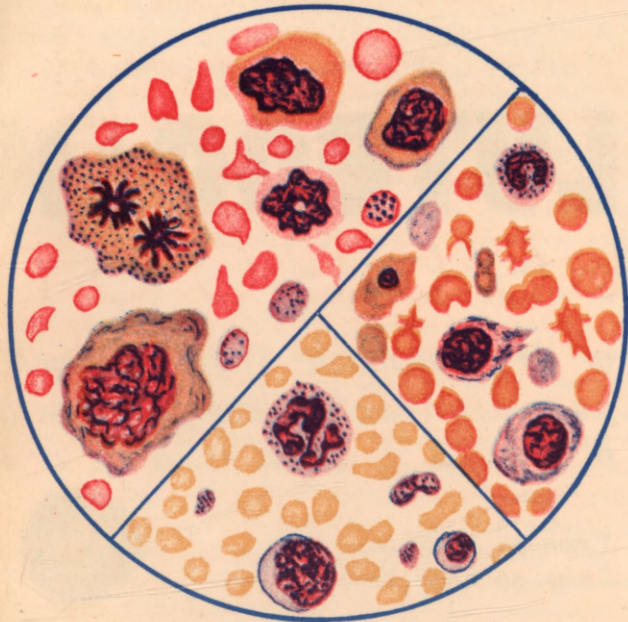
St. ADAMOWICZOWA (Warszawa).

Liga Narodów zwołuje w październiku Europejską Konferencję życia wsi. Konferencja obejmie całokształt spraw, związanych z życiem wsi: zagadnienia demograficzne, ekonomii rolnej, zdrowia publicznego, odżywia-

nia, współdziałczości, budownictwa wiejskiego itp. Poniżej podajemy w streszczeniu monografię, przygotowaną na konferencję z ramienia organizacji Higieny Ligi Narodów przez dra M. Kacprzaka i dra René Sanda, mającą służyć za podstawę do dyskusji nad zagadnieniem zdrowia na wsi.

I. Wstęp.

a) **Znaczenie zdrowia.** Człowiek jest ostatecznym celem naszej działalności. W pracy naszej dą-



PERMEDIN LAOKOON

wysoce aktywny preparat wątrobowy

dwa stężenia: **normalne** — PERMEDIN I (10:1)
mocne — PERMEDIN II (100:1)

EFEKT kliniczny po wstrzyknięciu 1 amp. PERMEDIN II odpowiada podaniu 1 kg świeżej wątroby doustnie.



Postacie:		
PERMEDIN I pud. 6 amp. po 2 cm ³	zł. 6.—	
PERMEDIN II (forte) pud. 4 3 amp.	" 9.60	
PERMEDIN Liq. fl. ok. 80 cm ³	" 5.70	

www.dlibra.wum.edu.pl



Biologicznie mianowany hormon
ciałka żółtego (progesteron)

LUTEOGAN

LAOKOON

w krwawieniach fizjologicznych,
poronieniach nawykowych,
b e z p ł o d n o ś c i

3 amp. po 1 jedn. król.

2 amp. po 5 jedn. król.



www.dlibra.wum.edu.pl

żymy zawsze do polepszenia warunków bytowania oraz wzbogacenia życia ludzkiego. W akcji tej na plan pierwszy wysuwa się walka o zdrowie, zdrowie bowiem jest nieodzownym warunkiem dobrego samopoczucia i zdolności do pracy, gwarancją równowagi intelektualnej i moralnej, podstawowym bogactwem jednostki, rodziny i społeczeństwa. Niestety, postępy nauki wyprzedziły znacznie wprowadzenie jej zdobyczy w życie. Nie ulega wątpliwości, iż warunki ekonomiczne hamują nieraz postęp, jednakże szereg problemów mógłby już dziś być rozwiązany, gdyby nie obojętność ogółu, a zwłaszcza brak odpowiedniej organizacji. Aby sprawę posunąć naprzód, należy przede wszystkim opracować program polityki lekarsko-społecznej w oparciu o dokładną znajomość stanu zdrowotnego ludności i arsenatu sanitarnego danego kraju. Ustalenie hierarchii potrzeb umożliwi znalezienie odpowiednich środków dla ich realizacji. Jednym z głównych zadań polityki lekarsko-społecznej na wsi winna być koordynacja poczynań różnych instytucji, pracujących na polu zdrowotności publicznej. Kwestia ta napotyka zwykle wiele trudności, ale w razie podwłodzenia daje wybitne wyniki.

