

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Zielna 47.

Nr. 15

WARSZAWA, 11 KWIETNIA 1929 R.

Rok VI

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Co wiemy o odporności w gruźlicy?¹⁾

Podał

Prof. R. KRAUS (Wiedeń).

Mój dzisiejszy wykład jest jedynie pobocznym zjawiskiem w mej podróży, gdyż głównym jej celem było obejrzenie Państwowego Zakładu Higieny i bezpośrednie zbliżenie się z młodą szkołą Hirszfelda. Mam nadzieję w ten sposób nawiązać przyjaźń z naszym wiedeńskim wydziałem lekarskim.

To, co widziałem tutaj w zakresie urządzeń, organizacji oraz wyników pracy badawczej przeszło moje oczekiwania. Najbardziej doskonale wydaje mi się organiczne i harmonijne połączenie mikrobiologii, jako kręgosłupa całej budowy, z jednej, zaś współczesnego kierunku higienicznego, a więc opieki społecznej, z drugiej strony, a więc alfy i omegi medycyny zapobiegawczej. Winszuję Panom, zajmującym tutaj stanowiska kierownicze, a więc Hirszfeldowi i Chodźce, tej szczęśliwie prowadzonej współpracy. Dla Europy Zachodniej, a zwłaszcza dla Niemiec oraz Austrii instytut ten stanowi nowe zjawisko, mogące być pierwowzorem.

Zapewne przez dobudowę szpitala chorób zakaźnych uda się dzieło uczynić jeszcze bardziej doskonałym. Ale już obecnie może być młoda Republika dumna zarówno z tej instytucji, która zyskała sobie sławę międzynarodową, jakoteż z powstałej tu szkoły naukowej, znajdującej się w pełni rozkwitu.

Po tych wstępnych słowach pozwolę sobie przejść do właściwego mego tematu. Wybrałem tutaj przykład z dziedziny medycyny zapobiegawczej w tym celu, by na przykładzie zwalczania gruźlicy pokazać, w jaki to sposób higiena, opieka społeczna oraz mikrobiologia dążą do rozwiązania

wielkich i trudnych zagadnień medycyny i jako upragniony cel wspólnej niezmordowanej pracy stawiają sobie oswobodzenie rodzaju ludzkiego od białej dżumy.

Odporności bezwzględnej, jaka występuje po przebyciu pewnych ostrych chorób zakaźnych, nie można w gruźlicy wykazać klinicznie, daje się jednak zauważyć w organizmie zdrowym i jednorazowo zakażonym pewną zmianę w zdolności do reagowania. Jako przykłady bywają tu przytaczane: z jednej strony ostry przebieg gruźlicy płuc u osesków i plemion dziewiczych (murzyny, plemiona zamieszkujące pampasy, bośniacy), z drugiej zaś suchoty płucne dorosłych, jako skutek reinfekcji. Przykłady te mają znaczenie raczej kazuistyczne, nie są jednak dowodem. Dopiero zasadnicze doświadczenie Roberta Kocha (w 1891 r.) nad świnkami gruźliczymi dało nam eksperymentalną podstawę do zajęcia stanowiska w sprawie zmian odpornościowych w gruźlicy. Istota doświadczenia Kocha polega na tem, że świnka gruźlicza na reinfekcję podskórną nie reaguje owrzodzeniem, prowadzącem do uogólnienia się gruźlicy, jak to bywa w zakażeniu pierwotnem, lecz odczynem lokalnym, szybko występującym i gojącym się. Pogłębiły i rozszerzyły to zjawisko doświadczenia Calmettea i Guerina, Römera, moje z Grossem i Volkiem i Hamburgera. Jako klasyczne należy tu przytoczyć doświadczenia Römera, gdyż uwiaryściły one warunki, w jakich powstaje stan odpornościowy. Jedynie przez uwzględnienie pewnych ilościowych i czasowych momentów udało się stwierdzić przy reinfekcji stan odpornościowy u świnek i owiec. Szczególnie ważny jest dowód, że zwierzęta, zakażone drogą podskórną lub śródtrzewną, są odporne na reinfekcję, przeprowadzoną różnymi drogami, np. przez żołądek, drogi oddechowe i zakażenie naturalne. Na mocy swych doświadczeń wyprowadza Römer wnioszek, że sprawa gruźlicza wywołuje w stosunku do gruźliczej reinfekcji wzmoczoną zdolność odczynową, t. j. odporność. Niezależnie od Römera doszedłem wraz z Grossem

¹⁾ Wygłoszone dn. 7 stycznia r. b. w Państwowym Zakładzie Higieny w Warszawie.

i Volkiem na innej drodze do tego samego wniosku. Doświadczenia wstępne wykazały nam, że przez śródskórną infekcję skóry brwi u małą udaje się otrzymać odczyn pierwotny i proces gruźliczy, analogicznie do tego, co spotykamy przy przenoszeniu kiły u małą. Podobnie, jak to miało miejsce w znanych doświadczeniach nad reinfekcją w kile, użyliśmy zakażenia pierwotnego skóry w tym celu, ażeby bliżej zbadać zagadnienie odporności. W ten sposób zdobyliśmy widomy wskaźnik, pozwalający nam dokładnie prześledzić sprawę zakażenia powtórnego. Okazało się nasępnie, zgodnie z doświadczeniami Römera, że odczyn pierwotny, otrzymany przez zakażenie typ. *humanus* lub *bovinus*, wywołuje odporność względem reinfekcji szczepem ludzkim lub bydłowym. Zupełnie negatywnie wypadły doświadczenia z żywymi lasecznikami typ. *gallinarum*, które, choć rozmnożyły się w tkankach, jednakże odczynu pierwotnego, ani odporności nie dawały. Godny zaznaczenia jest fakt, że ogniska pierwotne gojące się, otrzymane przez zakażenie szczepem małą zjadliwym (Courmont), nie dawały odporności ani na skórze zdrowej, ani na wygojonej. Również Römer w doświadczeniach na bydło wykazał, że z chwilą gdy ognisko gruźlicze ulegnie zwapnieniu i otorbieniu, natenczas zjawia się normalna wrażliwość zwierzęcia na reinfekcję. W wyniku ostatecznym doświadczenia nasze, zgodnie z doświadczeniami Römera, wykazują, że tylko czynny proces gruźliczy, spowodowany żywymi lasecznikami chorobotwórczymi, daje w rezultacie stan odporności, że laseczniki nie chorobotwórcze tej odporności nie warunkują, że wraz z wyzdrowieniem odporność znika. Odporność ta występuje nie tylko w gruźlicy doświadczalnej, lecz także w przebiegu gruźlicy naturalnej u bydła, co wykazali Calmette, Vallé, MacFayden i v. Hutyra za pomocą stosowania reinfekcji. Również Finziemu nie udało się otrzymać infekcji przez wstrzykiwanie podskórne dużych dawek zjadliwego szczepu 8 wołom gruźliczym. W ten sposób udało się uzyskać nowe doświadczalne dowody istnienia odporności w gruźlicy.

Odporność w gruźlicy jest inna, niż w przebiegu innych chorób zakaźnych. Mówi się o odporności podczas zakażenia, o odporności dróg chłonnych i o odporności śródzakaźnej. Odporność ta znajduje swój odpowiednik w kile, gdzie odporność na reinfekcję warunkuje tylko czynny proces, z którego wygojeniem możliwa się staje reinfekcja. Zarówno w odporności w kile, jak i gruźlicy czynniki humoralne nie grają dużej roli. Również spostrzeżona przez Kocha nadczułość na tuberkulinę, zastosowana przez Pirqueta w jego skórnym odczynie alergicznym, nie jest przez wszystkich uznana za wskaźnik odporności, wiadomo bowiem, że u zwierząt gruźliczych nadczułość na tuberkulinę może wystąpić przed zjawieniem się odporności i może pozostać po jej zniknięciu.

Nadczułość na tuberkulinę nie jest identyczna z odpornością gruźliczą (Calmette, Selter), i dlatego przyczyny tej ostatniej należy szukać na innej płaszczyźnie.

Metalnikow ze szkoły Miecznikowa już dawno doświadczalnie wykazał, że prątki gruźlicze ulegają fagocytozie u *Galleria mellonella*. Ostatnio Metalnikow wraz z Sekretową wyka-

zali, że również u świnki morskiej laseczniki gruźlicze są fagocytowane przez leukocyty, limfocyty i makrofagi. Bail wykazał wzmożoną zdolność rozpuszczającą płynów ustrojowych organizmów gruźliczych. Deycke i Much, Much i Leschke wykazali, że zjawisko to daje się zaobserwować głównie w jamie otrzewnowej.

Dopiero dzięki pracom moim i Hofera sprawa tuberkulolizy w ustroju wywołała ponowne zainteresowanie. Najważniejszym wynikiem naszych doświadczeń było stwierdzenie, że w organizmie gruźliczym następuje często rozpuszczenie laseczników, wówczas gdy w organizmie zdrowym najważniejsza rola przypada fagocytozie. Przy procesie rozpuszczania prątków tracą one swą kwasoodporność, a występują ziarenka Mucha, spotykane w płwocinie i ropie, co do których, jako odrębnych form rozwojowych laseczników, toczyła się obszerna dyskusja. Bergel uważa, że proces lityczny przebiega drogą wydzielania lipaz przez limfocyty, i uważa ziarenka Mucha za produkty rozpadu laseczników gruźlicy. Według niego proces ten daje się doskonale zaobserwować na białych myszach, które wykazują dużą odporność względem laseczników. W instytucie Rockefellera zajęli się tuberkulolizą Manwaring i Bronenbrenner, używając w doświadczeniach świnek morskich, szczurów, królików, psów i małą. Także i ci autorzy doszli do wniosku, że prątki Kocha ulegają zniszczeniu w jamie otrzewnowej zwierząt gruźliczych przez rozpuszczanie. Przeciwno koncepcji, ustalonej przez szereg autorów, głoszącej że ulegają one zniszczeniu także pozakomórkowo, występują Calmette, Burnet i uczniowie Miecznikowa przypisując najważniejsze znaczenie fagocytozie. Na tym gruncie toczył się fragment znanej walki między Miecznikowem i Pfeifferem. W końcu zapanowało zdanie, że w walce ustroju z lasecznikami oba zjawiska odgrywają rolę, podobnie jak to ma miejsce i z całym szeregiem innych bakterij. Przykładem ilustrującym mogą być prace Töppicha i Gromelskiego z Zakładu Anatomji Patologicznej w Królewcu. Śledząc los laseczników gruźliczych w ustroju, wykazali oni na preparatach histopatologicznych obok fagocytozy istnienie pozakomórkowo położonych ziarnistości oraz rozpuszczanie prątków. Po pewnym okresie czasu można znaleźć jedynie bardzo nieliczne laseczniki o normalnym wyglądzie. Töppich oświadcza wyraźnie, że niszczenie przez fagocytozę posiada stosunkowo małe znaczenie. Streszczając, należy podnieść, że w mechanizmie wytwarzania się odporności w gruźlicy gra rolę zarówno rozpuszczanie prątków, jak i fagocytoza, i że u zwierząt gruźliczych i odpornych zarówno elementy leukocytarne, jak i komórki układu siateczkowo-śródbłonkowego muszą wykazywać wzmożoną czynność.

Nad sprawami przytoczonymi zatrzymałem się dłużej dlatego, że stanowią one podstawę współczesnej nauki o odporności w gruźlicy i są konieczne do zrozumienia zasad uodpornienia ochronnego. Nowoczesne dążenia do otrzymania uodpornienia czynnego w gruźlicy opierają się na fenomenie Kocha oraz na zasadach szczepień Jennera i Pasteura. Myślą przewodnią różnych metod szczepienia jest korzystanie ze szczepów

żywych zjadliwych, jednocześnie zaś osłabionych. Teza Jennera została po raz pierwszy zastosowana w „Taurumanie“ Kocha i „Bovovaccinie“ Behringa. Woły, szczepione prątkami typu ludzkiego, okazały się odporne na reinfekcję i zakażenie naturalne. Szczepienia te jednak nie mają znaczenia praktycznego z jednej strony ze względu na niebezpieczeństwo, jakie przedstawiałyby obecność zjadliwych prątków typu ludzkiego w mięsie i mleku, z drugiej zaś ze względu na krótkotrwałość uzyskanego stanu odporności. Doświadczenia te jednak mają wielkie znaczenie, dowiodły bowiem że prątki typu ludzkiego są dla bydła niezjadliwe i wywołują odporność. Co się tyczy uodpornienia szczepami, zabitemi środkami fizyczno-chemicznymi, to usiłowania w tym kierunku spełzły na niczym.

Pozostaje kwestja uodparniania prątkami B. C. G. według Calmettea, kwestja, znajdująca się obecnie w ogniu dyskusji.

Calmette i jego współpracownicy na zasadzie licznych prac twierdzą, że udało im się uodpornić na reinfekcję świnki morskie, króliki i cielęta za pomocą sztucznie pozbawionego zjadliwości szczepu typu bydłowego. Szczep ten, nazwany B. C. G., był w ciągu 13 lat hodowany na kartoflu z gliceryną z dodatkiem 5% żółci wołu; w ciągu tego czasu zrobiono 230 pasaży. Doświadczenia wymienione, w szczególności doświadczenia Wilberta na małpach (15 szympanów i 59 cerkopiteków), szczepionych podskórnie i doustnie szczepem B. C. G., wykazują, że zwierzęta te stały się odporne na reinfekcję i zakażenie naturalne, podczas gdy zwierzęta kontrolne zginęły na gruźlicę. Odporność, twierdzi Calmette, trwa tak długo, jak długo są jeszcze żywe prątki w gruczołach chłonnych. Ujęcie jego zgodne jest ze zdaniem Kocha i Behringa co do powstawania odporności u bydła szczepionego „Taurumanem” i „Bovovacciną”.

Doświadczenia Calmettea nabrały wielkiej doniosłości dlatego, że, opierając się na doświadczeniach laboratoryjnych, przeszedł on do szczepień na oseskach i cielętach. Masowo jest już stosowane we Francji uodparnianie doustne niemowląt ze środowiska gruźliczego. Francuski Urząd Zdrowia zezwolił na przeprowadzenie szczepienia przez każdego lekarza praktykującego.

Dane statystyczne, zwłaszcza dane porównawcze, dotyczące dzieci nieuodparnianych, skrytykowali Wallgren (Acta paediatr. Bd. 8. 1927) i Rosenfeld, Götzl (Berichte der Wiener Mikrob. Ges. Zentralbl. f. Bakt. 1928).

Było ważną rzeczą ustalić, czy szczep B. C. G. jest chorobotwórczy, czy też nieszkodliwy, czy może on proces gruźliczy wywołać, i czy ilości jego, używane do uodparniania, przy sposobie ich wprowadzania do ustroju szkodzą człowiekowi i zwierzęciu. Doświadczenia nasze, przerobione na dużej liczbie świnek i królików, podczas których zwierzętom wstrzykiwano podskórnie, śródtrzewnowo i śródżylnie 5, 10 i 20 mg. 4 do 6 tygodniowej hodowli, wykazały, że szczep B. C. G. jest zdolny do wytwarzania zmian gruźliczych.

Proces gruźliczy po wstrzyknięciu podskórnym lub śródtrzewnowym zostaje przeważnie zlokalizowany i nie uogólnia się. Właściwością tego procesu jest powolne cofanie się po 6 — 8 tygodniach

i wyleczenie. Chorobotwórczości szczep ten nie posiada, bowiem zwierzęta, którym wstrzykiwano nawet duże dawki, zazwyczaj zostawały przy życiu. Przeszczepianie gruźlicy z narządów, wykazujących zmiany, udawało się rzadko. Wynik przeszczepiania zależy od liczby prątków, zawartych w tkankach. Należy zaznaczyć, że przenoszenie infekcji za pomocą narządów zwierząt zakażonych nie przemawia ani za, ani przeciw szkodliwości szczepu B. C. G. To samo ma bowiem miejsce z wirusem wścieklizny, gdzie przeszczepiamy z mózgu, zakażonego szczepionką; stanowi to właśnie metodę otrzymywania wirusu, nie dającego się hodować.

Ponieważ w narządach gruźliczych są prątki, jest więc rzeczą zrozumiałą, że w pewnym stadium po wstrzyknięciu szczepu B. C. G. można go znów w hodowli otrzymać. Nowe badania, które wykonałem z Gerlachem, wykazały, że szczep B. C. G., wstrzyknięty małpom podskórnie w ilości 40 mg., jest dla nich nieszkodliwy, wywołuje zaś lokalnie albo twardy naciek, albo też ropień gojący się i nieposuwający się dalej. Sposprzeżenia te potwierdzają to, co znalazł Wilbert.

Fujioka i Fuchs obserwowali u królików po wstrzyknięciu do oka 10 mg. B. C. G. jedynie proces zlokalizowany, cofający się całkowicie. Podobne spostrzeżenia zrobili Igersheimer, Kirchner. Na zasadzie tych doświadczeń przyjmuję, że szczep B. C. G. wytwarza zmiany gruźlicze, lecz nie jest chorobotwórczy; dawki stosowane podskórnie u ludzi i zwierząt oraz *per os* u osesków, należy uważać za nieszkodliwe na zasadzie dotychczasowych doświadczeń. Z tym poglądem znajduje się w zgodzie cały szereg doświadczonej badaczy, którzy mogli całkowicie potwierdzić nasze doświadczenia.

Problematem, który jest przyczyną różnych zdań, jest zachowanie się odczynu tuberkulinowego u szczepionych oraz znaczenie jego dla odporności. Dlatego postanowiliśmy u zwierząt, uodpornionych szczepem B. C. G., zbadać reakcję tuberkulinową. Ponieważ reakcja śródskórna nie dawała rezultatów jednolitych, stosowaliśmy reakcję śródtrzewnową. Fujioka kontynuował moje doświadczenia i opisał je w Zeitschrift f. Immunitätsforsch. 1928. Świnki, które otrzymały doustnie śródtrzewnowo, śródżylnie i śródocznie po 10 — 20 mg. B. C. G., po czterech tygodniach i później reagują na tuberkulinę, wstrzykniętą śródtrzewnowo, słabo lub wcale i wyjątkowo tylko padają od dawek, które uśmiercają świnki, zakażone zjadliwym szczepem ludzkim lub bydłowym. Ta różnica w reagowaniu nie jest wytłumaczona. Być może, łączy się ona z małym rozmiarem zmian gruźliczych, wywołanych szczepem B. C. G.

Pogląd Calmettea, że szczep B. C. G. jest na stałe osłabiony, a więc dziedzicznie ustalony pod tym względem, został potwierdzony przez Fujiokę. W doświadczeniach na świnkach stwierdził on bowiem, że prątki B. C. G. ani w posiewach ani też przez pasażę w ustroju wrażliwym nie zwiększają swej chorobotwórczości. Również pasażę przez małpy i myszy nie zmieniły zjadliwości szczepu, jak to wykazały nasze doświadczenia. Stąd więc można uważać szczep B. C. G. za analogiczny z *virus fixe* Jennera i Pasteura, które to obydwa wirusy również są dziedzicznie

ustalone i nie mogą się cofnąć do swego pierwotnego typu chorobotwórczego. Stąd więc nasze doświadczenia zgodne są z ujęciem Calmettea, że szczep B. C. G. winien być uważany za *virus fixe*. Może się jednak szczep ten zmieniać w sensie jego osłabienia, za czym zdają się przemawiać nowe doświadczenia. Szczep ten w ilości 10 — 20 mg., stosowany śródtrzewnowo, wywoływał zmiany typowo gruźlicze. Od kilku miesięcy zauważamy obecnie, że nawet 50 i 100 mg. tego szczepu, używanego przez nas od dwu lat, wywołuje jedynie nieznaczne zmiany.

Na tej zasadzie przerobiliśmy badania porównawcze ze szczepem nowym, uprzejmie przesłanym nam przez Calmettea. Wstrzyknięto świnkom morskim śródtrzewnowo po 10 i 20 mg. szczepu 353, szczepu Nr. 6,322, które były u nas w instytucie hodowane, i szczepu Nr. 8, który Gerlach również

dzięki Calmettowi przed dwu laty otrzymał. Zwierzęta zostały zabite po jednym miesiącu, i okazało się, że szczepy te spowodowały jednakowe zmiany, nie wykazujące żadnej różnicy. Uderzającym jest tutaj, że sprawa gruźlicza, którą te szczepy wywoływały, wykazywała mniejsze nasilenie, aniżeli te zmiany, któreśmy stwierdzić mogli przed dwu laty. Zmuszeni jesteśmy wobec tego przyjąć, że szczep B. C. G. nie tylko w naszej pracowni, lecz także w instytucie Pasteura uległ osłabieniu tak dalece, iż nie może on obecnie w dawkach, wynoszących 10 i 20 mg., a nawet więcej, wywołać zmian gruźliczych w poprzednich rozmiarach. Osłabienie to, być może, ma znaczenie przy szczepieniu, i z tego też względu własność wytwarzania zmian gruźliczych winna być określana ilościowo.

(Dok. nast.)

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Kliniki Chirurgicznej 2-iej U. W.
(Dyrektor: Prof. Dr. Z. RADLIŃSKI)

i

Zakładu Anatomii Patologicznej U. W.
(Dyrektor: Prof. Dr. L. PASZKIEWICZ)

O mięsaku limfatycznym.

Podał

Dr, med. Jerzy RUTKOWSKI (Warszawa).
st. asyst. Klin. Chir. 2-iej U. W.

Do dnia dzisiejszego panuje jeszcze wielki zamęt w stosunku do obrazu klinicznego i anatomicznego, znanego pod utartą nazwą *lymphosarcoma* wzgl. *lymphosarcomatosis*, gdyż nazwa ta często jest używana jako synonim białaczki wrzecznej, ziarnicy złośliwej (choroby Hodgkina), powiększenia gruczołów limfatycznych, *lymphadenitis*, *lymphoma malignum* i t. d.

Miano mięsak limfatyczny (*lymphosarcoma*) wprowadził do nauki Virchow w celu odróżnienia zwykłego przerostu i rozrostu gruczołów limfatycznych od prawdziwych mięsaków. Według Virchowa po okresie przerostu zwykłego mięsak limfatyczny staje się guzem złośliwym, który przechodzi nie tylko na sąsiednie gruczoły, ale może dawać przerzuty nawet w narządach odległych, jak np. płuca, nerki.

Billroth nie przyjął nazwy, stworzonej przez Virchowa, jako prowadzącej, jego zdaniem, do nieporozumień, a zamiast niej używał nazwy gruczolak limfatyczny złośliwy (*lymphoma malignum*).

Winiwarer dzielił guzy gruczołów limfatycznych na dwie grupy: przerostową — *lymphoma* i heteroplastyczną — *lymphosarcoma*.

Orth rozróżniał mięsaki gruczołów limfatycznych (*sarcoma gl. lymphaticarum*) i mięsaki limfa-

tyczne (*lymphosarcoma*), które nazywał *lymphoma malignum*, przyczem część z nich miała łączyć się ze zmianami białaczkowymi krwi (*lymphoma malignum leucaemicum*), część nie (*lymphadenoma malignum aleucaemicum*).

Kundrat wyodrębnił obraz chorobowy mięsaka limfatycznego pod nazwą *lymphosarcomatosis* i oddzielił od niego całą mieszaninę obrazów, występującą wówczas pod wspólną nazwą białaczki wrzecznej (*pseudoleucaemia*). Kundrat określił mięsaka limfatycznego jako rozrost układu limfatycznego, odróżniający się od rozrostu zwykłego złośliwością. Najczęściej siedliskiem mięsaka limfatycznego (*lymphosarcoma*) są gruczoły szyjne, potem pachowe, następnie śródpiersiowe, wreszcie krezkowe. Gierpienie to występuje przeważnie w wieku od 14 do 35 lat i rozpoczyna się w pewnej grupie gruczołów, wzgl. grudek limfatycznych. Wkrótce sprawa chorobowa szerzy się poza torebkę i przechodzi na naczynia limfonośne. Przerzuty drogą krwi należą do rzadkości. Kundrat był skłonny zaliczyć mięsaki limfatyczne (*lymphosarcoma*) do zmian zapalnych i sądził, że mięsaki limfatyczne są spokrewnione z gruczolakami limfatycznymi wrzeczno-białaczkowymi (*lymphomata pseudoleucaemica*), z których mogą powstać.

Paltauf rozróżniał dwie grupy mięsaków limfatycznych: *lymphosarcomatosis* (Kundrat) — schorzenie ogólne układowe, szerzące się drogą naczyń limfonośnych, i *lymphosarcoma*, zwykły mięsak, wychodzący z pojedynczego gruczołu limfatycznego, nowotwór złośliwy, szerzący się drogą naczyń krwionośnych.

K. Sternberg *lymphosarcomatosis* (Kundrat) uważa za nietypowy rozrost układu limfatycznego, nie będący ani mięsakiem okrągłokomórkowym (*sarcoma globocellulare*), ani też oczkowatym (*sarcoma alveolare*).

Türck utożsamia histologicznie mięsaki limfatyczne (*lymphosarcoma*) z gruczakiem limfatycz-

nym (*lymphomata*), klinicznie wyróżnia je wzrost o cechach złośliwych.

Zdaniem Zieglera mięsak limfatyczny histologicznie powinien być zaliczony do nietypowej postaci ziarnicy złośliwej (*lymphogranulomatosis* Hodgkin). Tego samego zdania jest i Lexer, pisząc, że, wzięwszy pod uwagę zupełnie niejasne pochodzenie i wiele odmian przejściowych, należałoby ziarnicę złośliwą uważać za pokrewną gruczolakom limfatycznym.

Ribbert mniema, że nazwa mięsak (*sarcoma*) powinna być zachowana tylko dla guzów, składających się z komórek pochodzenia łącznotkankowego. Guzy, wychodzące z gruczołów limfatycznych i składające się z komórek okrągłych typu limfocytów, Ribbert nazywa *lymphoblastoma* lub *lymphocytoma*.¹⁾

Ribbert wykazał, że zarówno w ognisku pierwotnym, jak i przy szerzeniu się przez naczynia limfonośne dotychczas prawidłowe grudki są naciekane przez rozmnażające się przybyłe komórki. Na zasadzie stwierdzenia powyższego faktu, jak również różnicy w obrazie krwi Naegeli widzi w mięsaku limfatycznym odrębną postać chorobową, różną od *lymphadenosis* (białaczka limfatyczna), jakkolwiek pokrewną jej i dopuszczającą możliwość istnienia form przejściowych.

Według F. Henkego mięsak limfatyczny jest odmianą mięsaka wogóle, i różniczkowanie go histologiczne od spraw podobnych w gruczolach limfatycznych bywa niekiedy bardzo trudne.

P. Masson używa nazwy mięsak limfatyczny nietypowy (*lymphosarcome atypique*), jako synonimu choroby Hodgkina (naśladując w tym względzie Ménétrier i Rubens-Duvala). To, co my rozumiemy pod nazwą mięsaka limfatycznego, P. Masson nazywa mięsakiem limfoblastycznym (*sarcome lymphoblastique*). Charakterystyczną cechą jego jest nieograniczone i niezależne bujanie komórek limfoidalnych, guzy wtórne w najbliższym sąsiedztwie lub odległe, powstałe na drodze krążenia przerzuty gruczolowe. Mięsaaki limfoblastyczne różnią się od guzów rozrostowych gruczołów limfatycznych brakiem niekiedy zupełnym siateczki, jak również małych limfocytów o jądrze zbitym i o niewidocznej zarodki.

M. Borst nie używa wyrazu mięsak limfatyczny, zamiast niego wprowadza nazwę mięsaka limfoplastycznego (*lymphoplastische Sarkome*). Nowotwór ten niekiedy jest pojedynczy i rozwija się np. w jednej tylko grudce limfatycznej, szybko przerasta torebkę, przechodzi na otoczenie, wcześniej daje przerzuty drogą naczyń limfonośnych i krwionośnych.

Nowe światło na istotę mięsaka limfatycznego rzuciła praca Ghona i Romana. Autorzy roz-

porządzali stosunkowo dużym materiałem (27 przypadków). W *lymphadenosis* następuje równomierny rozrost tkanki limfatycznej, punktem zaś wyjścia mięsaka limfatycznego są grudki limfatyczne. Rozrastając się, mięsak limfatyczny uciska tkanki otaczające i powoduje ich zanik. Mięsak limfatyczny jest nowotworem złośliwym układu limfatycznego.

Wnioski Ghona i Romana nie zostały w całości przyjęte. H. Hirschfeld pomimo, iż skłania się do tego, że *lymphosarcoma* jest nowotworem, mniema jednak, że stoi on blisko *lymphadenosis*, a nawet, być może, istnieją postacie mieszane.

Truffi nie uważa *lymphosarcoma* za mięsaka (różnica w budowie histologicznej), co zaś do przyczyny guza, powiada, że mogą tu wchodzić w grę gruczlica, kiła, wreszcie jakiś nieznany jad bakteryjny.

L. T. Webster przypuszcza, że *lymphosarcoma*, *lymphadenosis* i *leucosarcoma*²⁾ są odmiennymi przejawami jednej i tej samej choroby. L. T. Webster wprowadza nazwy *lymphadenosis leucaemica* (ze zmianami we krwi) i *lymphadenosis aleucaemica* (bez zmian we krwi). Choroba ta nie jest nowotworem, lecz odczynem limfocytów na podrażnienie chemo-taktyczne nieznanym czynnikiem. We wczesnym okresie tego cierpienia nie można postawić rozpoznania i rokowania na zasadzie badania mikroskopowego pojedynczego gruczołu. W przypadku stwierdzenia ruchów pełzakowatych limfocytów można wyprowadzić wniosek o wielkiej złośliwości choroby, kończące się wówczas szybko niepomyślnie. Choroba Hodgkina nie ma nic wspólnego z powyższym cierpieniem (*lymphadenosis*), rozpoznać można ją dość łatwo na zasadzie badania mikroskopowego.

Z zestawienia wyżej przytoczonych zdań wynioskować można, że przynależność mięsaka limfatycznego do tej czy innej grupy schorzeń, kategorycznie nie została rozstrzygnięta. Wytłumaczenie tego znajdujemy, biorąc pod uwagę z jednej strony małą liczbę spostrzeganych wogóle przypadków, z drugiej zaś zaliczanie do grupy *lymphosarcoma* przez niektórych autorów (wszyscy przed Kundratem, sam Kundrat i niektórzy po nim) guzów o budowie najrozmaitszej (białaczka prawdziwa i wrzekoma, ziarnica złośliwa). Opierając się na spostrzeżeniach własnych i dokładnych cudzych (popartych badaniem mikroskopowym), wzięłem sobie za cel oświetlenie możliwie wszechstronne cierpienia ciekawego, rzadkiego i odrębnego, jakim jest *lymphosarcoma*.

Budowa histologiczna normalnych grudek i gruczołów limfatycznych.

W. Szymonowicz używa nazwy węzły limfatyczne, które zależnie od kształtu dzieli na grudki limfatyczne i na właściwe węzły (gruczoły limfatyczne). Zadaniem jednych i drugich jest dostarczanie limfie elementów komórkowych, cechą zaś wspólną jest to, że posiadają one

²⁾ Mięsaaki, w których wygląd krwi jest zbliżony do krwi białaczkowej.

¹⁾ J. Hornowski nazwę *lymphosarcoma* uważał za nieśluszną, zamiast niej należy używać nazwy *lymphoblastoma*, nowotwór niezbyt złośliwy, mogący rzadko przerastać otoczenie i dawać przerzuty. Jednak J. Hornowski zaznaczał, że *lymphoblastoma* (*lymphosarcoma*) jak również *myeloblastoma* (*myeloma sarcomatodes*) i *chloroma* mogą być wyrazem schorzenia układowego, a nie nowotworami w ścisłym tego słowa znaczeniu.

rusztowanie z tkanki siateczkowatej (zbliżonej do tkanki galaretowej, tylko bez istoty podstawowej), w której oczkach znajdują się liczne komórki.

Grudki limfatyczne (*noduli lymphatici*) znajdujemy w dużej liczbie w przewodzie pokarmowym (z wyjątkiem przełyku) tuż pod nabłonkiem. Komórki, znajdujące się na obwodzie grudki, mają jądra małe, ciemne i silnie się barwiące, natomiast leżące wewnątrz mają jądra duże, jasne; spotykamy wśród nich liczne figury podziału, są to t. zw. ogniska rozmnażania. Rozróżniamy grudki limfatyczne osobnione (*noduli lymphatici solitarii*), grudki limfatyczne skupione w jelicie — Peyer'a (*noduli lymphatici aggregati*), gr. limf. skupione w migdałkach i w języku (t. zw. gruczoły mieszkowe). Naczynia krwionośne i limfatyczne bądź przebijają torebkę grudki, bądź, w razie nieobecności torebki, oplatają grudkę.

Gruczoły limfatyczne (*lymphoglandulae*) mają budowę dosyć zawiłą. Są one otoczone torebką (u człowieka grubość jej wynosi 40-80- μ) z tkanki siateczkowatej, od której odchodzą promienisto ku wnętrzu gruczołu beleczki (*trabeculae, septa*). Beleczki te, łącząc się ze sobą, tworzą we środku gruczołu rusztowanie w kształcie sieci. Wolne przestrzenie wśród rusztowania są wypełnione miazgą (licznymi komórkami). Na obwodzie w części korowej gruczołu komórki miazgi układają się w twory okrągłe lub gruszkowate-grudki korowe, w części środkowej (rdzennej) gruczołu miazga tworzy siatkę grubych sznurów, t. zw. pasma rdzenne. Między beleczkami i miazgą (grudki korowe i pasma rdzenne) istnieje układ węższych lub szerszych szpar, t. zw. zatok limfatycznych, które przenikają cały gruczoł, otaczają całą powierzchnię miazgi jego i są wypełnione limfą. Zatoki limfatyczne są poprzeczniane siateczką cienkich nitek, wypustek, łączących

komórki miazgi z komórkami beleczek. Grudki korowe w środkowej swej części (jasnej) posiadają ogniska rozmnażania limfocytów. Pasma rdzenne składają się ze smug tkanki siateczkowatej, wypełnionej szczelnie limfocytami. Do gruczołu limfatycznego od strony wypukłej wnika zwykle parę naczyń limfatycznych, które przebijają torebkę i wlewają limfę do zatok korowych (naczynia doprowadzające — *vasa afferentia*). Od strony wnęki (wkłęsłej) wnika naczynia krwionośne (i ich nerwy) i wychodzi naczynie limfatyczne (*vas efferens*), odprowadzające limfę i pochodzące ze zlania się zatok istoty rdzennej.

Grasicę¹⁾ możemy uważać za szczątkową formę gruczołu limfatycznego (Schumacher). W oczkach jej siateczki, utworzonej z komórek pochodzenia entodermalego (nabłonek), znajdujemy limfocyty (pochodzenie mezenchymalne).

Anatomja patologiczna

Budowa histologiczna mięsaka limfatycznego niezależnie od tego, gdzie guz występuje, jest zawsze podobna. Schematycznie przedstawia się ona, jak następuje: wśród tkanki podścieliskowej widać skupienia komórek okrągłych typu limfocytów, rzadziej limfoblastów. Tkanka siateczkowata gdzieś zachowana.

Poniżej daję opis budowy mikroskopowej przypadków własnych (19) i kilku (3) przypadków obcych, zaczerpniętych z piśmiennictwa lat ostatnich, z podaniem autora.

¹⁾ Tkanę siateczkowatą, wypełnioną szczelnie ciążkami limfatycznymi, nazywamy tkanką limfoidalną, adenoidalną, albo limfo — adenoidalną (W. Szymonowicz). Znajdujemy ją prócz gruczołów i grudek limfatycznych w grasicy, śledzionie, migdałkach i w innych narządach.

Płeć i wiek	Pochodzenie	BUDOWA MIKROSKOPOWA
1. M. l. 65 Protokół L. p. 6208	Gruczoł limfatyczny	W skrawkach mikroskopowych widać zupełne zatarcie budowy gruczołu limfatycznego i brak grudek korowych. Utkanie guza składa się z komórek okrągłych różnej wielkości, wśród nich przeważają komórki o wyglądzie limfocytów. Jądra komórek barwią się nierównomiernie — jedno ciemniej, inne jaśniej, wszędzie wyraźnie zaznacza się jąderko. W wielu komórkach spostrzegamy figury nieprawidłowego podziału jąder. Barwienie metodą van Giesony wykazuje delikatną siateczkę łącznotkankową oraz liczne naczynia krwionośne, przeważnie włosowate. Powierzchnię zewnętrzną guza pokrywa otoczka z tkanki łącznej ze zmianami szklistymi. Do otoczki wrastają pasmami komórki okrągłe tego samego typu, co i w całym gruczole, i naciekają zarówno otoczkę, jak i tkankę tłuszczową otoczenia.
2. M. l. 62 Protokół L. p. 5245	Gruczoł limfat. szyjny	Utkanie guza składa się przeważnie z komórek okrągłych dość różnorodnych co do wielkości i stopnia barwliwości jąder z niezbyt licznymi figurami podziału. Pomiedzy komórkami przewijają się włókienka delikatnej siateczki. Gdzieś widać ogniska martwicze.
3. M. l. 50 Protokół L. p. 1887	Gruczoł limfat. szyjny	W skrawkach nie dostrzega się zwykłej budowy gruczołu. Całe utkanie składa się z komórek typu limfocytów, gdzieś widać widoczniej barwiące się większe jądra. Miejscami nieznaczne wylewy krwawe. W jednym miejscu widać resztki zatoki limfatycznej (p. rys. 1).