Dotąd prace nad podniesieniem stanu zdrowotnego ludności dotyczyły głównie ludności miejskiej, przy puszczano bowiem, iż warunki zdrowotne wsi są gwarancją zdrowia jej mieszkańców. Tymczasem uzdrowotnienie miast obniżyło tak wydatnie umieralność, iż w wielu przypadkach jest ona niższa, niż na wsi. Sprawy zdrowotne wsi wysuwają się więc obecnie na czoło zagadnień sanitarnych szeregu państw.

Wieś różni się od miasta sposobem rozsiadlenia ludności, odrębnością wykonywanej pracy, trybem życia, sposobem myślenia i reagowania na zjawiska. Musimy dążyć do tego, aby życie na wsi stało się łatwiejsze i bardziej pociągające. Ludność wiejska jest rezerwuarem, zaopatrującym miasta w ludność, od wartości biologicznej wsi zależy stan zdrowotny kraju, poza tym odgrywa ona wielką rolę w życiu gospodarczym państwa.

W stosunku do liczebności ludności wiejskiej różniemy trzy typy państw: a) państwa uprzemysłowione o nieznacznym odsetku ludności, zajmującej się rolnictwem (Zjednoczone Królestwo lub Belgia); b) państwa, w których ludność wiejska tworzy przynajmniej około 50% ogółu mieszkańców, ale w pracy swej korzysta ze współczesnych ułatwień technicznych zarówno w gospodarstwie, jak i w życiu (kraje skandynawskie, Szwajcaria, Francja, Niemcy); c) wreszcie kraje o dominującej ludności rolniczej. Wieś zachowała tu swój charakterystyczny sposób bytowania, chociaż stopniowo zmieniają się formy jej życia. Tak znaczne różnice wymagają wielkiej giętkości przy ustalaniu zasad polityki zdrowotno-społecznej na wsi. Zalecenia, które zostaną określone w pewnych warunkach jako bardzo skromne, w innych będą brzmiały całkiem rewolucyjnie.

II. Lecznictwo na wsi.

Pierwszym zadaniem polityki lekarsko-społecznej na wsi jest zapewnienie mieszkańcom pomocy w chorobie. Brak tej pomocy jest największą bolączką osiedli wiejskich. Przynosząc ulgę w cierpieniu, torujemy tym samym drogę medycynie zapobiegawczej. Zaopatrzenie wsi w lekarzy może być zrealizowane jedynie w oparciu o instytucje zdrowia publicznego (ubezpieczalnie lub inne postacie zbiorowej pomocy lekarskiej). Leczenie przypadków, wymagających interwencji spe-

cjalistów, wszelkie badania oraz zabiegi chirurgiczne winny być wykonywane w szpitalach.

Przy obecnym rozwoju komunikacji zasięg sieci szpitalnej stale się rozszerza. W rejonach, słabo zaludnionych, tworzone są w niektórych państwach małe szpitaliki (10—20 łóżek), działające jako filie większych zakładów. Na miejscu znajduje się stała pielęgniarka, wyspecjalizowana w położnictwie, lekarz dojeżdża z większego szpitala. Filie udzielają pierwszej pomocy w nieszczęśliwych wypadkach, pomocy przy porodzie oraz opieki chorym, znajdującym się w nieodpowiednich warunkach domowych.

Szpital rejonowy winien posiadać przynajmniej 50 łóżek, pożądane zaś jest, żeby posiadał 100 celem obniżenia kosztów ogólnych. Chłop często nie jest w możności pokryć kosztów szpitalnych. Środki publiczne, przeznaczone na ten cel, są zwykle bardzo szczupłe. Nasuwa się tu konieczność udziału w kosztach, zwłaszcza w przypadkach chorób przewlekłych, funduszy ogólnopństwowych lub ubezpieczalni społecznych. Pomoc dentystyczna na wsi jest droga i niedostępna. Porody na wsi odbywają się przeważnie w domu. Szereg państw subwencjonuje położnie, osiedlające się na wsi, otrzymują one poza tym pewną opłatę od rodziny.

Reasumując, stwierdzić należy, iż program opieki lekarskiej na wsi na dziś winien uwzględniać najpierw: pomoc w nieszczęśliwych wypadkach, w porodzie oraz w chorobach zakaźnych. Cel ostateczny pozostaje zawsze ten sam — zapewnienie wsi całkowitej opieki nad zdrowiem, wykonywanej przez wykwalifikowany personel.