Płeć i wiek	Pochodzenie	BUDOWA MIKROSKOPOWA
4. M. l. 46 Protokół L. p. 5310	Gruzoł limfat. pachwinowy	Stwierdza się utkanie z delikatnej siateczki włókienek, oraz wielkiej liczby elementów komórkowych okrągłych lub niekiedy podługowatych, małych, z okrągłymi lub owalnymi jądrami o typie limfocytów.
5. M. l. 43 Protokół L. p. 3058	Guz z lewego dołu biodrowego	Na obwodzie guza widzimy grudki korowe dobrze zachowane, siateczkę bardzo znacznie zgrubiałą, naczynia o ścianach grubych. W torebce rozrasta się obficie tkanka łączna, przerastająca gruczoł, ze zmianami szklistymi. W głębszych częściach utkanie składa się z komórek drobnych, okrągłych z niejednakowo barwiącym się jądrem. W niektórych komórkach widać figury podziału jąder. Gdzieniedzie siateczka zachowana.
6. M. l. ? Protokół L. p. 2471	Gruzoł. limfat. pachwinowy	Utkanie guza składa się z komórek okrągłych dużych, z niewielką ilością zarodki z jądrami dużymi pęcherzykowatymi (typ limfoblastów). Gdzie niedzie w okolicy naczyń włosowatych widać nieliczne szczątki siateczki. Z utkania gruczołu limfatycznego nie pozostało ani śladu. Liczne wynaczenia w mięszu guza.
7. M. l. ? Protokół L. p. 1890	Gruzoł limfat. pachowy	W całym preparacie wyłącznie komórki typu limfocytów. W niektórych jądra są duże i mocniej się barwią. Miejscami dostrzega się figury podziału pośredniego jąder. Torebka gruczołu i otaczająca go tkanka tłuszczowa nacieczona są komórkami nowotworowymi.
8. M. l. 31 Protokół L. p. 2283	Guz szyjny w okolicy tarczycy znacznie uciskający tchawicę	Mięsz guza składa się z komórek okrągłych typu limfocytów, ułożonych gęsto obok siebie. Pomiedzy komórkami widać naczynia i delikatną siateczkę, jak w gruczole limfatycznym. Tkanka tłuszczowa obok guza nacieczona jest komórkami nowotworowymi. Takie nacieki cpotyka się w ścianie większych naczyń krwionośnych.
9. M. l. 28 Protokół L. p. 4582	Guz pochodzenia nie- wiadomego	Guz jest otoczony jakgdyby torebką łącznotkankową, składającą się z komórek okrągłych typu limfocytów, po części z nieco większych elementów z wypustkami. Gdzieniedzie spotyka się ogniska martwicy oraz pasemka tkanki łącznej, drążące w utkanie guza. Dookoła naczyń krwionośnych komórki okrągłe układają się w niektórych miejscach obłoczko- W wielu odcinkach spotyka się przekroje nacieczonych przez komórki guza mięśni poprzecznie prążkowanych. Komórki guza naciekają również wyżej wspomnianą „torebkę“.
10. M. l. 24 Protokół L. p. 5053	Guz uda	Guz zbudowany jest z komórek przeważnie typu limfoblastów, gdzie- niedzie tylko typu limfocytów. Pomiedzy nimi spotykają się komórki wydłużone, przypominające elementy siateczki. W pewnych odcinkach guz składa się niemal wyłącznie z komórek, w innych z tkanki łącznej bliznowaciejącej. Tu i owdzie rozrzucone są poprzerywane włókna mięśni prążkowanych poprzecznie.
11. M. l. 22 Protokół L. p. 954	Gruzoł pachowy	Część gruczołu na obwodzie zachowała całkowicie charakterystyczną budowę prawidłową. W drugiej zaś, znacznie większej części, budowa jest zmieniona, a mianowicie utkanie składa się z komórek różnokształtnych o różnym stopniu barwliwości przeważnie dwóch typów: większych z pęcherzykowatym okrągłym lub owalnym jasnym jądrem (typ limfoblastów) i mniejszych z silnie barwiącym się jądrem i małą ilością zarodki (typ limfocytów). Widać parę dosyć dobrze zachowanych grudek limfatycznych, tylko są one większe od prawidłowych. Wszędzie dostrzegamy siateczkę, miejscami grubszą. Otoczka w jednym miejscu nacieczona komórkami nowotworowymi.
12. M. l. 18 Protokół L. p. 5656	Guz kątnicy	Guz składa się z komórek jednego typu, okrągłych, z ciemnymi dużymi jądrami, z bardzo wąskim rąbkim zarodki. Komórki bądź leżą bezładnie, bądź też przylegają do niezmiernie cienkich i delikatnych włókienek o przebiegu prostym, widelkowatym lub wielokrotnie rozgałęziającym się. Komórki w niektórych miejscach tworzą jakgdyby płaszcze dookoła naczyń, nie zmieniając zasadniczo swego kształtu. Obok komórek, stanowiących olbrzymią większość utkania guza, widzimy dość liczne, dobrze wypełnione naczynia krwionośne. W zachowanych resztkach tkanki tłuszczowej widać gdzie- niedzie ogniska martwicze. Błona śluzowa jelita miejscami jest

Płeć i wiek	Pochodzenie	BUDOWA MIKROSKOPOWA
13. M. l. 10 Protokół L. p. 1584	Gruzoł limfat. szyjny	zmartwiała, miejscami zaś wyraźnie nacieczona przez wyżej opisane komórki (p. rys. 3 i 4). Budowa gruczołu jest niewyraźna, gdziekolwiek szczątki grudek korowych. Guz niemal całkowicie składa się z komórek małych, z silnie barwiącym się jądrem, pomiędzy komórkami widoczne są drobniutkie i cienkie pasemka. Komórki wyraźnie naciekają resztki torebki i tkanki okołotorebkowej. Guz składa się z komórek jednego typu o wyglądzie limfocytów, lecz nieco od nich większych. Jądra komórek barwią się przeważnie mocno; zarodki bardzo mało. Siateczka gdziekolwiek zachowana. Widać liczne figury pośredniego podziału jąder. Na obwodzie guza na bardzo małej przestrzeni zachowana dobrze budowa grasicy (istota korowa i rdzenna z ciałkami Hassala), we środku w oczkach słabo unaczynionej siateczki liczne komórki okrągłe. Otoczka guza przerwana tylko u górnego bieguna, do którego przylegają dwa powiększone gruczoły limfatyczne szyi. W innych narządach i gruczołach limfatycznych mikroskopowo przerzutów nie stwierdzono.
14. M. l. 10 Protokół L. p. 1357	Gruzoł limfat. szyjny	Utkanie guza składa się z trzech typów komórek: 1) małych okrągłych z dużym, barwiącym się jądrem i wąskim rąbkim zarodki (typ limfocytów), 2) nieco większych z pęcherzykowatym okrągłym lub owalnym jasnym jądrem, niekiedy rozpadającym się (typ limfoblastów), 3) jeszcze większych okrągłych lub owalnych z jasnym jądrem, zawierających wewnątrz zarodki czerwone ciałka krwi, limfocyty, bakterie, rozpadłe jądra, dających odczyn na oksydazę dodatni (makrofagi). Komórki leżą w okach delikatnej siateczki. W częściach środkowych guza liczne i duże wylewy krwi. Na obwodzie liczne ciałka Vater-Pacciniego. W zachowanym ogonie trzustki liczne wysepki Langerhansa, znaczny rozrost tkanki łącznej.
15. M. l. 3½	Guz wychodzący z grasicy (Przypadek Gerlacha. Patrz piśmiennictwo)	Guz zbudowany jest głównie z elementów, przypominających komórki ognisk rozmnażania grudek limfatycznych (typ limfoblastów). Tworzą one rozległe ogniska otoczone elementami o typie limfocytów. Tu i owdzie spotykają się komórki bądź wydłużone, bądź też owalne, bardzo soczyste, odpowiadające komórkom siateczki. Guz nacieka otoczenie, co specjalnie zaznacza się w tkance tłuszczowej (p. rys. 5).
16. M. dn. 7	Guz trzustki (Przypadek Eichlera. Patrz piśmiennictwo)	Utkanie skrawka składa się z delikatnych włókienek oraz bardzo licznych komórek, przeważnie okrągłych, różnej wielkości i o niejednakowym stopniu barwliwości jąder. Komórki wyglądem swym przypominają limfocyty. Na powierzchni zewnętrznej guza znajduje się wielowarstwowy nabłonek płaski.
17. K. l. 61 Protokół L. p. 4803	Gruzoł limfat.	Budowy gruczołu nie widać. Utkanie guza stanowi delikatna siateczka włókienek tkanki łącznej, usianej na całej przestrzeni komórkami drobnymi, przeważnie okrągłymi, mniej więcej jednakowej wielkości. Jądra komórek duże, barwią się naogół dosyć intensywnie, chociaż niezupełnie równomiernie, zarodki bardzo skąpe.
18. K. l. 50 Protokół L. p. 5284	Wycinek migdałka	Wśród zbitej tkanki łącznej ze szklistymi zmianami spostrzegamy liczne i rozległe ogniska komórek okrągłych mniej więcej jednakowej wielkości, ale różnego stopnia barwienia się. Jądra duże, zarodki w postaci bardzo wąziutkiego rąbka. Pośród komórek widać delikatną siateczkę z tkanki łącznej. W wielu miejscach komórki naciekają tkankę łączną, niszcząc ją.
19. K. l. 48 Protokół L. p. 5161	Gruzoł limfat.	W skrawkach z guza znaleziono: 1) bardzo rozległe wylewy krwawe, 2) ogniska martwicy, przeważnie rozplywnej, 3) skupienia komórek, rozrzuconych wśród podścieliska łącznotkankowego. To ostatnie tworzy szerokołą, cienkościenną sieć, wypełnioną komórkami małymi, okrągłymi i owalnymi. Nie są one ze sobą zespolone, każda leży oddzielnie. Jądra komórek są różnokształtne o różnym stopniu barwliwości. Naogół jednak jądra są okrągłe i ciemne, pas zarodki bądź szerszy, bądź węższy, częściej jednak bardzo wąski. Gdziekolwiek między komórkami dostrzegamy delikatne włókienka siateczki.
20. K. l. 35 Protokół L. p. 1612	Gruzoł limfat.	Guz wielkości 32:21 mm znajduje się w głowie trzustki. Mikroskopowo stwierdza się wśród słabo zachowanej siateczki dużo małych limfocytów i nieliczne komórki olbrzymie z wielu jądrami.
21. K. l. 18 Protokół L. p. 3201	Guz trzustki (Przypadek wrodzonego mięsa limfat. trzustki L'Huillier).	
22. K. dn. 9	Guz trzustki (Przypadek wrodzonego mięsa limfat. trzustki L'Huillier).	

W zestawieniu naszych przypadków należących do rozmaitych okolic i narządów ciała (gruczoły limfatyczne szyi, pachwiny, pachy, zaotrzewnowe, grasic, migdałek, jajnik, jelito) widzimy utkanie guza zasadniczo zawsze jednakowe o cechach wybitnie nowotworowych. Komórki podobne do limfocytów, wzgl. limfoblastów są mało zróżniczkowane, anaplastyczne, z niewielką ilością zarodki, z jądrami różnokształtnymi, o różnym stopniu barwienia się. Widać dosyć często figury podziału zwykle pośredniego, niekiedy nieprawidłowe. Siateczka też występuje pod rozmaitą postacią i w rozmaitej ilości, raz składa się z włókienek delikatnych, gdzieindziej grubszych. Komórki guza wyraźnie naciekają tkankę otaczającą i niszczą ją. Wychodząc z jednej lub równocześnie paru grudek (jak w naszym przypadku 17-m rys. 5), nowotwór rozpoczyna tę niszczycielską pracę przedewszystkiem od najbliższego otoczenia a więc rozrastając się uciska sąsiednie grudki i doprowadza je do zaniku. W ten sposób, jeżeli nowotwór wychodzi z gruczołu limfatycznego, to z budowy gruczołu nie pozostaje nic, niekiedy zaledwie ślady. Według Ribberta komórki mięsaka limfatycznego są przeważnie podobne do limfoblastów w ośrodkach rozmnażania. Ghon i Roman zwrócili uwagę na nietypowość i różnokształtność elementów limfocytarnych, wchodzących w skład mięsaka limfatycznego: obok dużych komórek spotykali oni małe, a nawet karłowate postacie, niekiedy komórki żerne i plazmatyczne, eozynochłonne zaś nie spotkali w żadnym przypadku. Prócz limfocytów widzieli oni wszystkie inne elementy komórkowe, spotykane w normalnych ośrodkach rozmnażania (limfoblasty, makrofagi, komórki plazmatyczne, komórki olbrzymie). Najczęściej w przypadkach Ghona i Romana występowały trzy rodzaje komórek (p. przyp. 15): 1) małe komórki okrągłe (5-7- μ) z dużym mocno barwiącym się jądrem z wąskim pasem zarodki (typ limfocytów); 2) nieco większe komórki (9-11- μ) z pęcherzykowatym okrągłym lub owalnym jasnym jądrem, niekiedy rozpadłym (typ limfoblastów), 3) okrągłe lub owalne jeszcze większe komórki z jasnym jądrem, zawierające czerwone krwinki, limfocyty, resztki jąder (makrofagi).

W przypadkach Ghona i Romana, jak i w naszych, siateczka również była często nietypowa, o budowie nieprawidłowej, składająca się niekiedy z delikatnych włókienek, niekiedy grubszych.

Według F. Henkego mięsak limfatyczny swoją siateczkowatą budową przypomina utkanie prawidłowej tkanki limfadenoidalnej. Siateczka ta, składająca się bądź z delikatnych, bądź z grubszych pasm komórek rusztowania i ich wypustek, przy użyciu sposobu van Giesona barwi się bardzo wyraźnie czerwono, wskutek dużego powinowactwa do kwaśnej fuksyny. Komórki, wypełniające oczka siateczki, są najczęściej podobne do małych limfocytów: są okrągłe, jądra mają duże, zarodki mało. Niekiedy do tych komórek dołączają się komórki większe, różnokształtne, podobne do komórek, wyszczepiających zatoki limfatyczne. W niektórych postaciach mięsaka limfatycznego spotykamy również w dużej liczbie komórki olbrzymie.

O rozpoznaniu mięsaka limfatycznego decyduje stwierdzenie obecności wyraźnej i grubszej siateczki. Istnieją dwie postacie mięsaka limfatycz-

nego: miękka, bardzo złośliwa, dająca rozległe przerzuty, z przewagą komórek nad siateczką, i twarda postać mniej złośliwa z rusztowaniem obfitszym.

Ze zmian wstecznych spotykamy martwicę (makroskopowo zabarwienie żółtawe).

Mięsaki limfoblastyczne P. Massona składają się z nietypowych dużych limfoblastów z jądrem z dużą plasmozomą, częstymi figurami podziału pośredniego, nierzadko nieprawidłowego (wielobiegunowego). Wśród komórek nowotworowych spotykamy zawsze i takie, które przyjęły na siebie postać makrofagów. Naczynia włosowate mają ściany cienkie, światło niejednakowe. Komórki nowotworowe naciekają otoczkę, następnie otoczenie, rozsuwają włókna tkanki łącznej i mięsne, doprowadzając je do zaniku. Na początku rozwoju nowotworu gruczoł w jednej swojej części zachowuje jeszcze budowę prawidłową, w innych budowa jego powoli się zaciera, by w końcu zniknąć zupełnie i dać się opanować przez masy naciekające komórki.

M. Borst rozróżnia postać niedojrzałego mięsaka limfoplastycznego (p. w.), składającą się z komórek pochodnych siateczki, i dojrzałą z komórek podobnych do limfoblastów i limfocytów (wzgl. komórek plazmatycznych). Siateczka zawsze jest słabo rozwinięta (źle zachowana). W innych przypadkach nowotwór powstaje jednocześnie lub w krótkich odstępach czasu wieloogniskowo, niekiedy w postaci rozległych nacieków (*sarcomatosis Kundra*, *Paltauf*, *Sternberga*) całych narządów. Niekiedy mamy przytem zmiany we krwi, jak w białaczce.

Nasze przypadki wykazują dwie różne postacie nowotworu. W jednych z nich, liczniejszych utkanie guza składa się z drobnych komórek (typ limfocytów rys. 1), w innych rzadszych, z komórek dużych (typ limfoblastów rys. 2). A więc na zasadzie wielkości i typu komórek, tworzących guz, możnaby rozróżnić dwie postacie mięsaka limfatycznego: *lymphosarcoma parviglobocellulare* (rys. 1) i *lymphosarcoma magnoglobocellulare* (rys. 2).¹⁾

Wygląd makroskopowy mięsaka limfatycznego jest rozmaity i zależy od miejsca pochodzenia. Postać gruczołowa rozwija się zwykle równocześnie w paru gruczołach (p. n.), a dopiero później zlewa się w jeden, lub parę guzów okrągłych, dosyć twardych ale zawsze mniejszych od gruczołów w ziarnicy złośliwej, o powierzchni gładkiej, z pokrywającymi tkankami niezrośniętych, różnej wielkości, w zależności od posunięcia się sprawy. W układzie pokarmowym nowotwór nacieka ściany narządu, szerząc się z podśluzówki w kierunku nie światła, lecz surowicówki (to nam wytłumaczy, dlaczego mięsak limfatyczny jelit w przeciwieństwie do innych mięsaków i raka prawie nigdy nie zwęża światła — p. n.), rzadziej przybiera postać guzowatą. Na przekroju mięsak limfatyczny ma barwę szaroróżową do czerwonej, co zależy od zawartości w nim krwi.

Mięsaki limfoblastyczne P. Massona (p. w.) mają zabarwienie białe, są miękkie, soczyste, nie-

¹⁾ Według klasyfikacji, zaproponowanej dla nowotworów przez J. Hornowskiego, pierwszą postać należałoby nazwać *mesenchymoma lymphoblasticum malignum immaturum parviglobocellulare*, drugą zaś *mesenchymoma lymphoblasticum malignum immaturum magnoglobocellulare*.

kiedy usiane plamami żółtymi (ogniska martwicze) i wylewami krwawymi. Szybko naciekają one otoczkę gruczołową. W jelitach mają postać odrazu rozlaną i szybko ulegają owrzodzeniu powierzchni, zwróconej do śluzówki.

Według M. Borsta mięsaki limfoplastyczne (p. w.) są białawe i bardzo miękkie.

Mięsaki limfatyczne mają małą skłonność do zmian wstecznych (p. n.). Niekiedy spotykano całkowite nacieczenia limfocytarne całych narządów bez zniszczenia ich mięszu (Fabian: nerki, serce, sutki, jądra, jajniki, macica, jajowody, gruczoły łzowe, ślinianki, trzustka, kości).

(C. d. n.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Z Oddz. Chorób Wewnętrznych Szpitala Św. Łazarza w Warszawie
(Ordynator: Doc. Dr. M. SEMERAU-SIEMIANOWSKI)

Antivirus Besredki,

jako nowa metoda zwalczania chorób, spowodowanych przez zakażenie gronkowcami i paciorkowcami.

Podał

Dr. N. PRYŁUCKI (Warszawa).

(Dokończenie—p. Nr. 13 i 14).

Specjalnie godne uwagi są sukcesy, osiągnięte w okulistyce, zwł. w leczeniu przewlekł. ropnego zapalenia woreczka łzowego (*dacryocystitis pur. chr.*). Jak wiadomo, cierpienie to należy do ciężkich i uporczywych. Toteż w okulistyce panuje dotychczas pogląd, że konserwatywnym leczeniem choroba ta w większości przypadków nie daje się usunąć i dakryocystektomia jest nieunikniona. W poszukiwaniu jednak nowych sposobów zwalczania wymienionej choroby liczni lekarze-okuliści zaczęli stosować AVB, i niektórzy z nich (Singer i Spitzer) osiągnęli tak zdumiewające, według ich słów, rezultaty, że już dziś zapowiadają stosowanie tego środka w każdym przypadku *dacryocystitis pur.*

Singer i Spitzer zastosowali tę nową metodę w 12 przypadkach, z których każdy trwał nie krócej od 3-ch lat, przy czym postępowali w sposób następujący: po 3-ach próbnych sondowaniach kanału łzowego — przestrzykiwali woreczek i kanał łzowy AVB (przyrządzonym z treści ropnej woreczka łzowego). Nos przytem zatykano wacikiem, by ciecz wstrzykiwana wyciekała wolno. Z tych 12 pacjentów udało się u pięciu uzyskać zupełne wyzdrowienie, t. zn., że nie można było już wycisnąć ropnej treści, i odpływ łez był zupełnie przywrócony. W 3-ach przypadkach treści ropnej nie można było wykazać, jednakowoż po kilku tygodniach wystąpiło znów utrudnienie w odpływie łez. W czterech przypadkach — żadnego efektu terapeutycznego nie osiągnięto. Stale był używany *autoantivirus*, ale w niektórych przypadkach próbowano używać AVB homologiczny, nie z wydzieliny chorego uzyskany, ale wyleczenie osiągnięto tylko w jednym przypadku. Co do liczby przestrzykiwań — to dla pięciu wyleczonych wystarczyło 5 zabiegów, dla jednego — 7, w innych doszło nawet do 10. Przestrzykiwano co 2 — 3 dzień. W niek-

tórych przypadkach poprawa zjawiała się już po pierwszym przestrzyknięciu woreczka i kanału łzowego; wydzielina śluzowo-ropna stawała się gęsto — ropna, by po kilku dniach zupełnie zniknąć. W treści ropnej najczęściej stwierdzano badaniem bakteriologicznym obecność gronkowców, paciorkowców, *micrococcus catarrhalis* i *pneumococcus*. Chorzy byli później również pod kontrolą, najdłuższa trwała osiem, najkrótsza trzy miesiące — nawrotów choroby nie zaobserwowano.

Zastanawiając się nad przyczynami, które spowodowały, że u niektórych pacjentów nie uzyskano poprawy, autorzy wypowiadają niepozbawione słuszności zdanie, że mogło tu mieć miejsce zupełne zarośnięcie i zbliźnowacenie ścian woreczka łzowego wskutek długotrwałego procesu zapalnego, na co już był zwrócił uwagę jeszcze Kuhn t w r. 1891.

Z innych okulistów-klinicystów — Carrère, stosując AVB w trzech przypadkach, już po kilku dniach osiągnął zupełne wyleczenie; Poleff b. poleca AVB w ropnych sprawach woreczka łzowego, mimo, że z 5 przypadków osiągnął wyleczenie tylko w jednym. Berezinskaja — z 3-ach przypadków również tylko jedno wyleczenie. Błagowieszczeński — z 4-ach przypadków — jedno wyleczenie. Alissow i Lipowitcz (autorzy ci operowali AVB, przyrządzonym nie ściśle według przepisu Besredki, lecz nieco zmodyfikowanym) mieli możliwość wypróbowania nowej metody aż na 20 chorych. Z nich: w 12 przyp. zupełne wyleczenie; w 3-ach — niepowodzenie; zaś 5 chorych po krótkim czasie przestało się leczyć, i efekt terapeutyczny jest nieznan.

Opierając się na swym materiale, autorzy ci przyszedli do wniosku, że efekt terapeutyczny uzależniony jest od wielu czynników; w pierwszym rzędzie od stanu tkanki dotkniętej chorobą: większą bowiem skuteczność działania i wyleczenia osiągnąć można tylko w przypadkach świeżych, w których błona śluzowa nie zmieniła jeszcze swej budowy histologicznej. Również *autoantivirus* działa skuteczniej, niż *heteroantivirus*.

Były też robione próby leczenia AVB ropnego zapalenia spojówek. Niestety, spotykamy w piśmiennictwie tylko pojedyncze wzmianki o tem, ale już na podstawie istniejących doniesień odnosi się wrażenie, że nie były one skuteczne. Lutz wypowiada się nawet przeciwko stosowaniu AVB do leczenia ropnych zap. spojówek. Podaje on, że pacjent z paciorkowcowym zap. spojówek, któremu zaaplikował AVB w postaci kropeł, już bezpośrednio po zabiegu poczuł palenie w oku; w ciągu

następnych dni rozwinęło się zapalenie zlepkne tęczówki (*iritis c. synech*), czego przedtem przy badaniu oftalmologicznem nie stwierdzono nawet śladu. Leczenie było, oczywiście, przez tę komplikację b. utrudnione.

Forschnerowi udało się przyrządzić AVB przeciwko cuchnącemu nieżyłowi nosa (*ozaena*), który zastosowano w pięciu przypadkach. U wszystkich chorych nastąpiło b. szybkie rozrzedzenie wydzieliny, znikł odór, zaś po kilku dniach ustąpiły nieznosne bóle głowy. A zatem rezultat wyjątkowy. Niemniej skuteczny okazał się AVB w zakażeniu jamy szczękowej (*bac. pyocyanus*). I tu również osiągnięto wyleczenie. Co zaś do schorzeń ucha (*otitis ext.*) — to mimo, że mieszanina przesączy z gronkowców, paciorkowców i pał. ropy błękitnej dotychczas b. dobrze się zapowiadała w sensie terapeutycznym, — rezultaty, osiągnięte przez autora były bardzo zmienne.

Jama ustna ze wszystkimi jej, często nader uporczywymi schorzeniami również okazała się b. wdzięcznym polem do stosowania AVB.

Oto jakie wyniki otrzymał Schlein, lecząc choroby jamy ustnej i zębów antirusem:

a) zwykła *gingivitis* — b. szybkie wyleczenie; b) *stomatitis ulcerosa*, choroba z rzędu b. uporczywych — b. szybko ustępująca pod wpływem AVB, bóle wkrótce już znikają, po 3-ch dniach zupełne wyzdrowienie; c) w zapaleniu miazgi zębowej (*pulpitis acuta*) AVB, wprowadzony w postaci tamponików, nadzwyczajnie szybko uśmierza ból; d) najciekawsze bodaj rezultaty otrzymał autor w przypadku ciężkiego zapalenia ożębny (*periodontitis acuta*), choroby zębów, wobec której prawie każdy lekarz staje przeważnie bezradny. Autor założył do kanału zębowego wacik, za-moczony w mieszaninie antirusew, i szczelnie go zamknął. Już po dwóch godzinach nieznosne przedtem bóle zupełnie ustały, a nazajutrz ząb był zupełnie niewrażliwy.

Usiłowania różnych badaczy w kierunku wypróbowania wartości terapeutycznej AVB nie ograniczyły się jednakże tylko do powłok skórnych lub łatwo dostępnych jam. Niektórzy z nich poszli w tym kierunku o wiele dalej, niż to przewidywał nawet sam Besredka, twórca nowych zasad w terapii, i zaczęli stosować AVB w chorobach narządów jamy brzusznej, działając tym środkiem wprost na otrzewną, dotkniętą zapaleniem.

Bardzo ciekawe dane znajdujemy w sprawozdaniu Kittingera. Autor leczył tą metodą 26 przypadków, z których w 12-tu miał do czynienia z ostrem zap. wyrostka robaczkowego (już zgorzeliwego lub przedziurawionego), powikłanego częściowym lub rozlanym zapaleniem otrzewny, z odkładaniem włókna i ropy, której kolor wahał się od żółtej do zielonej, z grudkami rozpadłej tkanki; pozatem były 2 przypadki uwięźlej przepukliny ze zmętniałym płynem wysiękowym, w którym stwierdzono *b. Coli*, i jeden przypadek rozlanego zap. otrzewny, wywołanego pęknięciem trąbek i jajników (*pyosalpinx et pyoovarium bilat*). Po dokonaniu operacji autor we wszystkich tych przypadkach przepłukiwał jamę brzuszną, przeważnie małą miednicą, AVB (początkowo autor stosował tylko *Coli*—AVB, zaś później mieszaninę *Coli*, *staphilo* — i *strepto* — antirusew), następnie wlewał tam od 50 do 150 cm³ tegoż i brzuch zaszywał, aczkolwiek, zgodnie z dotychczas przyjętymi zasadami postępowania chirurgicznego, zakażonych jam brzusznych po operacji zamykać nie należy, i jak autor sam się wyraża, przedtem nigdy nie ośmie-

liby się tego uczynić; opatrunek zewnętrzny również mocowano w AVB. Autor podkreśla, że żaden z tak leczonych 26-ci chorych nie był stracony mimo że to były b. ciężkie przypadki, i że jeden z chorych liczył 86 lat. Wlewania AVB do jamy brzusznej znosił chorzy bez bólu. Również ciężka ropowica okołonerkowa była b. skutecznie leczona przepłukiwaniem AVB.

Analizując zjawiska zaobserwowane na swym materiale klinicznym, leczonym nową metodą, autor m. i. przychodzi do wniosku, że AVB posiada wybitne własności przeciwbólowe, prócz tego — pod jego wpływem odczyn zapalny stopniowo, ale znacznie się zmniejsza. Autorowi trudno jest oprzeć się wrażeniu, że między osiągniętym efektem terapeutycznym a AVB istnieje niewątpliwie związek przyczynowy.

Reasumując podane przez licznych klinicystów wyniki, osiągnięte przez stosowanie w celach terapeutycznych przesączów hodowli bakteryjnych, widzimy, że niema prawie dziedziny w medycynie, gdzieby ich nie można było stosować, i że na czoło wybijają się następujące własności tych przesączów:

- 1) Działają przeciwbólowo — często występuje to wprost błyskawicznie, natychmiast po rozpoczęciu stosowania miejscowego.
- 2) Obniżają temperaturę — (wielokrotnie obserwowane);
- 3) Powodują cofanie się stanów zapalnych pooperacyjnych.
- 4) Wywołują rychlejsze gojenie się ran (pooperacyjnych).
- 5) Mogą wywierać swe działanie na tkankę przez czas dłuższy. Np. w schorzeniach pęcherza może ono trwać nawet przez długie godziny (Lutz).
- 6) W postaci okładów, płukań i przestrzykiwań lub zastrzykiwań śródskórnych są w stanie osłabić lub zupełnie usunąć miejscowe objawy chorobowe zakażenia (istniejącego lub wprowadzonego) już po 24 godzinach dotyczy to nawet b. zjadliwych paciorkowców — (Dodd).
- 7) Zastosowane w postaci okładów (pod ceratką) przed operacją na miejsce zamierzonego zabiegu, mogą wywołać miejscową odporność i zagwarantować ranie pooperacyjnej jałowe gojenie się (Rutkowski).
- 8) Powodują poprawę stanu ogólnego i t. p.

Sposoby stosowania AVB.

Miejsce i sposób stosowania AVB wynikają już z samych własności preparatów, które nie zawierają żadnego ogólnego, opartego na przeciwciałach (Besredka) działania, lecz tylko miejscowe. Antirusew musi wejść w ścisły kontakt z ogniskiem zakażenia. Bardzo charakterystyczną jego cechą jest, że wywiera swe działanie przy zetknięciu się z komórkami chwytanymi integumentu, nie zaś w krwiobiegu. Jest godnem podkreślenia, że AVB należy stosować naskórnice (czyraki, ropowice, wrzody, zapalenia naczyń chłonnych, oparzenia, zapalenia sutka, obrzęk gruczołów chłonnych, zastrzał, zapalenie szpiku kostnego z przetokami i t. p.), wzgl. wprost na błony śluzowe i surowicze (przetoki, jamy ropne, czy też zapalnie zmienione jamy ciała, otrzewna, opłucna, pęcherz moczowy, miedniczki nerkowe, macica, pochwa, nos, jama ustna, gardło, ucho i t. p.), nigdy

zaś podskórną lub dożylną, przed czym b. energicznie się ostrzega (Lehndorff i Brumlik, Nobel), gdyż najprawdopodobniej substancja lecząca, zawarta w AVB, jest w stanie łatwo-dyfundującym i musi przeto zetknąć się ze skórą (Epstein, Lehndorff i Brumlik). Najgłówniejszym sposobem stosowania są okłady, *penssements spécifiques*. Przy naskórnym stosowaniu należy zamoczyć gazę w odpowiednim przesączu, położyć luźno na chore miejsce, przykryć ceratką i lekko przymocować. W głębszych procesach ropnych godnym jest polecenia skórę przedtem ogolić, odfłuszczyć eterem i dopiero wtedy zastosować AVB lub, jak zalecił Besredka, położyć nad okładem z AVB jeszcze jeden wilgotny okład (Lehndorff i Brumlik). Dobrze jest też swoisty opatrunek w ciągu doby jeszcze raz zwilżyć AVB (Lotheissen). Do pochwy, macicy, nosa, zęba i t. p. wprowadza się wilgotne tampony; pęcherz moczowy, a nawet miedniczki nerkowe przestrzykuje się, do przetoki, do oka wkrapla się. W schorzeniach jamy ustnej i gardzielowej można również stosować AVB w postaci płukania.

Przy stosowaniu AVB naskórnym nie jest rzeczą obojętną, czy ognisko ropne jest „zamknięte”, t. j. skóra nad nim nietkniętą, czy też już jest otwarte. Gdy więc w pierwszym przypadku wystarczy tylko okład — w drugim należy materiał opatrunkowy, zamoczony w AVB, zakładać do rany.

Na materiale klinicznym przekonano się, że: 1) w procesach zapalnych, gdzie nie doszło jeszcze do rozpadu ropnego tkanek — może się udać okładami z AVB doprowadzić do cofnięcia się nacieczenia zapalnego. Atoli we wszystkich przypadkach, dalej zaawansowanych, gdzie zastosowano AVB na nietkniętej skórze — właściwie nigdy nie spostrzegano obiektywnie cofania się objawów zapalnych; pacjenci jednakże podawali, że odczuwają pod wpływem tych okładów zmniejszenie się bólu. Nie jest wyłączone, że okłady przyspieszały proces zropienia. Ale gdy do tego już doszło, bezcelowe jest stosowanie AVB, należy wtedy bezwzględnie trzymać się zasady: *ubi pus-ibi evacua*.

2) Natomiast świetne rezultaty można osiągnąć, stosując AVB na otwartą ranę (możliwe, że wtedy rolę odgrywa zdolność chłonna powierzchni rany) — w tych właśnie przypadkach spostrzegano nadzwyczajne łagodzenie bólu. Znane są np. dotkliwe bóle po nacięciu zastrzału; zwykle starają się lekarze usmierzyć ten ból podawaniem różnych środków przeciwbólowych, np. piramidonu. Przy zastosowaniu AVB — środki te są zbędne (Moritsch i Oppolzer).

Decydując się na stosowanie AVB w celach terapeutycznych, musimy atoli pamiętać, że niezbędnym warunkiem jest, by tkanka, dotknięta zakażeniem, była zdolna do odczynu. Albowiem w ciężkich uszkodzeniach nerwowo-troficznym lub w zgorzeli — AVB-terapią żadnego efektu się nie osiągnie.

Niemniej ważną rzeczą jest również postawić sobie przed zastosowaniem AVB pytanie, czy choroba istotnie wychodzi pierwotnie ze skóry (wzgl. błon śluzowych). Tak np. nie osiągnie się efektu leczniczego w zapaleniu pęcherza w razie

daleko posuniętej ciąży i uporczywej obstypacji, gdyż pierwotna przyczyna nie tkwi w pęcherzu, tylko jest skutkiem zmienionego stanu ustroju. To samo da się powiedzieć i o przetokach różnego pochodzenia.

(Wychodząc z tych założeń, Lutz wątpi o skuteczności leczenia AVB ropn. zapaleń szpiku kostnego, o czym wspominali Besredka, Demel i inni, gdyż dla powstania tej choroby pochodzenie hematogenne ma nieporównanie większe znaczenie, niż ewentualnie obecne ognisko pierwotne w skórze, tak, że niepowodzenie terapeutyczne byłoby zupełnie usprawiedliwione).

Czas stosowania zależy w każdym poszczególnym przypadku od nasilenia choroby i postępu poprawy, słowem, od obserwacji klinicznych, co, zresztą, widać dobrze z wyżej przytoczonych przykładów.

Prócz tego trzeba pamiętać, że *antivirus*, jako substancja pochodna z wakuiny, t. j. ciała bakterij, działa *in statu nascendi*; wywołana przezeń odporność miejscowa trwać może tylko tak długo, jak długo on się znajduje w komórkach chwytanych.

Nie ulega wątpliwości, że można mieszać różne przesącze, albowiem liczne obserwacje różnych klinicystów potwierdziły skuteczny wpływ mieszanin przesączów z hodowli gronkowców i paciorkowców. W innych przypadkach, np. w schorzeniach uszu, może się b. przyczynić do wyleczenia dodatek AVB z pał. ropy błękitnej. Była nawet przygotowana maść lanolinowa z przesączu hodowli buljonowej pałeczki ropy błękitnej do stosowania w chorobach skórnych, ale wyniki nie są dotychczas zadawalające.

Co się tyczy sposobów przygotowania przesączów, to różne pracownie wprowadziły swoje modyfikacje do sposobu, podanego przez Besredkę. Nie wdając się w szczegóły, wspomnę tylko, że u Besredki (w Inst. Pasteura w Paryżu) przesącze gronkowcowe pochodzi z 60 mniej więcej różnych odmian. Obok przesączów paciorkowcowych zwykłych przyrządza się również AVB paciorkowcowy z drobnoustrojów, uzyskanych wyłącznie od chorych na jakąś określoną jednostkę chorobową, np. na zakażenie połogowe; do tych używa się też około 12 różnych odmian (Demel, Wien. Klin. Woch. Nr. 18/1927, str. 602). AVB gotowy do użytku winien być przejrzystą, bezbarwną, z lekką opalizującą cieczą, przypominającą zwykły buljon; jeżeli jest mętnawy — należy to od martwych, niezdolnych do życia bakterij. Żywych bakterij nie powinno być, jeżeli napełnianie buteleczek odbywało się po dokładnej sterylizacji. Obawa, że podczas posiewu zjadliwych bakterij, toksyny mogą przechodzić do pożywki i później mogą działać szkodliwie na rany i jamy ciała — nie wytrzymuje krytyki, ponieważ toksyny są ciałami ciepłochwiejnymi i giną po ogrzaniu przesączów do 100°C. Natomiast może AVB zawierać nieznaczne ślady chemicznie wykrywalnego białka i produkty jego rozpadu.

Stosując AVB, należy go traktować, jako ciało jałowe, i przechowywać w małych buteleczkach, wzgl. ampułkach; raz otwartej porcji nie należy używać po raz drugi, gdyż przy nieostrożnym postępowaniu dochodzi do zanieczyszczenia drobn-

ustrojami z powietrza, co się łatwo poznaje po zmętnieniu płynu, przedtem przejrzystego.

Gwoli ścisłości wspomnieć muszę, że w chwili obecnej w użyciu znajdują się przesącze z buljonowych hodowli, prócz gronkowców i paciorkowców, również pał. duru, okrężnicy, ropy błękitnej, cuchnącego nieżyty nosa oraz różne mieszaniny z nich. Prace nad przygotowaniem AVB z gonokoków i pneumokoków są jeszcze w toku.

Co do AVB gruźliczego — to R. Kraus na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Budapeszcie w dniu 29. X. — 1927 r. zademonstrował otrzymany przez siebie AVB gruźliczy, który posiada wybitne własności przeciwbólowe, ujawniające się zwłaszcza przy stosowaniu w gruźlicy krtani (*tbc. laryngis*).

Na naszym oddziale rozpoczęliśmy przed pewnym czasem stosowanie terapii przesącami buljonowymi w rozmaitych jednostkach chorobowych. Prace te jeszcze są w toku, wobec czego nie możemy ich obecnie podać do ogólnej wiadomości.

PIŚMIENNICTWO.

1. Besredka, Immunisation locale. — 2. Besredka Wraczebnoje obozrenije, Nr 6/1924. i Nr. 1/1925. — 3. Brumlik. Wiener Klin. Wochenschrift Nr. 43/1927. — 4. Demel. Driak u. Moritsch („Histan“) Wiener Klin. Wochenschrift Nr. 39/1927. — 5. Eisler u. Lehndorff („Histan“) Wiener Klin. Wochenschrift Nr. 33/1927. — 6. Epstein. Wiener Klin. Wochenschrift Nr. 3/1927, Nr. 24/1927 i Nr. 18/1927, str. 601. — 7. Jessner. Klinische Wochenschrift Nr. 31/1927. — 8. Kittinger. Wiener Klin. Wochenschrift Nr. 31/1927. — 9. Lange. Deutsche med. Wochenschrift Nr. 17/1927. — 10. Lehndorff u. Brumlik, Wiener Klin. Wochenschrift Nr. 15/1927 i Nr. 18/1927 str. 602. — 11. Lotheissen. Wien. Klin. Wochenschrift Nr. 3/1927. — 13. Louros u. Gaessler. Klinische Wochenschrift Nr. 35/1927. — 13. Lutz. Münch. med. Wochenschrift Nr. 3/1928. — 14. Mikułowski. Pedjatria Polska. T. VII, zes. 6—1927, str. 442. — 15. Moritsch u. Oppolzer. Wiener Klin. Wochenschrift Nr. 18/1927. — 16. Rutkowski. Warsz. czasop. lek. Nr. 4 i 5/1927. — 17. Serkowski. „Antivirus“ — Warszawa, 1928. — 18. Schweinburg. Wiener Klin. Wochenschrift Nr. 25/1927 i Nr. 2/1928. — 19. Schlein. Wiener Klin. Wochenschrift Nr. 13/1927. — 20. Singer u. Spitzer. Wiener Klin. Wochenschrift Nr. 50/1927. — 21. Weicherdt. Deutsche med. Wochenschrift Nr. 32/1927. — 22. Deutsche Med. Wochenschrift Nr. 24/1927. — 23. Klinische Wochenschrift N 9/1927. — 24. Medizinische Klinik N. 39/1927. 25. Münchener Mediz. Wochenschrift Nr. 44/1928. 26. Wiener Klinische Wochenschrift N. 17/1927.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Farmakologia kliniczna i doświadczalna.