III. Medycyna zapobiegawcza.

Akcję zapobiegawczą prowadzić należy w dwu kierunkach: ogólnym, obejmującym higienę otoczenia i odżywiania, indywidualnym, dążącym do zapewnienia rodzinie i jednostce opieki lekarza i pielęgniarki.

Administracyjnie organizacja służby zdrowia winna się przedstawiać, jak następuje: wszystkie instytucje administracji służby zdrowia oraz opieki społecznej winny być połączone w jednej Instytucji Centralnej pod nazwą Ministerstwa zdrowia lub Opieki społecznej, a w każdym bądź razie istnieć powinna ścisła współpraca pomiędzy odpowiednimi instancjami władzy centralnej. Polityka lekarsko-społeczna władz centralnych powinna się opierać na dokładnie zebranym i opracowanym materiale statystycznym, wskaźnikach zdrowia itp.

Zadaniem administracji prowincjonalnej jest wytworzenie łączności pomiędzy władzą centralną a lokalną. Lokalna (powiatowa) administracja zdrowia powinna mieć na czele lekarza higienistę, poświęcającego się całkowicie tej działalności. Personel pomocniczy składać się winien z pielęgniarki i kontrolera sanitarnego. Tak zorganizowana służba zdrowia powiatu może obsłużyć od 20.000 do 50.000 ludności.

Okręg sanitarny (powiat) składa się zwykle z miasta, posiadającego własną służbę zdrowia, oraz rejonu wiejskiego. Akcja na terenie wiejskim powstaje zwykle albo z inicjatywy władzy centralnej albo lokalnej. W pierwszym przypadku można przystąpić od razu do tworzenia agend (np. ośrodka zdrowia), które by objęły całokształt zagadnień zdrowotnych na pewnym terenie; w drugim przypadku działalność rozwija się zwykle etapami.

Do pracy staje przede wszystkim pielęgniarka, pozostająca pod kierunkiem lekarza, rozpoczynając od opieki nad niemowlęciem, co jej daje dostęp do rodzi-

ny. Następnie obejmuje ona stopniowo swą opieką kobiety w ciąży, dzieci szkolne oraz chorych na gruźlicę. W ten sposób powstaje zwolna ośrodek, posiadający odpowiednie poradnie: stację pierwszej pomocy oraz kąpielisko. O ile ośrodek zdrowia znajduje się w znacznej odległości od szpitala, pożądane jest, aby był zaopatrzony w kilka łóżek dla przypadków nagłych lub wymagających izolacji.

W większości państw rolniczych ośrodek zdrowia nie może być wyłącznie instytucją zapobiegawczą. Trudno by było wytłumaczyć ludności, że ośrodek odmawia pomocy tym, którzy cierpią, a opiekuje się zdrowymi. Należy tylko dbać o to, aby działalność lecznicza nie dominowała zbyt nad działalnością zapobiegawczą. Za najodpowiedniejszą formę organizacyjną uznać należy poliwalentny ośrodek zdrowia, mieszczący wszystkie poradnie w jednym budynku i posiadający co najmniej 1 pielęgniarkę na 6000 ludności. Można jednak również osiągnąć niezgorsze wyniki drogą ustalenia ścisłej współpracy pomiędzy samodzielnymi poradniami.

Wiejski ośrodek zdrowia winien odpowiadać następującym warunkom: a) prowadzić działalność zapobiegawczą przynajmniej w dwu kierunkach, opieki nad dzieckiem i walki z gruźlicą, czy też higieny szkolnej; b) kierownikiem ośrodka winien być lekarz; c) ośrodek powinien mieć pielęgniarkę społeczną. W miarę możliwości ośrodek winien zająć się koordynacją wszelkiej działalności w zakresie zdrowia na objętym przezeń terenie. Pod względem lokalu, ośrodek powinien posiadać przynajmniej poczekalnię, gabinet lekarski, kąpielisko oraz mieszkania dla lekarza lub pielęgniarki.

Poza ośrodkami zdrowia pracują często w terenie okręgi pokazowe, czyli tzw. demonstracje, kolumny ruchome, składające się z lekarzy i medyków, wreszcie spółdzielnie zdrowia.

Akcje sanitarną na wsi rozpoczynać należy od walki z chorobami zakaźnymi, związanymi z warunkami bytowania ludności, przede wszystkim z dżumą plamistą, dżumą brzusznią i czerwonką. Radykalne wykończenie tych chorób wpłynie jednocześnie na podniesienie kultury ogólnej wsi. Szczepienia ochronne mają pierwszorzędne znaczenie w ospie, błonicy, dżumie brzusznej i dżumie plamistej. Jednakże, jeśli chodzi o dwie ostatnie choroby, nie można ograniczać się do szczepień — nie zastaniemy poprawy ogólnych warunków sanitarnych. W chorobach zakaźnych, szerzących się drogą zakażeń kropelkowych, dążyć należy do odosobnienia chorych w szpitalach oraz ułatwienia ich transportu.

Mówiąc o opiece nad matką i dzieckiem, wspomnieć przede wszystkim należy, iż kraje rolnicze posiadają zwykle wysoką umieralność niemowląt. Jest to dziedzina, w której wiele można zrobić i wyniki nie każda zbyt długo na siebie czekać. Zwalczanie umieralności niemowląt jest naczelnym zadaniem uzdrowienia wsi. Akcje zaczynać należy od roztoczenia opieki nad matką. Trzeba nauczyć wieś, iż przynajmniej w ostatnich tygodniach przed porodem kobieta musi być zwalniana od prac szkodliwych dla jej zdrowia, a tym samym i zdrowia dziecka.

Brak odpowiedniej opieki podczas porodu powoduje wysoką umieralność matek i niemowląt. Zapobiec temu może odpowiednio zorganizowana pomoc położnicom. Zadanie to podjąć powinny centralne władze sanitarne lub organizacje społeczne. Położnica musi mieć zapewniony wypoczynek po porodzie przynajmniej przez 7—10 dni. W Holandii i w państwach Skandynawskich organizacje społeczne dostarczają na ten czas położnicy pomocy w gospodarstwie. Odpowiednio zorganizowana opieka nad niemowlętami zapewni dziecku pomoc lekarską w pierwszym roku życia, a matce poradę wykwalifikowanej pielęgniarki.

Najbardziej zaniedbane na wsi jest dziecko w wieku lat 2 do 7-ku. Tu nasuwa się konieczność organizowania stałych ognisk dla dzieci i dziecińców letnich.

W szkole każdy obywatel styka się po raz pierwszy z instytucją publiczną. Zetknięcie to należy wykorzystać celem zbadania zdrowia dziecka, usunięcia wykrytych braków i nauczania dziecka, jak należy żyć, aby być zdrowym.

Z klęsk społecznych, szerzących się na wsi nagminnie, na specjalne uwzględnienie zasługuje gruźlica. Zwalczając ją należy jako chorobę zakaźną i społeczną. Zakażenie gruźlicą następuje bardzo wcześnie, zwykle we własnej rodzinie, przechodząc z pokolenia na pokolenie. Sprzyjają temu wadliwe warunki mieszkaniowe, nieodpowiednie odżywianie i ciężka praca fizyczna. Walkę rozpoczynać należy od wyszukania chorych. Akcję prowadzą poradnie: przeciwgruźlicze za pośrednictwem pielęgniarek. Każdy podejrzany o gruźlicę winien być zbadany w ośrodku (prześwietlenie), a chory otrzymać pomoc lekarską i opiekę pielęgniarską, obejmującą całą rodzinę.

Stan ekonomiczny ludności wiejskiej nie pozwala na długotrwałe leczenie w sanatoriach. W obecnych warunkach poprzestać należy na izolacji chorego w domu, w miarę możliwości w osobnej izbie, czy separacie, odgradzając część izby, wreszcie budując za przykładem Holandii przy domu mieszkalnym specjalne przybudówki.

Ludność wiejska wykazuje brak zrozumienia istoty gruźlicy, konieczności oszczędzania przez dłuższy czas sił chorego nawet po pozornie zakończonej kuracji przy pozornym powrocie do zdrowia.

Choroby weneryczne spotykają się dość często na wsi. Leczenie ich na wsi natrafia na wiele trudności, wynikających z obawy przed ujawnianiem istoty choroby. Chorobę winien wyszukiwać i leczyć ośrodek zdrowia, w braku zaś ośrodka lekarz powiatowy lub lekarze wolnopraktykujący.

Choroby umysłowe spotykają się na wsi również często, jak i w mieście, ale chory na wsi jest znacznie bardziej zaniedbany, i życie tego jest wyjątkowo ciężkie. Wyszukiwanie dzieci anormalnych lub umiarkowanie umysłowo należy do lekarza szkolnego; w stosunku do dorosłych zadanie to obciąża lekarzy praktykujących.

Niewatłiwie tworzenie poradni higieny psychicznej w ośrodkach zdrowia i izolacji chorych umysłowo w zakładach noszących znacznie sprawę naprzód. Napotyka to jednak wiele trudności. (Dok. nast.).