J. T. GWATHMEY. O synergizmie pomiędzy siarczanem magnezu a morfiną. (J. A. M. A. Tom. 91, Nr. 23 r. 1928).

Synergiczne działanie siarczanu magnezu wobec morfiny zostało wykazane w szeregu przypadków chirurgicznych i ginekologicznych. Działanie morfiny w tych warunkach wzrasta o 250 — 500%.

Zarówno doświadczalnie na zwierzętach, jakoteż klinicznie na ludziach wykazano, że działanie to jest ogromnie ważne, dając możność zaoszczędzenia narkotyków, w większych dawkach dość niebezpiecznych.

Wykazano także synergizm pomiędzy siarczanem magnezu a amidopiryną, salicylanem sodu oraz aspiryną.

Synergizm pomiędzy siarczanem magnezu a eterem wykazano podczas uspiania eterowego u całego szeregu zwierząt.

Jak widać więc, siarczan magnezu potęguje działanie niemal wszystkich leków kojących lub przeciwbólowych.

Do celów klinicznych używa się 25% roztworu czystego siarczanu magnezu w ilości około 2 cm.³, ewentualnie z dodatkiem nowokainy.

Jeżeli zastrzyknąć choremu morfinę, to w ciągu szeregu godzin można podtrzymywać stan bezbolesności przez zastrzykiwanie siarczanu magnezu.

Istnieją już w handlu (w St. Zjednocz.) ampułki, w których morfina rozpuszczona jest odrazu w 25% roztworze siarczanu magnezu.

B. G.

C. S. WILLIAMSON i P. EVING. O działaniu leczniczym żelaza. (Arch. of Int. Med. Tom 42, Nr. 4, r. 1928).

Autorzy wypróbowali szereg preparatów żelaza i stwierdzili że np. u szczurów cytrynian żelaza, dodawany do diety standartowej, nie wywoływał żadnych zmian w stężeniu hemoglobiny.

Podobnie szczury, które przez długi czas otrzymywały cytrynian żelaza, po wypuszczeniu 25% ilości krwi, nie wykazywały szybszej poprawy od zwierząt kontrolnych.

Z tego wynika, że gromadzenia zasobów żelaza w ustroju we właściwym słowa znaczeniu niema, przynajmniej o tyle, by z tego żelaza czerpać materiał do budowy hemoglobiny.

Wyniki tych badań są sprzeczne z wynikami badań poprzednich tegoż autora, który w pracy poprzednio ogłoszonej doszedł do wręcz odmiennych wniosków.

B. G.

P. J. HANZLIK i in. Długotrwałe podawanie jodu. (Arch. of Int. Medicine. Tom. 42. N. 4. 1928).

Autorzy przeprowadzili szereg doświadczalnych badań, z których wynika, że niema najmniejszej podtawy do przypuszczenia, że długotrwałe podawanie małych dawek jodu w warunkach zwykłych ma działać ujemnie na ustrój.

Przeciwnie, z badań tych wynika, że raczej działanie takich dawek jodu jest dodatnie.

Oczywiście, że nie stosuje się to do długotrwałego podawania jodu w cierpieniach tarczycy lub też do dużych dawek jodu, które mogą mieć działanie szkodliwe.

B. G.

BIEHLER, HILDEBRANDT, LEUBE, FREUND H., KACZANDER P. Neodorm, nowy środek nasenny. (D. m. W. Nr. 2/1929 r.).

Neodorm jest nowym środkiem nasennym z grupy kwasów tłuszczowych o wzorze α -brom- α izopropylbutyramid. Występuje w postaci białego proszku, łatwo rozpuszczalnego w wodzie, alkoholu, eterze. Stosunek dawki nasennej do śmiertelnej jest, jak 1 — 6. Po 24 godzinach ulega on w organizmie rozkładowi (produkty rozkładu są jeszcze nieznane); nie kumuluje.

Badania doświadczalne farmakologiczne nie wykazały szkodliwego wpływu na ośrodek oddechowy i krwiobieg, a jedynie dodatnie działanie, jako środka uspakajającego i nasennego.

W 400 przypadkach klinicznych, w dawce 0.3 — 0.6 gr. (uspakajająca dawka 0.9 gr. *in refracta dosi*), neodorm okazał się dobrym środkiem, przyjemnym w smaku i łagodnym w działaniu. Nie spostrzegano żadnych przykrych następstw, jak bóle głowy, nudności, mroczenie przed oczami. Może być więc stosowany jako środek nasenny pomocniczy i uspakajający w chorobach krążenia krwi (2 — 4 razy dziennie á 0.1) gdzie podawanie go lepiej jest znoszone od morfiny.

S. Luxenburg.

GUGGENHEIMER i FISHER. Spostrzeżenia doświadczalne i kliniczne nad działaniem rozszerzającym środków nasennych, a w szczególności małych dawek wodanu chlorału. (D. m. W. N. 5. 1924 r.).

Sprawdzając działanie małych dawek środków nasennych, posługiwali się autorzy metodą Gantera, przyczem doświadczania swe przeprowadzali na kotach. Luminal i uretan wywoływały obniżenie ciśnienia i rozszerzenie naczyń. Wodan chlorału w dawkach b. małych rozszerzał naczynia, gdy dawki większe wywoływały spadek ciśnienia. Bez wpływu na naczynia i ciśnienie pozostawał weronal.

Autorzy dochodzą do wniosku, iż działanie rozszerzające naczynia jest pochodzenia ośrodkowego. Przy stosowaniu hipnalu (monochloral antypiryna) stwierdzono zamiast spodziewanego rozszerzenia umiarkowane zwężenie naczyń, bez wpływu na ciśnienie. Działanie zwężające naczyń zależy od obecności antypiryny. Podobne działanie, zwężające naczynia, posiadają piramidon i salicylan sodu. Pernoktan i awertyna powodują spadek ciśnienia i silne rozszerzenie naczyń obwodowych; awertyna zaś w dużych dawkach może być b. szkodliwa.

Podając luminal w niewielkich dawkach, rozdzielonych na przeciąg całego dnia, udaje się przytłumić jego działanie nasenne i uzyskać dodatni wpływ na stany pobudzenia ośrodka naczynioruchowego. Przy takim dawkowaniu widywano obniżenie ciśnienia w przypadkach nadciśnienia. W takich przypadkach dobre wyniki daje połączenie luminalu z teofiliną.

Małe dawki wodanu chlorału, wywierając wpływ na ośrodki mózgowie, działają uspokajająco w przypadkach pobudzenia ośrodków naczynioruchowych. Łącznie z małymi dawkami jodu i bromu dodatnio wpływają na bóle, zawroty głowy, bicie serca i inne objawy miażdżycy, niejednokrotnie powodując spadek ciśnienia.

S. Luxenburg.

Choroby narządów trawienia.

G. NOAH i E. HAHN. Znaczenie szybkości opadania krwinek w różniczkowaniu cierpień wątroby i dróg żółciowych. (Deutsch. med. Woch. Nr. 19. 1928).

W cierpieniach miąższu wątrobowego, przebiegających pod postacią zaniku, otrzymywali aut zwolnione opadanie krwinek (OK). Im szybciej posuwała się sprawa chorobowa, tem wolniejszym było OK. Objaw ten spostrzegali aut wcześniej nawet od występowania leucyny i tyrozyny w moczu.

W *hepatitis icterica*, różniąc się raczej ilościowo od zaniku, OK było silniejsze lub w granicach normy. Jednak i normalna szybkość OK posiada znaczenie różniczkowe, wyłącza bowiem obecność nowotworu, marskości, żółtaczki kiłowej oraz cierpień pęcherzyka. Te ostatnie posiadają przyspieszoną szybkość OK.

Szczególnie ważne jest szybkie OK w żółtaczce kiłowej, gdyż pozwala odróżnić cierpienia miąższu wątrobowego pochodzenia kiłowego od uszkodzeń miąższu innego rodzaju.

M. Goldman junior

BLOND K. W sprawie mechanizmu opróżniania się dróg żółciowych zewnątrzwątrobowych. (Deutsch. med. Woch. Nr. 19 1928).

Na podstawie badań doświadczalnych dochodzi B. do

wniosku, że przewód pęcherzykowy nie stanowi drogi odprowadzającej pęcherzyka żółciowego. Wbrew poglądom szkoły Bergmanna aut. jest przeciwnikiem zdolności czynnego lub biernego opróżniania się pęcherzyka żółciowego. Za błędnym tłumaczeniem wyników zgłębnikowania dwunastnicy mają przemawiać następujące spostrzeżenia: 1) otrzymywanie żółci A i B u osobników z wyciętym pęcherzykiem; 2) otrzymywanie obu porcji żółci przy wrodzonym niedorozwoju pęcherzyka; 3) doświadczalne badania nad zdolnością wydzielania żółci o różnych stężeniach przez komórki wątrobowe po usunięciu pęcherzyka.

Zmniejszanie się pęcherzyka, spostrzegane na cholecystogramach w ciągu 2 — 3 godzin, nie przemawia za czynnem opróżnianiem się: okres trzygodzinny byłby zbyt długi do opróżnienia się zbiornika o objętości 25 cm.³; należałoby raczej wziąć pod uwagę możność zwrotnego wysysania się zawartości przez żyły pęcherzykowe, wpadające do żyły wrotnej. Być może, da się to wykazać za pomocą hepatografii.

Według aut. wydzielina wątroby zależy w znacznej mierze od jakości pożywienia, podobnie jak wydzielina trzustki. Pęcherzyk żółciowy jest zbiornikiem, z którego wątroba czerpie w czasie trawienia poszczególne części składowe żółci, deponowane tam w czasie przerwy.

B. krytykuje spostrzeżenia Ichöndubego, który podaje, iż po skurczu pęcherzyka masa kontrastowa może się przedostać nawet powyżej rozgałęzienia przewodu wątrobowego; wedł. B., czynny skurcz pęcherzyka żółciowego wydzieliłby tę masę raczej do dwunastnicy; zjawisko powyższe tłumaczy B. zwrotnem wysysaniem zawartości pęcherzyka, wywołanem wzmożoną czynnością komórek wątroby, jaka się rozwija pod wpływem bodźców, działających z dwunastnicy. Na tej podstawie wyobraża sobie aut. działanie hipofizyny, która przez pobudzenie czynności komórek wątrobowych, wywoływałaby szybsze wchłanianie zwrotne z pęcherzyka.

W przypadkach zaburzonego wchłaniania (obrzęk ścian pęcherzyka, zmiany bliznowate, zapalenie zakrzepowe żyły pęcherzykowej) może dojść do nadmiernego rozszerzenia ścian pęcherzyka oraz niewydolności zastawki Heistera. W tych warunkach może nastąpić wydzielenie z pęcherzyka kamienia żółciowego, co niekoniecznie musi być dowodem czynnego kurczenia się pęcherzyka.

M. Goldman junior

P. CARNOT, NANOTTE i LIBERT. O dysocjacji cholelipatycznej w nowotworach żółciowych. (Paris médical 1928 r. Nr. 20).

Omawiając trudności rozpoznawcze, mogące powstać przy rozpatrywaniu przypadków żółtaczki przewlekłej, autorzy stwierdzają, że w zgłębnikowanej treści dwunastniczej mogą się okazać następujące cechy:

A) Brak żółci, obecność soku trzustki i naogół wyjątkowe sączenie się krwi w treści przemawia za sprawą kamiczą lub uciskową nienowotworową.

B) Rak głowy trzustki daje zatrzymanie soku trzustkowego, zatrzymanie żółci, naogół bez sączenia się krwi.

C) Rak przewodu żółciowego wspólnego daje zatrzymanie żółci, wolny odpływ soku trzustkowego oraz często krew.

W przypadkach w których oliwka zgłębnika nie może przejść poprzez odźwiernik, należy zastosować t. zw. śniadanie oliwne Bołdyrewa.

B. Goldstein

N. BOUCHER. O kile wątroby. (Paris médical 1928 r. Nr. 20).

Autor opisuje szereg przypadków kiły wątroby w okresach wczesnych. Na 18 przypadków odnotowano aż 6 rozma-

tych postaci klinicznych. Marskość kiłowa wątroby zdaje się być postacią dalej posuniętą, najwcześniejsza zaś jest postać asteniczna. Odczyn Wassermann'a nie we wszystkich przypadkach był dodatni. Objawy kiły skórnej są naogół rzadkie.

Trudności różniczkowe mogą powstać w całym szeregu cierpień wątroby, w pierwszym rzędzie z kamica i nowotworami. Z cech szczególnych należy wymienić powiększenie lewego płata.

Niekiedy można myśleć o cukrzycy w przypadkach kiły wątroby, przebiegającej z cukromoczem.

Co się tyczy leczenia, to jest ono oczywiście w pierwszym rzędzie swoiste. Preparaty arsenowe są jednakże niewskazane ze względu na zajęcie mięszu wątrobowego. Lepiej nadają się preparaty rtęciowe, z których dość wygodną postacią są czopki, jak to zaleca także Sabouraud.

Co się tyczy balneoterapii, to Vichy ma działanie znakomite, przytem wielostronne. A więc dzięki zjonizowanemu dwuwęglanowi sodu zwiększa zdolność aleksyczną surowicy zwiększa monocytosę, sprzyja wydalaniu trucizn przez nerki skórę, jelita i gruczoły. Usprawnia czynność wątrobową, w szczególności zaś glikogenezę, proteopeksję, wytwarzanie mocznika, żółci i t. p.

Do tego przyłącza się ogólne działanie odpoczynku, diety, hydroterapii. — To też niekiedy już samo leczenie w Vichy może wyleczyć rozmaite żółtaczkę, które są niczem innym, jak utajonemi postaciami kiły wątroby.

B. Goldstein

E. C. CORT. Pełzakowacizna wątroby. (Journ. Am. Med. Ass. tom 90, Nr. 25. r. 1928.)

Autor stwierdza na zasadzie bogatego materiału, że emetyna, choć nie jest specyfikiem w pełzakowatych schorzeniach jelit, jest właśnie tym specyfikiem w cierpieniach wątroby. Odpowiednie leczenie emetynowe leczy zazwyczaj wszystkie przypadki wątroby pełzakowatej, nawet w obecności dużych ropni zmniejsza wybitnie ryzyko operacyjne.

Aspirowanie dużych ropni z podawaniem emetyny, przed zabiegiem i po zabiegu stanowi najlepsze i najwygodniejsze ich leczenie z jednoczesnem skróceniem czasu rekonwalescencji.

B. G.

LIFSZYC. Konstytucja, a skład chemiczny kamieni żółciowych. (Wracz. Gaz. Nr. 3. 1928 r.)

Podstawowemi chemicznymi składnikami kamieni żółciowych są cholesteryna i wapień bilirubiny; ilościowo znacznie przeważają kamienie cholesterynowe, których liczba dochodzi do 98%. Przewaga kamieni cholesterynowych, spostrzeganych przeważnie u kobiet, tłumaczy się częściej występującą u nich hipercholesterynemją. U mężczyzn kamienie żółciowe cholesterynowe spostrzegano u osobników ze skazą cholesterynową (konstytucja artrytyczna). Wapień bilirubiny widzimy przeważnie u osobników z konstytucją wysiękową. Obciążenie dziedziczne ma duże znaczenie w powstawaniu kamieni żółciowych.

Sz. T.

LYON I SWALM. Zatkanie przewodu pęcherzyka żółciowego na tle nieżyłowym. (J. of the Amer. Med. Ass. Nr. 11 r. 1928.)

Niedrożność nieżyłowa przewodu pęcherzykowego może być zupełna lub częściowa. Najczęściej występuje w I okresie zapalenia pęcherzyka żółciowego, lecz może się zdarzyć także w okresach późniejszych. Sprawa ta nie daje jednolitych objawów charakterystycznych. Pod drobnowidzem stwierdza się śluz w obfitej ilości, gęsty, często w postaci skręconych nitki, niekiedy przepojonych solami żółci i, co ważniejsze, obecność oleistych tworów, rozlewających się w postaci kropel i plam, pod względem chemicznym należących do grupy lipidów choleste-

rynowych. Poza tem oczywiście występują inne składniki nieswoiste dla danej sprawy.

Powyższa postać zamknięcia przewodu pęcherzykowego może być rozpoznana tylko po uprzednim zgłębnikowaniu dwunastnicy. O ile nieżyłowe zamknięcie jest zupełne, cholecystografia wypadła dodatnio.

Częstem zgłębnikowaniem udało się cholecystogram zmienić na ujemny czyli przywrócić do normy. Ten fakt wyjaśnia poniekąd przypadki, w których na zasadzie radiogramu dodatniego zrobiono operację, która jednakże żadnego cierpienia pęcherzyka nie wykazała. Pacjenci tacy, cierpiący na nieżyłowe zatkanie przewodu pęcherzykowego, bez żadnych innych powikłań, mogą powrócić do zdrowia dzięki tylko przepłukiwaniom dwunastnicy.

Po przywróceniu drożności przewodów żółciowych chory może wrócić do swojej poprzedniej diety, (zawierającej tłuszcz).
B. Goldstein.

Choroby nerwowe i psychiczne.

∞ Hans PRINZHORN. Psychotherapie. (Wydawnictwo Georg Thieme Lipsk.)

Obszerne to dzieło wybitnego autora, znanego szczególnie ze swych studiów nad twórczością artystyczną psychicznie chorych, nie jest bynajmniej nowym podręcznikiem psychoterapii. Podręczników takich w piśmiennictwie niemieckiem przyniosły ostatnie lata cały szereg, przeważnie pióra najlepszych autorów. Ale całe znaczenie psychoterapii, cała problematyka jej stosunku do medycyny ogólnej, jej rola w społeczeństwie, jej aspekty kulturalne, biologiczne i socjalne uwydatniają się dopiero w tem dziele, które stawia sobie za zadanie wyjaśnienie zasadnicze zagadnienia psychoterapii przez rozważenie jej przesłanek, istoty i granic. Tak szeroki zasięg zamierzeń autora sprawia, iż książka może i powinna zainteresować nie tylko specjalistę, ale każdego lekarza, który, obdarzony szerszym choryzontem myślowym i skłonnością do penetracji filozoficznej, pragnie zdać sobie sprawę z zasadniczych prądów myślowych i kulturalnych wraz z ich refleksją w rozwoju i stanowisku społecznym naszego zawodu.

Leitmotivem poglądów autora, który za głównych mistrzów ma sobie Nietschego oraz wybitnego psychologa i charakterologa Klagesa, jest to, co nazywa stanowiskiem biocentrycznem. Najwyższym celem i zadaniem jest samo życie; duch ludzki (który wraz z Klagsem P. przeciwstawia duszy) często staje naprzeciw życiu, co w pierwszej linii decyduje o problematyczności naszej kultury i stwarza groźne konflikty. Lekarz powinien służyć życiu. Psychopata, który nie może żyć tak, jak inni, ma jednakże prawo do swego życia, i do tego winien mu dopomóc lekarz. Na czele swej książki umieścił autor słowa Nietschego, które rozpoczynają się od żądania: „Nawet i człowiek zły, nieszczęśliwy, wyjątkowy powinien mieć swoją filozofję, swoje prawo, swoje światło słoneczne“! Uznając więc osobliwość podłoża konstytucjonalnego chorego neurotyka, licząc się z szczególną jego charakterologią, winniśmy dążyć do stworzenia dlań takiej linii życiowej, która, stanowiąc dlań optimum, umożliwiłaby mu jednocześnie związanie się z jakimiś grupami społecznymi, polegające jednak nie na zwykłym podporządkowaniu się, lecz na tem, co autor nazywa „Biologische Einordnung gesunder Lebewesen“. Na granice psychoterapii, wypływające właśnie z osobliwości podłoża, kładzie autor szczególny nacisk. To też, uznając wielkie znaczenie psychoanalizy, uważa, iż winna ona być uzupełniona przez charakterologję i naukę o życiu, jeśli zaś chodzi o terapię, to w zastosowaniu do osobników o podłożu psychopatycznym, psychoterapia winna mieć charakter bardziej aktywny, przystosowany do celów życiowych. W stosunku do zagadnień patogenetycznych broni autor stanowiska, które nazwałbym witalistyczno-monistycznym, propagując

ideę, o wyższej jedności ciała i duszy, które to pojęcie prowadzi np. do przezwyciężenia pierwotnego—jak je nazywa — poglądu na psychorodność, niesłusznie przeciwstawianą sprawom organicznym.