Wiadomości bieżące.

— W wydaniu wieczornym „Zasu” z dn. 17 sierpnia r. b. znajdujemy interesujące uwagi prof. Franciszka Groëra o stanie obecnym nauki polskiej, które w krótkich wyjątkach tu po-

dajemy. Stwierdziwszy na samym wstępie, że: „produkcja naukowa polska, szczególnie jeżeli chodzi o medycynę i nauki biologiczne — ale moi koledzy z innych wydziałów twierdzą, że tak

samo jest i w innych dziedzinach — spada, przede wszystkim pod względem jakości, stale". Główną przyczynę tego stanu rzeczy upatruje prof. Groër w tym, że w Państwie naszym brak jest zasadniczego zainteresowania się twórczością naukową. Twierdzenie to dotyczy nie tylko opinii szerokich mas, ale przede wszystkim organizacji i instytucji państwowych, administracyjnych i społecznych, które, sądząc powierzchownie z ich nazwy powinny być właśnie powołane do tej roli"..... „Twórczość naukowa przestała wśród zgłajszaltowanej umysłowości współczesnych mas społecznych posiadać jakąkolwiek siłę atrakcyjną. Brak jej sensacyjności. Nie działa zbyt silnie na wyobraźnię. Stąd dużo popularniejszy wśród mas jest sport i jego koryfeusze. Stąd szybkobiegacze, skoczki i kopacze piłki uważani są za ważniejszych reprezentantów Polski zagranicą, aniżeli jacyś tam nudni uczeni"..... „Wynika stąd, że przy wyborze kandydatów wartościuje się nie ich dorobek naukowy i jego znaczenie na miarę światową, ale raczej inne walory, jak np. prace społeczne, przekonania ideologiczne, pochodzenie itp"..... „Rzecz prosta, że wszystko to kryje się przyczynowo w środkowo i wschodnio - europejskiej dewaluacji wartości indywidualnej. Tam gdzie zgłajszaltowanie dociera do organizacji nauki — tam kończy się nauka i wszelka twórczość. Mamy tego tak wyraźny przykład na wszystkich trzech państwach totalnych. Tam natomiast, gdzie potęga narodu i państwa związana jest ze swobodnym rozwojem jednostki, tam i w dzisiejszych czasach nie spostrzegamy żadnych objawów upadku twórczości naukowej, ale przeciwnie wzmożony jej rozkwit. Ale miejmy nadzieję, że uda nam się znaleźć drogi wyjścia z impasu, w którym znalazła się nauka polska. W nadziei tej podtrzymuje nas rzadki w dziejach historii państw i narodów fakt, że na czele Polski stoi na szczęście człowiek nie tylko doskonale rozumiejący potrzeby nauki, ale zawsze pragnący przyjść z pomocą każdemu wysiłkowi twórczemu".

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	4/VI— 10/VI	11/VI 17/VI	18/VI— 24/VI	25/VI— 1/VII
Ospa	0	0	0	0
Dur brzuszny	138 (11)*	180 (12)	187 (10)	178 (14)
Dur rzekomy	1 (0)	0	0	1 (0)
Dur osutkowy	81 (6)	71 (2)	78 (2)	60 (2)
Dur powrotny	0	0	0	0
Czerwonka	5 (0)	13 (0)	10 (2)	17 (4)
Płonica	259 (3)	303 (8)	292 (4)	196 (2)
Błonica	206 (16)	213 (8)	190 (11)	155 (6)
Odra	449 (3)	517 (5)	462 (1)	271 (2)
Róża	77 (2)	98 (3)	106 (2)	73 (1)
Krztusiec	192 (14)	206 (11)	206 (8)	130 (8)
Zapal. op. mózg.	22 (7)	10 (2)	22 (8)	27 (2)
Zap. mózg. śpiączk.	0	2 (0)	1 (0)	1 (0)
Chor. Heine-Medina	1 (0)	0	0	0
Malaria	5 (0)	11 (0)	20 (0)	8 (0)
Gorączka pługowa	28 (5)	27 (7)	16 (4)	29 (10)
Trąd	0	0	0	0
Gruźlica	517 (217)	601 (273)	577 (223)	462 (204)
Jęglica	569 (0)	580 (0)	508 (0)	473 (0)
Twardziel	1 (0)	3 (0)	0	0
Waglik	1 (0)	2 (0)	1 (0)	0
Nosaczna	0	0	0	0
Włośnica	3 (0)	0	0	0
Wścieklizna	0 (2)	0 (4)	0 (1)	0 (1)
Choroba Banga	0	1 (0)	0	0

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— Ruchliwe Towarzystwo Szpitalnictwa przystąpiło do wydawania kwartalnika p.t. Przegląd Szpitalnictwa, którego Nr 1—2 za r. 1939 wyszedł obecnie. Nader pięknie wydany zeszyt zawiera prace Dra Konrada Orzechowskiego, Dra Mirosława Załęskiego, Inż. Franciszka Bąkowskiego, Prof. Dra Jana Szmurły, Inż. Marcina Heymana, Inż. Mieczysława Koz-

łowskiego, W. Gutjatra, Prof. Dra Władysława Szajnacha i Dra A. von Sósos.