Wysoki ton filozoficzny i szeroki horyzont myślowy autora utrudniają mu — jak się wydaje ref. — rozwiązanie praktyczne całego szeregu zagadnień. Charakterystyczny wydaje mi się pod tym względem brak jakiegokolwiek bliżej określonego poglądu na zagadnienie seksualne, któremu przecież poświęca autor spory ustęp o charakterze jednak krytyczno-negatywnym, albo też — w części pozytywnej — zupełnie ogólnikowym. Taksamo zarzuciłbym brak uwzględnienia zagadnień, związanych z terapią osobników bardziej prymitywnych; trudno się oprzeć wrażeniu, że autor jest nastawiony przedewszystkiem na osobniki specjalnie uzdolnione i wartościowe (p. 291).

Taksamo odnosi się wrażenie, iż autor, deprecjonując znaczenie psychoanalizy dla zrozumienia i rozwiązania t. zw. konfliktów wyższego rzędu, nie docenia związku, jaki zachodzi pomiędzy nimi a przeżyciami infantylnymi. Dlatego też niema słuszności, twierdząc, iż tylko te trudności neurotyczne, które stanowią resztki kryzysów rozwojowych, nadają się do terapii specyficznie lekarskiej.

Zresztą, niepodobna w krótkim referacie wyczerpać bogactw tego naprawdę wartościowego dzieła. Pragnę jeszcze podkreślić tak interesujące i ważne rozdziały, jak uwagi o psychopatologii dziecka i wychowaniu, jak krytyka utopijnych ideałów równości, jak przedstawienie wzajemnego stosunku psychoterapii i duszpasterstwa. Lekarza niespecjalistę zainteresuje szczególnie ostatnia część książki. Przedstawione są tu rzeczy, o których często myślimy, ale które nigdzie nie zostały jeszcze tak jasno oświetlone: socjologia postępowania lekarskiego, charakterologia lekarza, stosunek ideału lekarza i naukowca. Cenne są wreszcie wnioski, dotyczące przyszłego kształcenia lekarza.

G. B y c h o w s k i.

∞ Dr. Władysław STERLING. Dziecko histeryczne. (Bibliot. Pedagogiki leczniczej N. 10). Dziecko psychopatyczne. (Bibl. Pedag. lecn. N. 9). Odb. z kwartalnika „Szkoła Specjalna” T. IV. NN. 3 — 4. 1927 — 1928.

W zwięzłej formie, w sposób przystępny a jednak głęboko naukowy — szkicuje autor wszystkie przejawy kliniczne hysterji i psychopatji ustrojowej dziecka, podkreślając cechy, które się różnią od tychże zespołów klinicznych u dorosłych.

Nie wchodząc w szczegółową dyskusję nad wartością licznych teoryj hysterji, autor podkreśla przedewszystkiem rolę podświadomości i związaną z nią teorię psychoanalityczną, zaznaczając jednak, iż nie jest to bynajmniej jedyny sposób zwalczania drogą psychologiczną przejawów hysterji dziecka.

Sposób zapobiegania i leczenia uzupełnia ten znakomicie ujęty, barwnie zobrazowany przegląd kliniczny, ilustrowany licznymi przykładami.

Monografie powyższe ukazały się nakładem Szkoły Specjalnej, pisma, poświęconego zagadnieniom pedagogji leczniczej. Przeczytają je jednak z istotnym pożytkiem lekarze, a przedewszystkiem pediatrzy i lekarze szkolni. W piśmiennictwie polskim są to jedyne prace kliniczne, poświęcone zagadnieniom chorób psychicznych i nerwowych dziecka.

Bogate osobiste doświadczenie autora stanowi o ich istotnej wartości.

Zofja Rosenblumówna.

∞ Dr. Władysław STERLING. O opiece nad dziećmi umysłowo upośledzonymi w Polsce i zagranicą. (Odbitka z I-go Rocznika Polskiego Komitetu Pomocy Dzieciom. Warszawa 1927).

W broszurce powyższej autor zastanawia się przedewszystkiem nad metodami, zastosowanymi do oceny niedorozwoju: 1) metodą opartą na przesłankach biologicznych, jak Mental

Deficiency Bill z 1912 r., uchwalony w Anglii, lub 2) skalą metryczną Bineta - Xermana, metodą, polegającą na psychologicznym określaniu pojęcia inteligencji. W pracy podany jest źródłowy opis istniejących szkół specjalnych i zakładów wychowawczo-poprawczych w Polsce.

Zofja Rosenblumówna.

F. G. SCHNABEL. Djeta kwasicowa w migrenie. (Ann. of Int. Medicine. Tom II. Nr. 4, r. 1928).

Autor zastosował ketotwórczą dietę u 18 chorych. Składała się z minimaln. ilości węglowodanów (5 — 20 gr.), białka 1 gr. na kilo wagi i tłuszczu w dużych ilościach (by pokryć zapotrzebowanie kaloryczne).

U 3 chorych nie tylko nie stwierdzono poprawy, lecz może nawet pogorszenie, 6-ju — odeszło w trakcie leczenia. U 9-ju wreszcie zanotowano poprawę o tyle, że po zaprzestaniu diety specjalnej bóle się wyraźnie wzmogły. U 3-ch chorych bóle wogóle nie wróciły, lecz zdarzało się to z nimi i dawniej. Trzech nie przestrzegało ściśle przepisów dietetycznych, toteż u nich szybko wystąpiły nawroty.

Autor wierzy w skuteczność ketorodnej diety w niektórych przypadkach migreny.

B. Goldstein.

Choroby oczu.

STOCK. Miąższowe zapalenie rogówki w śpiączce. (Klin. Monatsbl. sierpień — wrzesień 1928).

Jeszcze w r 1906 autor doświadczał wykazał, że zarazki śpiączki tropikalnej (krętek — *trypanosoma gambiense*) mogą wnikać do utkania rogówki i wywołać jej miąższowe zapalenie. Autor opisuje pierwszy dotychczas swój przypadek miąższowego zapalenia rogówki u człowieka, chorego na śpiączkę tropikalną. W drugim okresie choroby wystąpił silny światłowstręt oraz obniżenie ostrości wzroku. W rozmazie krwi stwierdzono wówczas nieznaczną liczbę zarazków swoistych. Ostrość wzroku pr. oka = $\frac{1}{36}$, lew. oka $\frac{1}{12}$. Obie rogówki wykazały lekkie i rozległe zmętnienie miąższu. Zrosty tylne po atropinie w zupełności puściły; znaczne nastrożenie rzęskowe. Po 3 zastrzykiwaniach „germaniny“ w okresie 5-dniowym, objawy chorobowe ze strony oczu zupełnie ustąpiły. Ostrość wzroku obu oczu = $\frac{5}{6}$. Autor jest przekonany, że zarazki przeniknęły do rogówki i spowodowały wyżej podane zmiany.

Germanina daje podobno rękomię zupełnego wyleczenia z śpiączki tropikalnej w krótkim czasie.

S. Hammer.

J. G. ZAMKOWSKI. Zatrucie alkoholem metylowym — następstwa ślepoty i śmierci. (Zeitschr. f. Augenh. czerwiec 1928).

Chory omyłkowo wypił 100 gr. alkoholu metylowego. Nazajutrz wystąpiły nudności, ból głowy. Ze strony oczu objawy wystąpiły dopiero na 3 dzień. Badanie wykazało: źrenice normalne, reakcja na światło zachowana. Dno nieco przekrwione granice tarcz niezbyt wyraźne. Pole widzenia — normalne. Następnego dnia stan chorego pogorszył się (tętno przyspieszone, arytmja, samopoczucie gorsze). W ciągu dalszych godzin nastąpiło pogorszenie; nad ranem chory oślepl. Źrenice maksymalnie rozszerzone — na światło nie reagują, dno przekrwione. Chory wkrótce stracił przytomność i zmarł. Cały przebieg choroby różnił się pod wieloma względami od typowego. Przeważnie obserwuje się apatię, wymioty, bóle w okolicy wątroby. Ślepoty następuje przeważnie po 48 godzinach — w tym zaś przypadku po 84 godzinach. Okres utajony u tego chorego trwał stosunkowo długo. Zabójcze działanie alkoholu metylowego zależy od produktów jego rozkładu. Alkohol etylowy w organizmie spala się całkowicie na CO_2 i H_2O — natomiast alkohol metylowy wytwarza formaldehyd, który upośledza oddychanie komórek i hamuje procesy oksydacyjne. Dalej wytwarza się

kwask mrówkowy. Im wyższa jest zdolność oksydacyjna ustroju — tem mniejszy jest wpływ formaldehydu na komórki (K a s a s s). A s s e r twierdzi, że obecność w ustroju alkoholu etylowego, łatwo spalającego się, działa hamująco na rozkład alkoholu metylowego. Tem właśnie możemy wytłumaczyć przebieg wypadku wyżej opisanego. Chory ten ostatnio używał dużo alkoholu; prócz tego otrucie nastąpiło bezpośrednio po spożyciu alkoholu etylowego.

Mieczysław M a n t i n b a n d.

L. WEEKERS. Propozycja w sprawie określania zdolności fizycznej szoferów (Archives d'ophtalmologie, październik 1928 r.).

W przemówieniu swem, wygłoszonem w Akademii medycznej, W e e k e r s nalega energicznie na konieczności reglamentacji szoferów. Uważa, że przyczyną większości wypadków samochodowych jest, że osoby, prowadzące auta, nie nadają się do tego ze względu na pewne braki fizyczne, są bowiem szoferzy jednoocy, głusi, epileptycy i t. p. Obowiązkowe badanie lekarskie przed otrzymaniem prawa jazdy nie daje skutecznych wyników, gdyż niezawsze lekarz jest w stanie wykryć chorobę o ile pacjent jest zainteresowany w jej ukryciu, (jak np. epilepsję, alkoholizm), a bierze całkowitą na siebie odpowiedzialność przy wydawaniu świadectwa lekarskiego.

W e e k e r s zatem proponuje ogłoszenie ustawy, czyniącej szofera całkowicie odpowiedzialnym w razie wypadku.

Powinna być sporządzona lista, wykazująca różne braki fizyczne, które czynią ludzi niezdolnymi do prowadzenia auta. Z listą powyższą powinien być obznajmiony każdy, kto stara się o prawo jazdy.

Należy ogłosić, że jeśli ktokolwiek obciążony jedną z tych wad prowadzi auto, popełnia ciężki błąd. Jeżeli, nie bacząc na powyższe rozporządzenie, pełni jednak obowiązki szofera, wtedy w razie wypadku po ekspertyzie lekarskiej jest skazany na wysoką grzywnę i na więzienie, odpowiada prócz tego za szkody, wyrządzone ofierze wypadku. W e e k e r s jest przekonany, że wprowadzenie w życie takiej ustawy odstraszy większość niezdolnych.

Prócz tego W. bierze jeszcze pod uwagę interwencję towarzystw ubezpieczeniowych. Obecnie wszyscy szoferzy ubezpieczają się. Otóż byłoby pożądane, aby towarzystwa ubezpieczeniowe włączały do umowy klauzulę, któraby całą umowę unieważniała, o ileby w razie wypadku się okazało, że ubezpieczony jest obciążony jedną z wad fizycznych, czyniących go niezdolnym do pełnienia obowiązków szofera.

Projekt W e e k e r s a jest zupełnie zgodny z prawem, jak to potwierdził profesor prawa cywilnego W o l l e, który górażąc sprawę tę popiera.

Akademja medyczna przyjęła jednogłośnie wniosek W e e k e r s a o zwrócenie się do rządu z prośbą o niezwłoczne zastosowanie środków zabezpieczających ludność od nieszczęśliwych wypadków samochodowych i o wręczenie rządowi projektu, ułatwiającego rozwiązanie tego trudnego zadania.

Wady, czyniące ludzi niezdolnymi do pełnienia obowiązków szofera są według autora:

W z r o k — ostrość wzroku (po basekcji) winna być najmniej $\frac{4}{10}$ w jednym oku i $\frac{1}{10}$ w drugim. Pole widzenia każdego oka powinno być normalne. Dwojenie, kurzoślep czynią ludzi niezdolnymi do prowadzenia auta.

S ł u c h. Wymagana jest $\frac{1}{3}$ słuchu normalnego obu uszu (szepet w odległości 3-ch metrów). Choroba M e n i e r a powoduje niezdolność.

Niezdolność następnie powodują utrata ręki lub nogi (nie tylko anatomiczna lecz również fizjologiczna), choroby nerwowe (epilepsja, w i a d r d e n i a, paraliż postępujący, choroba P a r k i n s o n a, s c l e r o s i s d i s s e m i n a t a, s y r i n g o m y e l i a), zaburzenia psychiczne, ciężkie schorzenia sercowo-naczyniowe.

Bezwzględny powodem niezdolności jest alkoholizm.

Starającym się o pozwolenie zaleca się usilnie zasięganie informacji u lekarza, czy nie są obciążeni którąkolwiek z tych wad, gdyż w razie wypadku nie będą mogli się tłumaczyć nieświadomością.

W. Frenkiel-Zamenhofowa.

UMINISSA - CHANUM Mussa BEILI. W sprawie „znaków na tęczówce”. (Zeitschr. für Augenheilkunde sierpień 1928 r.).

Często można zauważyć na przedniej powierzchni tęczówki znaki, które przypominają arabskie i rzymskie liczby lub litery. V a n D u y s e podaje szereg przypadków przez siebie obserwowanych. Najciekawszem pod tym względem zjawiskiem była kobieta, która na lewej tęczówce wykazała liczbę „10”, a na prawej liczbę „45”. Obie liczby były tak wyraźne, że nawet niewtajemniczeni mogli je z łatwością zauważyć. Niezmiernie interesujący jest fakt, że u córki owej kobiety stwierdzono na tęczówkach te same liczby, co prawda, w stopniu mniej wyraźnym. Tak u matki jak i u córki liczby znajdowały się na dolnej części tęczówek. V a n D u y s e podaje też przypadki historyczne, w których na tęczówce widoczne były całe napisy i aforyzmy. Przypadek, podany przez autora, tyczy się 17-letniej turczynki, która zgłosiła się do kliniki z powodu jaglicy. Na dolnej części tęczówek widoczne były na jasno-brązowym tle czarne i ciemnobronzowe figury, które przypominały rzymskie liczby. Badanie mikroskopem rogówkowym i lampą szczelinową wykazało, że niema się do czynienia z plamami lub nowotworami barwnikowymi (naevus), lecz z brakami warstwy mezodermalnej. Dzięki tym brakom uwidacznia się tylna warstwa barwnikowa. Figury te należy zatem uważać jako częściowe szczeliny w tęczówce lub jako niedorozwój warstwy mezodermalnej

S. H a m m e r.

H. LAGRANGE. O niezycie wiosennym i o jego związku z zespołem neuro-artretyzmu dziecięcego. (Annales d'Ocul. maj 1928 r.).

L a g r a n g e podaje 4 przypadki niezytu wiosennego. Dotyczą one dzieci lat około 10, autor miał możliwość obserwowania, ich w przeciągu kilku lat; objawy: silne swędzenie oczu, klucie, łzawienie, ropienie, nasilenie sprawy z początkiem wiosny, samoistne ustępowanie dolegliwości jesienią. Obiektywnie stwierdzano przekrwienie i ziarnistość spojówek; w jednym przypadku sierp białawy w górnej części obu rogówek; u wszystkich pacjentów eozynofilę lokalną.

Badanie ogólne wykazywało wady rozwojowe narządów płciowych (ektopja jąder, niedorozwój ich), w jednym przypadku prócz tego wole. Próba na wrażliwość względem pyłku kwietnego była dodatnia u wszystkich pacjentów (były robione odczyny skórny i oczny). Najbardziej wrażliwość ta występowała w jednym z przypadków, a mianowicie dziecko dostawało silnego niezytu spojówek w obecności kwiatów w pokoju, po spacerze na łące, nie znosiło również preparatów jodu, miewało często czyraki, przez jakiś czas chorowało na dusznicę oskrzelową. L a g r a n g e kładzie nacisk na to, że powyższy przypadek jest typowym przypadkiem neuro-artretyzmu dziecięcego. Leczenie miejscowe w żadnym przypadku nie pomagało. Dopiero po zastosowaniu opoterapii (doustnie tabletki wyciągu jądrowego) następowała rychło znaczna poprawa, która utrzymywała się przez całe lato. Z nadejściem pory wiosennej dolegliwości, co prawda, występowały znowu, lecz coraz słabsze i szybko ustępowały przy zastosowaniu opoterapii. Zupełne zaś wyzdrowienie następowało jednocześnie z normalnym rozwojem narządów płciowych. Tylko w jednym z opisanych przypadków L a g r a n g e nie mógł stosować opoterapii, gdyż miała ona ujemny wpływ na wole. Również w tym przypadku niezyt

wiosenny ustąpił zupełnie wtedy, gdy jądra rozwinęły się prawidłowo.

Lagrange, opierając się na powyższych spostrzeżeniach jakoteż na przypadkach, dawniej opisanych, przychodzi

do wniosku, że nieżyt wiosenny ma związek z zaburzeniami gruczołów dokrewnych i zalicza to schorzenie do tak zwanej skazy wysiękowej.

W. Frenkiel-Zamenhofowa.

Wskazówki praktyczne.

— Z porównania wartości rozmaitych surowic w zapobieganiu i leczeniu *odry* wyprowadza Gunn wniosek, że, jak dotąd, tylko *surowica ozdrowieńców* daje jako tako pewne wyniki, inne surowice najczęściej zawodzą.

(Lancet 1928, N. 5484).

— Koenigsberger i Mussliner stwierdzili korzystne działanie *surowic przeciwłoniczych*, zwłaszcza skombinowanej surowicy „scarla-streptoserin” na miejscowe sprawy zapalne w płonicy.

(D. m. Woch. 1928, N. 50).

— Zikowsky poleca następującą metodę leczenia ciężkiej błonicy: W przypadkach najcięższych codziennie dniem i nocą 9 zastrzyknieć kardiazolu, kofeiny, strychniny i innych środków nasercowych w ilości $\frac{1}{3}$, $\frac{1}{2}$ do 1 ctm.³ stosownie do wieku. Do każdego zastrzyknięcia dodaje się 2 podziały adrenaliny 1:1000. Surowicę do 20 000 jednostek antytoksykacyjnych, w razie potrzeby jeszcze 10.000 jednostek jako *maximum*. Obok tego cytotropina śródżylnie lub śródmięśniowo 3—5 ctm.³.

(W. kl. Woch. 1928, N. 48).

— Manson-Bahr twierdzi, że *plasmochina* w leczeniu *zimnicy* nie może wprawdzie w zupełności zastąpić chininy, jest jednak bardzo cennym środkiem w tych przypadkach, w których chinina jest źle znoszona. Plasmochina ma przyjemny smak i nie wywiera złego działania na żołądek.

(Lancet 1928, N. 548:).

— Na zasadzie badań doświadczalnych stwierdzili Hoff i Silberstein, że dodatek *eufillyn* do surowicy przeciwżółciowej w wysokim stopniu przyczynia się do poprawienia wyników leczenia *żółca*.

(W. kl. Woch. 1928, N. 45).

— Hodgson wyraża się dodatnio o działaniu surowicy przeciwwąglkowej. Miejscowe leczenie zachowawcze i zastrzyknięcie surowicy wywiera już po upływie 24 godzin wpływ dodatni na ognisko zakażenia; prawie wszyscy chorzy wyzdrowieli po 2—6 zastrzyknięciach. I zapobiegawczo surowica była stosowana ze skutkiem pomyślnym.

(Lancet 1928, N. 45).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Warszawskie Koło Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radjologicznego.