— Nr 7—8 „Trzeźwości“ za lipiec i sierpień r. b. zawiera między innymi redakcyjne słowo powitalne oraz krótką odezwę redaktora Jana Szymańskiego „Ku zwycięstwu nad mrokiem“ (przed XXII Międzynarodowym Kongresem Przeciwdziałowym w Helsinkach), a dalej odczytu z powodu odbytego w Warszawie w dniu 18 maja r.b. Zjazdu Jubileuszowego Delegatów kół Polsk. Tow. walki z alkoholizmem „Trzeźwość“, Koła Lekarzy Abstynentów oraz pokrewnych organizacji.

— Nr 5 miesięcznika „Sad i owoce“ z listopada r. 1938 zawiera pomiędzy innymi życiorys odkrywcy witamin Prof. Dra Kazimierza Funka, pióra Dra Władysława Rogowskiego, artykuł „Dzieło Funka“, napisany przez Dra Julię Hrebničką, „Witaminy“ artykuł redakcyjny oraz Bibliografię prof. Dra Kazimierza Funka pióra Romualda Czesława Ziemkiewicza. Kazimierza Funka, jak wiadomo, jest Warszawianinem, synem lekarza warszawskiego, i w latach 1923—1927 był kierownikiem działu biochemii w Szkole Higieny w Warszawie z ramienia International Health Board, Rockefeller Foundation.

— W Ciechocinku otwarty został w r. b. zakład leczniczy dla chorych reumatyków i artretyków, którego kierownikiem jest Doc. Dr Antoni Fidler, a organizatorem Zarząd Zdrojowiska w porozumieniu z kliniką wewnętrzną Uniw. J. P. w Warszawie. Zakład mieści się w nowoczesnym budynku z rozległym ogrodem i rozporządza 20 pokojami jedno- i dwuosobowymi.

— Komunikat Izby Lekarskiej Łódzkiej. W związku z uchwałą powziętą na uroczystym posiedzeniu Zarządu Izby Lekarskiej Łódzkiej dnia 14.V.1935 r. w sprawie konkursu na nagrodę im. Marsz. Józefa Piłsudskiego za najlepszą pracę polską z dziedziny badań nad rakiem, jaka ukaże się w przeciągu pierwszego trzylecia od daty zgonu — Zarząd Izby Lekarskiej Łódzkiej komunikuje, że ostateczny termin nadsyłania prac mija dnia 30 września r. b. i przedłużany więcej nie będzie. Regulamin nagrody konkursowej im. Marsz. J. Piłsudskiego: 1. Izba Lekarska Łódzka uchwaliła ufundować nagrodę konkursową im. Marsz. Józefa Piłsudskiego. 2. Nagroda wynosi zł 2.000.— 3. Nagroda konkursowa im. Marsz. Piłsudskiego udzieloną będzie w dniu 12 maja 1940 roku, za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny badań nad rakiem, dotąd nigdzie niedrukowaną, napisaną w języku polskim i wykonaną w Polsce. 4. Prace konkursowe przysyłać należy na ręce Prezesa Izby Lekarskiej Łódzkiej, Łódź, ul. Gen. Pierackiego 9, do dnia 30 września 1939 r. 5. Prace konkursowe, oznaczone obranym przez autora godłem, powinny być nadesłane w dwóch egzemplarzach. Do prac należy załączyć zamkniętą kopertę, nazewną zaopatrzoną w godło, wewnątrz zawierającą imię, nazwisko i adres autora. 6. Skład Sądu Konkursowego: (patrz Dziennik Urzędowy Izby Lekarskiej Nr 2/36). 7. Sądowi konkursowemu przysługuje prawo przyznania nagrody w całości ewent. podziału sumy na dwie nagrody.

COLLOQUIUM TERMINOLOGICUM.

LVI. Krwiopust czy upust krwi?

Język polski niezbyt chętnie łączy 2 wyrazy dla oznaczenia pewnych czynności, w czym tak celują języki germańskie, szczególnie zaś niemiecki. Całkiem więc naturalny i zgodny z duchem języka jest termin niemiecki „Aderlass“, któremu znów odpowiada termin francuski „la saignée“. Tym terminom obcym, oznaczającym wypuszczenie z żyły części krwi całkowitej, nie odpowiada termin polski „skrwawienie“, oznaczający pozbawienie życia zwierzęcia za pomocą wypuszczenia całej krwi, krążącej w naczyniach. Termin „krwiopust“ razi swą sztucznością i niezgodnością z duchem języka. Jedynym więc terminem polskim, nie raziącym i odpowiadającym ściśle terminom obcym „Aderlass“ i „la saignée“, jest termin „upust krwi“.

Stanisław Justman.

LVII. Schorzenia wewnątrzgruczołowe czy dokrewne?

Pomimo coraz to bardziej uwidoczniającej się wielkiej roli gruczołów dokrewnych w gospodarce ustroju i przeto wzrastającej zainteresowania nimi w piśmiennictwie naukowym mianownictwo odnośne nie może się jakoś ustalić. Budzi pod tym względem zastrzeżenia termin „schorzenia wewnątrzgruczołowe”. Oznacza on różne schorzenia, odbywające się wewnątrz różnych gruczołów. A tymczasem z sensu całej pracy, w której ten termin znalazłem, wypływa, że autor miał całkiem coś innego na myśli. Chodziło mu o schorzenia gruczołów dokrewnych, czyli gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym. Należało więc użyć jasnego terminu „schorzenia dokrewne”, a nie mogącego budzić wątpliwości terminu „schorzenia wewnątrzgruczołowe”.

Stanisław Justman.

NADEŚLANO DO REDAKCJI.

Materiały o organizacji i działalności Wydziału opieki społecznej i zdrowia publicznego Zarządu Miejskiego w M. St. Warszawie pod redakcją J. Starczewskiego i Dr J. Konopnickiego. Rok budżetowy 1936/37. Warszawa — 1937 r.

Joseph Francis Mc Carthy. The internist looks at the prostate gland. Odb. z „Journ. of the Mount Sinai Hospital”. 1938 Nr 6.

Pietro Tullio e Silvestro Canova. Ricerche comparative sopra la stimolazione calorica, elettrica, rotatoria, chimica e sonora del labirinto acustico. VI. Odb. z „L'Oto-Rino-Laryngologia Italiana”. 1935 Nr 2.

Ciż. Ricerche comparative sopra la stimolazione calorica, elettrica, rotatoria, chimica e sonora del labirinto acustico. VII. Ibid. Nr 3.

P. Tullio. La micro-chirurgia auricolare mediante il microscopio binoculare stereoscopico negli animali e nell'uomo. Odb. z „L'Ateneo Parmense”. 1938. T. X. Z. 2.

S. Guzman. O wartości badania treści dwunastniczej w chorobach wątroby. Odb. z „Prasy Lekarskiej” 1937. Z. 7.

Jan Nelken. Pamflet psychiatryczny. Odb. z „Higieny psychicznej”. 1938.

Sanatorium „Rudka”. Opis i Zarys historyczny 1908—1938.

Dr Roman Markuszewicz. „O niekończącej się analizie” Freuda. Odb. z „Roczn. Psychiatr.” Z. XXXIV/XXXV. 1938.

Jan Nelken. Omamy psychorodne. Odb. z „Roczn. Psychiatr.” XXXIV/XXXV. 1938.

Tenże. Higiena psychiczna obrony przed atakiem lotniczo-gazowym. „Higiena Psychiczna”. 1938.

Sprawozdanie Prezesa Polskiego Związku Przeciwgruźliczego Prof. Dr Med. Witolda Orłowskiego z działalności P. Z. P. za okres administracyjny 1938—1939 r. złożone na Walnym Zebraniu Związku z dn. 16.IV.1939 r. Warszawa 1939.

Trzeźwość Nr 5—6. XX-lecie Tow. „Trzeźwość”. 18.V.1919—18.V.1939.

Rada naukowo-lekarska przy Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych. Protok. z posiedz. plenarn. Rady Naukowo-Lekarskiej odbytego w dn. 30 stycznia 1939 r. Warszawa 1939.

Stefan Otolski. Przemysł farmaceutyczny i półprodukty chemiczne. Odb. z „Wiad. Farm.” Nr 18, 19, 20. Rok 1939.