XXI posiedzenie naukowe z dnia 27 kwietnia 1928 r.

Prezes — Drozdowicz, sekretarz — Adelfang.
Obecnych — 45.

Porządek dzienny:

1. Z. Grudziński: *pierwotne ogniska gruźlicze w obrazach rentgenologicznych*.

Ref. omówił w odczycie zarówno obrazy rentgenologiczne pierwotnego zespołu (Primär-komplex) gruźliczego w płucach u małych dzieci, jak początkowe przejawy sprawy gruźliczej w płucach (Frühinfiltrat) u dorosłych.

Według panujących dzisiaj poglądów zakażenie gruźlicze dostaje się do ustroju w ogromnej większości przypadków w wieku dziecięcym przez drogi oddechowe i usadawia się w płucach. Powstaje tutaj tak zwane ognisko pierwotne Ghona. Z ogniska tego zakażenie przedostaje się drogą naczyń do gruczołów odpowiadającej węzły, które podlegają jednocześnie z ogniskiem Ghona takiej samej sprawie swoistej gruźliczej. W ten sposób powstaje charakterystyczny zespół objawów, znany dzisiaj w nauce po nazwę „zespołu pierwotnego”.

Ranke uważa „zespół pierwotny” u dzieci za pierwszy okres w rozwoju gruźlicy u człowieka. Za drugi okres uważa o. zakażenia ogólne jadem gruźliczym, jakie występują niekiedy u dzieci w ślad za zespołem pierwotnym. Wreszcie za trzeci i ostatni okres w rozwoju gruźlicy uważa on zwykłą przewlekłą postać suchot płucnych u dorosłych.

Zespół pierwotny w większości przypadków kończy się pomyślnie, podlegając zwłóknieniu, a w końcu zwapnieniu. Przebieg sprawy tej dokładnie opisał Peiser. Pozostają po niej na całe życie zwapnienia, które dają bardzo wyraźny, charakterystyczny obraz rentgenologiczny. Referent znalazł ślady zespołu pierwotnego w 16% wszystkich badanych przez siebie klatek piersiowych u dorosłych. Peiser u dzieci znalazł go w 7,4% wszystkich klatek. Znaczenie wykrycia w obrazie płuc

zespołu pierwotnego referent przyrównywał do znaczenia odczynu Pirqueta.

Niemniej interesująca, a w praktyce nawet ważniejsza od zespołu pierwotnego jest sprawa początkowego umiejscowienia i początków rozwoju gruźlicy płuc u dorosłych. Assmann i Redeker wprowadzili do nauki teorię, że za początek sprawy gruźliczej w płucach u dorosłych należy uważać t. zw. „naciek początkowy”, czyli „naciek podobojczykowy” (Frühinfiltrat). Teoria ta stopniowo się przyjmuje, należy ją jednak jeszcze sprawdzać. Naciek podobojczykowy nie jest właściwie sprawą pierwotną, jest on jakby nawrotem choroby, reinfekcją, jadem gruźliczym. Stanowi on początek trzeciorzędowego okresu gruźlicy podług Rankego. Dla rozpoznania początkowej sprawy gruźliczej w płucach u dorosłych odnalezienie nacieku podobojczykowego na rentgenogramie ma bardzo duże znaczenie, dla osłuchiwania bowiem i opukiwania jest on najczęściej niedostępny.

Przebieg nacieku początkowego bywa rozmaity. Po pierwsze, może on podlegać zagojeniu. Po drugie, może pozostawać dłuższy czas bez zmian widocznych. Po trzecie, podlega on rozpadowi i powoduje powstanie tak zw. „wczesnej jamy” (Frühcaverne). Wreszcie, po czwarte, powoduje rozszanie sprawy gruźliczej z początku w najbliższym sąsiedztwie, potem w całych płucach. Wywody swoje referent zilustrował szeregiem rentgenogramów (autoreferat).

Dyskusja: Rubinrot — w razie umiejscowienia ogniska pierwotnego w pobliżu węzły zachodzą nieraz trudności rozpoznawcze między o. p. a zwapniałymi gruczołami. W pewnym przypadku R. spostrzegł u tej samej chorej naprzód zacienienie szczytu, później dopiero wystąpił naciek podobojczykowy, przyczem naciekienie szczytowe ustąpiło. Okoliczność ta przemawiałaby za tem, że zakażenie podobojczykowe może być umiejscowieniem wtórnym.

Elektorowicz zwraca uwagę, na podstawie obserwacji klinicznej, na możliwość zupełnego zaniku zmian naciekowych, które żadnych śladów po sobie nie pozostawiają. Liczba nacieków podobojczykowych, wychodzących z węzły, jest stosunkowo dość duża, występuje zwykle u ludzi dorosłych z ognisk pierwotnych, znajdujących się w okolicy węzły.

Stwierdzenie zacinienia szczytu nie upoważnia nas jeszcze do bezwzględnego stwierdzenia zmian w mięszu szczytowym, gdyż może pochodzić od niedodmy szczytu, lub od zgrubienia opłucny szczytowej (*cortico-pleuritis*).

Głowa cki uważa, że nie wszystkie zwapnienia, znajdujące w płucach, należy traktować jako ogniska pierwotne. Zdarza się niekiedy, że pomimo istnienia zwapnienia, odczyn Pirqueta, wzgl. Mantoux jest ujemny, co wyraźnie wyłącza sprawę swoistą. Przytacza dalej przypadek rozstrzeni oskrzeli u chłopca 6 letniego, gdzie obok ujemnych odczynów biologicznych były liczne zwapnienia śródmiąższowe.

Okonński — w sprawie dróg zakażenia gruźlicą Achito Sato twierdzi, że wrota wejścia mogą być różne, natomiast laseczniki umiejscawiają się w okolicy najbardziej podatnej dla rozwoju, najczęściej w płucach. W doświadczeniach jego na zwierzętach, którym wprowadzał żywe laseczniki do różnych organów, znajdował najczęściej ogniska chorobowe w płucach, podczas gdy w miejscu aplikacji nie było zmian. U dorosłych bardzo często spotyka się nacieki gruźlicze podobojczykowe, które tylko wówczas sprawiają większe dolegliwości choremu, gdy w nich tworzą się jamy. Rentgenologia przyczynia się w bardzo wysokim stopniu, a może jedynie do wykrycia tych wczesnych nacieków podobojczykowych.

Adelfang nie uważa, aby nacieki podobojczykowe były tak częste, jako umiejscowienie gruźlicy drugorzędowej. Materiał Warszawskiej Kasy Chorych, opierający się na kilkudziesięciu tysiącach przypadków, skłania raczej do poglądu częstszego umiejscowienia spraww chorobowej w szczytach płucnych. Nacieki podobojczykowe bez zajęcia szczytów należą do umiejscowień rzadszych. Co się tyczy umiejscowienia ogniska pierwotnego, to nazwa statystyka przemawia za płatem dolnym prawym, jako miejscem najczęstszego umiejscowienia. A. nie zgadza się z Głowackim, że zwapniałe ogniska w płucach mogą być pochodzenia niegruźliczego. Tego rodzaju twierdzenia obalały by wszystkie nasze poglądy na rentgenologię gruźlicy. Zwapniałe ogniska w płucach są wyłącznie pochodzenia gruźliczego.

W odpowiedzi Grudziński zaznacza, że samo znalezienie jakiegos zwapnienia w płucach nie jest jeszcze miarodajne dla pierwszego okresu gruźlicy u dzieci, dopiero charakterystyczny obraz zespołu pierwotnego (ognisko Ghona, zwapniałe najbliższe gruźlicy oraz niekiedy łącząca ognisko z gruźlicami t. zw. „droga przerzutowa”) utwierdza nas w rozpoznaniu. Pomyłki w interpretacji są oczywiście możliwe. Dane statystyczne różnych autorów co do lokalizacji ognisk pierwotnych u dzieci bardzo różnią się od siebie. Statystyka referenta jest podobna do statystyki innych autorów, ale są różnice. Referent stwierdził np. na swoim materiale jednakową częstość ogniska Ghona a w prawem i lewem płucu. Wogóle w sprawie poruszonej istnieje jeszcze dużo problemów nierozwiązanych.

2. N. Mesz. *Przypadek schorzenia kośnego, nierozpoznanego ani klinicznie, ani rentgenologicznie.*

O. K., l. 36, od 2 lat skarży się na bóle w okolicy biodrowej lewej. Badanie obiektywne stwierdza chrzęst w okolicy *artic. sacro-iliacae* przy ruchach kończyny i przy ucisku na lewą połowę miednicy. Badanie rentgenologiczne stwierdziło wówczas odwapnienie kości kulszowej i łonowej lewej. Po pewnym czasie chora była badana w zakładzie Drozdowicza i Grudzińskiego, którzy stwierdzili zupełny zanik kości kulszowej, z której pozostała cieniutka smuga na krawędzi panewki, ogniska odwapnienia w główce kości udowej i w kości biodrowej wzdłuż linii bezmiennej do stawu krzyżowo-biodrowego. Pomimo stosowania naświetlań promieniami R., lampy kwarcowej i różnych leków wewnętrznych, stan chorej stale się pogarsza, i obecnie

nie chodzi ona już zupełnie. Ostatnie badanie rentgenologiczne z dnia 25. X. r. ub. wykazuje jeszcze dalej posunięte zmiany w sensie zaniku kości lewej połowy miednicy.

Grudziński w dyskusji zaznacza, że, badając w swoim czasie pacjentkę, sprawę uważał za nowotworową. Przeciwnie osteoartropatii neuropatycznej przemawia lokalizacja sprawy w kości kulszowej.

Kryński. Ciekawe w demonstrowanym przypadku jest zachowanie czynności przez czas dłuższy przy tak silnym zaniku soli wapniowych. Podobny przypadek demonstrowany był kilka lat temu na zjeździe w Wiesbaden, przyczem nazwano go „Disseminierter Knochenschwund glandulären Ursprungs”. W przypadku demonstrowanym po zastosowaniu leczenia zarysy kości wróciły.

Rubinrot. Obraz nasuwa podejrzenie dwóch postaci chorobowych: zmieknienia kości (*osteomalacia*) i t. zw. osteopatii, względnie osteoartropatii na podłożu nerwowym (*tabica*). W ostatniej postaci widoczne jest często przesycenie (imbibicja części miękkich rozpuszczonymi solami wapnia, które jednak później ulegają wessaniu.

3. Karbowski i Kryński B. *rentgenografia kości skąlistej* (ukaze się w druku). H. Adelfang.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

— Interesujący przypadek, dotyczący *plomby parafinowej*, omawiał Weber na posiedzeniu listopadowym tow. chirurgów wiedeńskich. Podczas badania pośmiertnego zmarłego na gruźlicę znaleziono plombę parafinową, założoną przed 9 miesiącami z powodu jamy w górnym płacie płuca prawego, nad przeponą w jamie opłucnowej. Na uwagę zasługuje, że plomba, usadowiona zewnątrz opłucny, przedostała się do jamy opłucny i zawędrowała w dół.

(W. m. W. Nr. 9).

— Na tem samem posiedzeniu Schnitzler komunikował o *przeniesieniu zimnicy* ukrytej przy pomocy *przelaczania krwi*. Luger przytacza na posiedzeniu tow. internistów wiedeńskich w styczniu r. b. przypadek *czerwonej pełzającej*, przebiegający pod postacią zwykłego nieżytu kiszek i *uleczony rychło* *z pomocą yatrenu*.

(W. m. W. Nr. 11).

— Muller demonstrował w marcu na posiedz. tow. lekarz. wiedeńskiego pacjenta u którego wykonał *zszycie rany kłutej serca*. Pacjent, który dokonał samobójstwa przy pomocy sztyletu, po dostarczeniu do szpitala wykazywał objawy wstrząsu, był błydy, wpadał w omdlenie i podniecenie naprzemian. Tętno częste, chwilami znikające. Rana kłuta 2-cm-owa w IV, międzyżebrowo obok kości piersiowej krwawiła obficie. Po przecięciu chrząstek IV i V żeber stwierdzono ranę 1½ cm-ową w ścianie lewego przedsionka. W osierdziu było dużo krwi ciemnej; po usunięciu skrzepów zaczęła się wydobywać jasnoczerwona krew. Na ranę nałożono trzy szwy. Chory po zabiegu poczuł się lepiej. Przebieg pooperacyjny był zupełnie dobry. Jedynie po sześciu dniach wystąpiły bardzo silne bóle w prawem ramieniu, które M. tłumaczy zatorom tętniczym. 21-go dnia po wypadku chory został wypisany, zaś po upływie dalszych 14 dni wrócił do pracy. Na uwagę zasługuje, że od chwili zamachu samobójczego do umieszczenia w sali operacyjnej upłynęło piętnaście minut.

(W. m. W. Nr. 12).

Z j a z d y.

Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Kieleckiego w Będzinie.

Wobec zarządzenia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departamentu Służby Zdrowia), ażeby zjazdy lekarzy powiatowych odbywały się oddać kolejno w większych miastach powiatowych, tegoroczny zjazd lekarzy powiatowych Woj. Kieleckiego odbył się w dn. 26 i 27 lutego w Będzinie.

Zjazd, na który przybyło 23 lekarzy powiatowych i miejskich, zagał p. Wojewoda Korsak, podkreślając konieczność nasilenia akcji społeczno — zapobiegawczej, poczem Inspektor Państwowej Służby Zdrowia Dr. Hryszkiewicz powitał Zjazd imieniem Rządu, wzywając lekarzy powiatowych i miejskich do niezwłocznego przystąpienia do energicznej akcji sani-

tarno — porządkowej, celem wykonania okólnika p. Ministra Spraw Wewnętrznych w sprawie podniesienia zdrowotności i wyglądu kraju, oraz w związku z przewidywanymi wycieczkami osób, zwiedzających Powszechną Wystawę Krajową w Poznaniu.

Naczelnik Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia Dr. Ostromecki wygłosił szczegółowo opracowany referat o stanie sanitarnym osiedli w oświetleniu inspekcji sanitarno — porządkowych i przytoczył zarządzenia sanitarno — porządkowe Wojewody i Starostów.

Według sprawozdań, przedstawionych na zjazd przez lekarzy powiatowych i miejskich, sprawy szpitalnictwa i zapobiegania chorobom społecznym w Woj. Kieleckim posunęły się w roku sprawozdawczym znacznie naprzód. Rozpoczęto między innymi budowę szpitala na 100 łózek w Myszkowie (pow. Zawiercie), szpitala dla zakaźnych w Sandomierzu, pawilonów dla

m. Warszawy). Czasami chory na gruźlicę przebywa w pokoju, zupełnie pozbawionym światła, np., w alkwie (dotyczy to m. in. nauczyciela). Na szczęście, tego rodzaju lokale w większości przypadków bywają przewietrzane, i tylko 28% mieszkań nie bywa wcale przewietrzanych lub bardzo rzadko (raz na 2 — 4 tygodnie). Jako powód nieprzewietrzania mieszkańcy podają chłód i mróz na ulicy, obawę przed przeziębieniem małych dzieci, będących w mieszkaniu, brak pieców dla ogrzania lokalu i t. p.

Szczegółowiej przedstawia to

TABLICA XV.

Na 280 mieszkań było przewietrzanych:				
Często	Wzgl. często	Rzadko	B. rzadko	Wcale
107	95	21	39	18
72%		28%		

Często nie można przewietrzyć mieszkania z powodu braku okien (suterena, alkowa).

Zdawałoby się, że ludzie ci, chorzy i najczęściej ubodzy — powinni byli zatracić poczucie czystości, o co wcale nie było trudno. Badania nasze dowodzą, że pomimo tych złych warunków mieszkaniowych oraz ciężkich materialnych — mieszkanie jednak w większości przypadków bywa czyste.

TABLICA XVI.

Na 253 badane mieszkania:

173	— 56%	było czystych,
44	— 17,5%	„ wzgl. czystych,
66	— 26,5%	„ brudnych.

Ta ostatnia liczba nie znajduje się w rażącej sprzeczności z danymi z innych miast, wzgl. państw. Tak np. Beekmann podaje liczbę brudnych gruźliczych mieszkań w Bonn (Zeitschr. für Tuberk. 36/1) — na 21,8%.

W tym samym prawie stosunku czyste są podłoga oraz pościel. Jeżeli chodzi o czystość indywidualną — to z całym zadowoleniem można stwierdzić fakt, iż 95% chorych zmienia bieliznę co tydzień i jedynie 5% — rzadziej.

TABLICA XVII.

Na 295 chorych:

281	zmienia bieliznę co tydzień
2	„ „ „ 2 tygodnie,
8	„ „ „ 4 „
2	„ „ „ 6—7 tygod. i jedynie
2	„ „ „ dwa razy tygodn.

Dalsze badania dowiodły, iż bielizna chorego bywa zazwyczaj prana w domu, wspólnie z bielizną reszty członków rodziny; jedynie w 5,3% przypadków — piorą ją oddzielnie. Otóż na 283 rodziny

TABLICA XVIII.

277	pierze bieliznę w domu	{ 262 wspólnie dla całej rodziny
		{ 15 oddzielnie chorego
6	oddaje bieliznę całej rodziny do pralni.	

W ten sposób, mniej więcej, przedstawiają się dane, dotyczące czystości indywidualnej chorego, jego warunków materialnych oraz mieszkaniowych. Związek, jaki zachodzi między gruźlicą i gęstością zaludnienia uwidacznia się wyraźnie w powyższej statystyce.

Wystąpi to wyraźnie i na tabl. XIX, obejmującej w ogólnych zarysach warunki mieszkaniowe gruźlików, w porównaniu z t. zw. normą:

TABLICA XIX.

	Na W-awę przyp. (Biuro Stat. W-awy ¹⁾)	Mieszkania gruźlicze	
		Nasze badania	Badania dr. Beekm. dotyczą m. Bonn
1-o i 2-u izb. lokale	63,8%	77,3%	36,64%
3-y „ „	18%	17%	38,94%
4-o „ „	13%	4%	19,8%
5-cio i więcej „	5,2%	1,7%	4,62%
mieszk. wilgotnych	5,69%	52%	28,4%
„ ciemnych.	2,4%	51%	40%
na 1 mieszkanie. wypada osób	4,7	6,07	4,84
na 1 izbę wypada osób	2,12	3,12	1,67

Poniższa tablica wykazuje, jak niedostateczne było (wzgl. pozostało) odżywianie chorego; na 256 osób:

TABLICA XX.

dobrze odżywia się — 7 osób —	2,5%	ogólnej liczby
znośnie „ „ 131 „	51,5%	„ „
źle „ „ 90 „	46%	„ „
głoduje 28 „		„ „

Ludzie ci, mieszkający nędznie i głodujący — również nie noszą odpowiedniej odzieży. Nasze badania statystyczne wykazują, że większość chorych nosi odzież skromną, przyczem 30% — nędzną. Otóż:

TABLICA XXI.

158 osób t.j. 63,6%	— nosiło odzież skromną;
76 „ 30%	„ „ nędzną;
16 „ 6,4%	„ „ dobrą i mocną.
250	

Notowano fakty, że dwie chore siostry korzystają z jednego pałta, że dzieci wskutek braku odzieży nie chodzą do szkoły; że często, nie posiadając obuwia, dzieci nawet w słotę boso przechodzą do szkoły.

Tak — w ogólnych zarysach — przedstawiają się warunki mieszkaniowe oraz materialne chorych, odwiedzających przychodnię przeciwgruźlicze. W pa-

¹⁾ patrz „Stan sprawy mieszkaniowej w Polsce T. T o p l i t z — Zdrowie Nr. 7, 27.

rze z chorobą, głodem, chłodem i ciasnem mieszkaniem — idzie duża liczba członków rodziny, zwłaszcza dzieci. Te ostatnie są, jak wiadomo, najmniej odporne na zakażenie się lasecznikiem Kocha. A odporność ta jeszcze się zmniejsza z powodu złych warunków materialnych i osobistego życia dziecka. Badania, przeprowadzone przez nas na półkolonjach letnich „Tozu” na 1000-cu dzieciach w wieku szkolnym — wykazały, iż 40,5% dzieci ma poza szkołą zajęcie, z nich:

29,5% — pomaga rodzicom (w warsztatach, w gospodarstwie), a

11% zarobkuje samodzielnie.