Bulletin de l'Association pour le développement de Relations Médicales entre la France et les Pays Etrangers (A. D. R. M.) Avril. 1939. Masson et Cie. Paris.

Jan Szymański. Poglądy Jędrzeja Śniadeckiego na sprawę alkoholizmu. Warszawa 1939. Nakł. Tow. „Trzeźwość”.

Tenże. Karczma czy Kultura. Odpowiedź Panu Antoniemu Słonimskiemu. Warszawa 1939.

Towarzystwo Doraźnej Pomocy Lekarskiej (Pogotowie Ratunkowe). Sprawozdanie za r. 1938. Warszawa 1939.

Résumé des articles originaux.

St. JUSTMAN. Sur les perturbations psychiques d'origine diabétique.

L'auteur relate un cas de psychose diabétique ayant une frappante ressemblance avec la taboparalysie générale. Ce n'était que l'analyse des urines qui a révélé la vraie nature de la psychose et a fait possible l'amélioration vite de la maladie par la cure antidiabétique. Le cas présent est le seizième cas de psychose diabétique connu dans la littérature psychiatrique.

J. TENCER. A propos de l'anatomie pathologique des sinus.

Au cours des autopsies générales on procède à l'examen des sinus de la face tant au point de vue macroscopique que histologique. On examina 45 cas (coupes histologiques des muqueuses prélevées de 126 sinus). Dans 33 cas on constata des infiltrations inflammatoires dans un ou plusieurs sinus (73%). Dans 19 cas on trouva de l'oedème et dans 13 cas des hémorragies dans la muqueuse des sinus. Les lésions fibreuses des muqueuses sont très fréquentes (32 cas soit 73%). Les muqueuses reconnues normales à l'examen macroscopique ne l'étaient à l'examen histologique que dans un tiers de cas. Les muqueuses des sinus prennent part dans les affections générales. Dans certaines infections aiguës (septicémie, pyémie) on voit de fortes inflammations des muqueuses sinusales et même des embolies bactériennes et des

thromboses des veines. Dans l'artériosclérose et dans les affections cardiaques on trouve des lésions dans les vaisseaux des muqueuses sinusales. Dans la syphilis et dans les néoplasmes on constate souvent des modifications hyalines dans la sous-muqueuse et dans les vaisseaux sanguins.

I. TYPOGRAF. Réflexions d'un médecin du 18me siècle sur la jalousie médicale.

Jean Gilibert, naturaliste du 18-me siècle, critique très sévèrement les relations entre les médecins en leur reprochant la jalousie mutuelle, qui est déjà devenue proverbiale.

S. RUBINROT. La roentgentherapie de l'hypertrichose.

Après une courte revue des étapes que la roentgentherapie de l'hypertrichose a passées l'auteur présente ses observations personnelles datant de 25 ans sur 300 cas environs d'hypertrichose de la femme, dont plusieurs très graves (androtrichie). Au début l'auteur employait le filtre de 3 mm. d'aluminium, lequel depuis 1931 a été remplacé par 1 mm. La dose de 500—600 r. était appliquée en une seule séance, répétée selon le cas 1—5 fois en intervalles de 3 mois. Les résultats obtenus étaient généralement satisfaisants sans réaction persistante importante de la peau. Récemment l'auteur emploie la méthode fractionnée de Borak, dont il ne dispose pas encore des conclusions personnelles.

TRĘŚĆ: ST. JUSTMAN. O zaburzeniach psychicznych na tle cukrzycy. — J. TENCER. Z anatomii patologicznej jam obocznych nosa. — S. RUBINROT. O rentgenoterapii uwłosienia nadmiernego (hypertrichosis). — A. WAJNGOT. Postępy gastrologii w r. 1938 (Str. pogl.). — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — I. TYPOGRAF. Rozważania lekarza z 18 wieku na temat zazdrości lekarskiej. — ST. ADAMOWICZ. Europejska konferencja życia wsi (Zagadnienie zdrowia). — Wiadomości bieżące. — Colloquium terminologicum. — Nadesłano do Redakcji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: ST. JUSTMAN. Sur les perturbations psychiques d'origine diabétique. — J. TENCER. A propos de l'anatomie pathologique des sinus. — S. RUBINROT. La roentgentherapie de l'hypertrichose. — A. WAJNGOT. Les progrès de la gastrologie en 1938 (Rev. gén.). — I. TYPOGRAF. Réflexions d'un médecin du 18me siècle sur la jalousie médicale. — ST. ADAMOWICZ. La conférence européenne de la vie rurale.