Dzieci te, przepędzające średnio $8\frac{1}{2}$ godziny dziennie w chederze (szkoła religijna), bywają bardzo mało na powietrzu. Otóż:

TABLICA XXII.

5% dzieci — bywa często na powietrzu,
65% „ „ „ raz w tygodniu na spacerze
lub w ogrodzie,
30% „ „ wogóle na spacerach lub do ogrodu
nie chodzi.

Tembardziej niema mowy o wyjeździe latem na wieś: 65% tych dzieci nigdy wsi nie widziało! Warunki mieszkaniowe tych dzieci ilustruje następująca tablica:

TABLICA XXIII.

17% dzieci sypia w pokoju wraz z 1 — 2 osobami,
31% „ „ „ „ „ 3 — 4 „
72% „ „ „ „ „ 5 — 10 „

Oddzielne łóżko dla dziecka — to wyjątkowe zjawisko gdyż tylko:

TABLICA XXIV.

15% dzieci — sypia pojedynczo,
81% „ „ „ we dwójkę,
4% „ „ „ we 3 — 4-o w łóżku.

W takich warunkach mieszkaniowych dziecko nie korzysta z należytego spokoju. Skupienie licznej rodziny w jednym pokoju nie pozwala dziecku zasypiać.

TABLICA XXV.

35% dzieci kładzie się spać przed godz. 10-ą wiecz.,
57% „ „ „ „ między 10 — 12-ą
8% „ „ „ „ po północy.

W tych warunkach wyrasta młodzież słaba, blada, z zapadniętą klatką piersiową, uspasabiającą do gruźlicy.

Dalsze badania nasze, przeprowadzone na 2.532 chorych — wykazały, iż:

TABLICA XXVI.

w I okr. TBC. na 1121 chor. miało plw. 650 osób, co stanowi 58%
„ II „ „ „ 1047 „ „ 733 „ „ 70%
„ III „ „ „ 364 „ „ 331 „ „ 91%

Dane te jeszcze raz dowodzą, iż gruźlicy — w okresach bardziej posuniętych, powinni być usuwani ze swych mieszkań.

Dokładne dane, dotyczące miejsca zamieszkania 3.500 chorych na gruźlicę i obejmujące głównie komisariaty III, IV, V, VI, VIII m. st. Warszawy — nasunęły nam myśl naszkicowania mapki

„zagruźliczenia” omawianych przez nas ulic. Zdajemy sobie sprawę, że brak danych, dotyczących liczby mieszkańców na poszczególnej ulicy, utrudnia odrysowanie mapki ściślejszej. Może jednak uda się w ten sposób zwrócić uwagę na pewne bardziej zakażone domy i ulice.

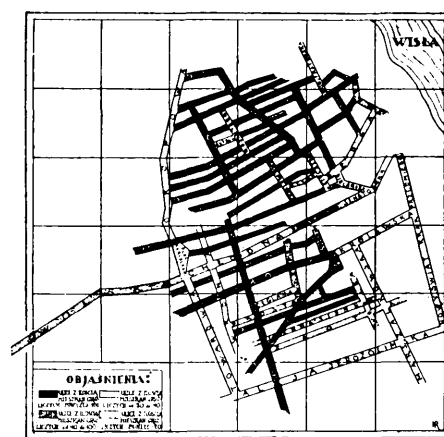
Omawiane ulice można ułożyć w 4 grupy w zależności od liczby mieszkań gruźliczych.

I. Ulice z liczbą mieszk. gruźl. powyżej 100. II. Ulice z liczbą mieszk. gruźl. od 40 do 100.

Pawia	167	Smocza	82
Nowolipie	152	Muranowska	81
Miła	144	Wołyńska	72
Krochmalna	140	Leszno	70
Pańska	139	Franciszkańska	68
Twarda	107	Nalewki	61
Dzielna	106	Stawki	57
Gęsia	105	Niska	49
Nowolipki	104	Śliska	45
Grzybowska	103	Żelazna	40
Dzika	101	Ogrodowa	40
		Śto-jerska	40

III. Ulice z liczbą mieszk. gruźl. od 20 do 40. IV. Ulice z liczbą mieszk. gruźl. poniżej 20.

Złota	34	Karmelicka	18
Sienna	33	Ceglana	17
Marjańska	30	Prosta	17
Lubeckiego	30	Elektoralska	17
Ciepła	30	Kupiecka	16
Rynkowa	28	Bonifraterska	15
Sapieżyńska	25	Długa	14
Freta	22	Mylna	14
Nowiniarska	22	Wronia	12
Plac Grzybowski	20	Wielka	10
		Ostrowska	10



MAPA GRUŻLICZA m. st. WARSZAWY
/DZIELNICA ŻYDOWSKA/

rys. dr L. LEJZEROWICZ

Powyższa tablica (patrz mapę) pozwala wnioskować, że ulice, zamieszkałe głównie przez ludność żydowską w Warszawie, posiadają jak gdyby 2 ośrodki gruźlicze. Pierwszy taki ośrodek, — to ujścia ulic Nowolipek, Nowolipia, Dzielnej, Pawiej, Gęsiej i Dzikiej; II — to Krochmalna, Grzybowska, Twarda i Pańska.

W obu tych ogniskach powinny powstać ośrodki dla walki z gruźlicą — którym na imię Przychodnia Przeciwgruźlicza. Przychodnia ze swym aparatem rejestracyjnym, uświadamiającym i leczniczym — przyczyni się niezawodnie do zmniejszenia tego zła społecznego.

Omawiając sprawę topografii ognisk gruźliczych należy wspomnieć o licznych pacjentach przychodni, pochodzących z prowincji; liczba ich wynosi około 10% ogólnej liczby pacjentów (372 na 3354). Dopóki każde, nawet mniejsze miasteczko nie będzie posiadało własnej przychodni, nie należy przybywającym po ratunek do Warszawy odmawiać rady. Jeżeli przychodnie rejonowe ze względów technicznych nie mogą lub nie powinny tego czynić, to jakaś przychodnia centralna, posiadająca wszelkie niezbędne dla rozpoznania środki (Röntgen) — powinna udzielać pomocy lekarskiej chorym z prowincji.

Również należy podkreślić, iż sporo chorych podaje Otwock, jako miejsce swego zamieszkania. Zjawisko to będzie dla nas zrozumiałe, jeżeli weźmiemy pod uwagę, iż większość mieszkańców miejscowych — to dawni przybysze, ludzie chorzy, nie posiadający większych środków na dłuższy okres leczenia. Chorzy ci po pewnym czasie pozostają na stałe w Otwocku, otwierają tam sklepy, podnajmują część swego mieszkania chorym i t. p. Ci, tak zwani stali mieszkańcy Otwocka, jak również cała rzesza ubogich chorych, przybywających na krótki czas do Otwocka — nie mogą ze względów materialnych korzystać z pomocy prywatnych lekarzy i są częstymi gośćmi przychodni warszawskich. Otwarcie przychodni przeciwgruźliczej w Otwocku jest wobec tych chorych nakazem chwili.

Wśród licznych pacjentów przychodni zwracają na siebie uwagę chorzy z przedmieść Warszawy, których liczba sięga dość pokaźnej liczby. Są to chorzy z Czerniakowa, Sielc, Powązek — jednym słowem, z okolic, nie posiadających przychodni. Nie ulega wątpliwości, że w miarę rozwoju akcji przeciwgruźliczej i te przedmieścia będą posiadały własne przychodnie.

Jakież wnioski możemy wysnuć z powyżej cytowanych danych?

Zadna instytucja państwowa, komunalna czy też społeczna nie może decyzją swą wpłynąć na zmianę warunków materialnych ludności, nawet na znaczną poprawę warunków mieszkaniowych, jednakże należy w miarę możliwości dążyć do zmniejszenia zła.

Pierwszym tego rodzaju czynnikiem obronnym w walce z gruźlicą — będzie akcja propagandowa: uświadamianie szerokich mas społeczeństwa, pouczanie, w jaki sposób można ustrzec się gruźlicy. Odczyty popularne dla szerokich mas, kursy dla nauczycieli, wykłady w szkołach, broszury, filmy, popularne artykuły w prasie codziennej, to, co już poniekąd czynią nasze Towarzystwa Przeciwgruźlicze — to wszystko powinno być ujęte w szersze ramy.

Walka z gruźlicą — rozumiana w sensie społecznym — nie powinna pozostać martwą literą. Ścisłe i przymusowe badanie tych wszystkich, którzy znajdują się w kontakcie z większą liczbą ludzi (nauczyciel, wychowawczyni, uczeń) lub zajęci są zawodowo przy wyrabianiu, wzgl. sprzedaży artykułów spożywczych i dążenie do usunięcia ich od tych zawodów — to dalszy krok w walce z gruźlicą.

Gruźlica idzie w parze z gęstością zaludnienia mieszkania; wprowadźcie dalecy jesteście od ideału mieszkania nieprzeludnionego, tak, by jedna izba mieszkalna przypadała na jedną osobę, musimy jednak z całą stanowczością stwierdzić, że warunki mieszkaniowe, w których na jedną izbę przypada 3,12 osób, w tem jeden gruźlik, przyczyniają się do szerzenia gruźlicy.

Wprowadźcie w różnych komisjach ministerjalnych opracowywuje się projekt ustawy mieszkaniowej: zarzuca się system budowy mieszkań koszarowych, przeludnionych, z ciasnem podwórzem (t. zw. skrzyń) na korzyść małych domków z ogródkami, z łatwym dostępem powietrza i słońca, ale wprowadzenie tego projektu w życie — przeniesienie mieszkańców suterenu, poddaszy, ciemnych i wilgotnych izb do jasnych pokoi — to jedynie pobożne życzenie nawet dla tych, którzy te ładne projekty układają. Realniejsze byłoby powstanie Towarzystwa dla walki z norami mieszkalnymi, jak to widzimy we Francji, które mogłoby wpłynąć na to, by nie pozwalano gospodarzowi z suterenu urządzać mieszkań wilgotnych, ciemnych i sprzyjających rozwojowi gruźlicy, by mu zabroniono zabijać okna w klatkach schodowych deskami, zamiast wprowadzania wybitych szyb. Towarzystwo to zajęłoby się pozatem losem mieszkańcy nory, pomógłby mu znaleźć odpowiedniejszy lokal, dziecko jego umieściłoby w internacie lub na kolonji, rozdawałoby łóżka tym, którzy ich nie posiadają wcale lub w niedostatecznej liczbie, pouczałoby, ażeby łóżek nie ustawiano wzdłuż wilgotnych ścian, i dążyłoby do tego, by kontakt chorego z pozostałymi członkami rodziny był najluźniejszy.

Należy również pamiętać o tem, by komorne od lokali mniejszych i ciasnych pozostawało nadal na stopniu niskim, by nie stało się ono tą plagą dla człowieka ubogiego, jaką było przed wojną, tembardziej przy panującym obecnie głodzie mieszkaniowym. Mówiono przed wojną o głodzie mieszkaniowym wówczas, gdy liczba pustych mieszkań nie przekraczała 3% ogólnej liczby. Obecnie zaś, chcąc zaspokoić ostry głód mieszkaniowy, należałoby wybudować w Polsce 522.376 izb mieszkalnych (cyt. pg. Jana Strzeleckiego: „Rola samorządu w akcji budowlano — mieszkaniowej. „Zdrowie” 7/27).

A wreszcie należy dążyć, by suma przewidziana w budżecie Państwa i Samorządu na walkę z gruźlicą, nie zjadała się w odwrotnym stosunku do stanu gruźlicy w kraju.

Korespondencja.

Paryż, d. 24 marca 1929 r.

Dermatolodzy polscy, jak zresztą i dermatolodzy prawie całego świata, uzupełniają swe studia w wielkich centrach naukowych, z których najsławniejsze i najstarsze szkoły dermatologiczne posiadają Wiedeń i Paryż.

Cały prawie rok zeszyły spędziłem w wiedeńskich klinikach i szpitalach dermatologicznych, a obecnie będąc w Paryżu, mogę podać zarys szczegółowy i porównawczy nauki dermatologii w tych 2-ch metropoljach.

Wykształcenie dermatologa w pojęciu współczesnym jest rzeczą nader trudną i rozległą. Należy poświęcić na specjalizację czas dłuższy, w niektórych krajach sprawa ta jest uregulowana ustawowo, na przykład w Austrii lekarz może używać tytułu specjalisty chorób skórnych dopiero po 4 latach pracy klinicznej; autorzy angielscy i amerykańscy podają, jako czas studiów specjalnych, 4 do 6 lat. Współczesny dermatolog bowiem musi znać nie tylko dyagnostykę i terapię oraz histopatologię chorób skóry, ale i metody pomocnicze laboratoryjne chemiczne i bakterjologiczne, terapię fizykalną (promienie Roentgena i ultrafioletowe, djatermię, kryoterapię, elektroterapię i t. d.), powinien posiadać znajomość małej chirurgii w zastosowaniu do dermatologii, a dermatolog polski, zajmujący się i chorobami moczopłciowymi, musi się wykształcić w odpowiednim kierunku, nie zaniedbując uretroskopji.

Kliniki wiedeńskie miały czasy swej świetności: Hebra, Kaposi, Erdmann, Finger, Riehl, Kyrie — pokolenie to, niestety, już wymarło, albo z powodu starości nie bierze udziału w czynnym życiu naukowym.

Rozgłos Wiednia słabnie, ponieważ nie ma już tych ludzi, którzy stworzyli w swoim czasie podstawę całej dermatologii. Obecni profesorowie klinik uniwersyteckich mało udzielają się lekarzom zagranicznym, a za ewentualną naukę trzeba im drogo płacić. Materiał kliniczny klinik uniwersyteckich jest w porównaniu z Paryżem mały, jest jednak zasadniczo bardzo dobrze wykorzystywany. Klinika prof. Kerla zajmuje się przeważnie wenerologią, i lekarze zagraniczni są tam bardzo łatwo do pracy dopuszczani, natomiast w klinice profesora Arzta, która dominuje w dermatologii, samodzielna praca kliniczna jest dla cudzoziemców utrudniona. Fakultet medyczny organizuje liczne kursy, które znacznie ułatwiają studia. Najciekawsze są kursy kosmetyki i metod leczenia fizykalnego, prowadzone przez prof. Roberta Otto Steina, chorób skórnych u dzieci prof. Leinera, terapii żylakowatego zespołu objawowego, prowadzone przez młodego Riehla, terapii rentgenowskiej, świetlnej, djatermji i elektrokoagulacji docenta Fuchsa oraz histopatologii skóry prof. Krena.

W terapii przeważa w Wiedniu kierunek fizykalny, promienie Roentgena, rad, elektroterapia zaczynają zajmować dominujące i należne im stanowisko. Tych rzeczy można się w Wiedniu najdokładniej nauczyć, nabrać ścisłej znajomości aparatów, pracować skrupulatnie i metodycznie, co jest przecież sprawą najważniejszą w tej dziedzinie. Naukowo pracuje obecnie Wiedeń dużo nad chorobami zawodowymi skóry — Prof. Oppenheim jest sławą w tej dziedzinie; dużo tworzy się też nowego w rentgenoterapii chorób skórnych (Holzknecht, Arzt, Fuchs). Ostatnio stworzono przy klinice prof. Kerla instytut dla badania grzybicy skóry (Urbach), a to naskutek coraz większego rozszerzania się zakresu tych pojęć. Wiedeń posiada też wzorowy i pięknie urządzony zakład Finse-

nowski, gdzie leczą się setki chorych toczniowych z wielu okolicznych krajów Europy.

Paryż ma nie tylko dawną, ale i obecną sławę w zakresie dermatologii. Darier, Sabouraud, Milian, Gougerot, Sewany, Ravot i inni przyciągają rzesze lekarzy z całego świata, i niema nacji, któraby tu nie była reprezentowana. Paryż jest stolicą dermatologii, tworzy naukę i nowe pojęcia. Szpitale mają olbrzymi materiał kliniczny, wielokrotnie przewyższający Wiedeń. Francuzi są świetnymi klinicystami, szybko i z zadziwiającą jasnością stawiają rozpoznania, nie posilując się tak wielu metodami pomocniczymi laboratoryjnymi, jak to robi umysł niemiecki. Cudzoziemcy są mile widziani, łatwo są dopuszczani do pracy, profesorowie chętnie wszystko objaśniają, można tu więc niezwykle dużo pod względem naukowym skorzystać. Ambulans przyjmuje około 300 chorych dziennie, przyczem każdy przypadek jest szczegółowo omawiany i objaśniany, pozbawiony są jeszcze wizyty na salach i przyjęcia w kilku oddziałach klinicznych. Darier, najsławniejszy w świecie obecnie, po śmierci Broqua i Unny, dermatolog — pracuje jeszcze, jest najwyższą instancją, jest prawdziwą encyklopedją dermatologiczną. Zna on wszystko, prace we wszystkich językach nie są mu obce, trzyma stale rękę, pomimo swego sędziwego wieku na pulsie rozwoju nauki. Sabouraud człowiek ciekawy i niecodzienny, o ciągle nowych pomysłach, jest prawdziwym uosobieniem genialnego „esprit“ francuskiego — zajmuje się więcej chorobami włosów i ściąga do siebie tysiące pacjentów ze swej specjalności. Profesorem fakultetu, po ustąpieniu Jensemala jest Gougerot, który dużo udziela się lekarzom zagranicznym, objaśnia chętnie, dłużej pozostającym daje asystenturę. Rentgenoterapią skóry zajmuje się Belot, leczeniem śniegiem kwasu węglowego Lortat-Jakob, elektrokoagulacją w olbrzymim, nieznany nigdzie zakresie — Ravot. Ale najwięcej uczniów ściąga do siebie Milian. Niema zapewne dermatologa, któryby tak genialnie stawiał dyagnozy, z taką precyzją je określał i wywodził. W jego oddziale powstaje najwięcej prac naukowych, on dominuje na posiedzeniach Tow. Dermatologicznego i coraz bardziej wybija się na czoło dermatologów francuskich.

Szpital St. Louis, stolica dermatologii francuskiej, posiada wielką bibliotekę, zaopatrzoną we wszystkie najważniejsze dzieła naukowe francuskie i zagraniczne, czytelną pism lekarskich z całej kuli ziemskiej, piękne muzeum „moulage-y“ — 5000 artystycznie wykonanych modeli, wszystko to ułatwia studia i daje możliwość szerokiej pracy naukowej.

To są zalety, przyciągające do Paryża olbrzymie rzesze lekarzy. Jednak posiada Paryż i cechy ujemne: braki organizacji techniki szpitalnej (stan higieniczny szpitali pozostawia dużo do życzenia, służba pomocnicza jest słaba), materiał kliniczny nie jest tak dobrze wykorzystywany, jak w Wiedniu, może z powodu olbrzymiego napływu chorych.

Pod względem organizacji szpitalnej Wiedeń może być wzorem, wielu też działów dermatologii, jak terapii rentgenowskiej i histopatologii skóry lepiej i dokładniej można się w Wiedniu nauczyć.

Cóż więc ma zrobić lekarz, któryby chciał się udoskonalać w dermatologii zagranicą: czy jechać do Paryża, czy do Wiednia, lub Niemiec?

Najlepiej podzielić sobie czas i pojechać tu i tam, aby z jednej strony poznać geniusz francuski, z drugiej zaś dokładność, czystość i pracowitość niestrudzoną Niemców.

Dr. Edward Reicher (Łódź)

Wiadomości bieżące.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	24/II-2/III	3/III-9/III	10/III-16/III
Dżuma	0	0	0
Ospa.	1 (zg. 0)	0	0
Cholera.	0	0	0
Dur brzuszny. . . .	122 (zg. 7)	122 (zg. 14)	121 (zg. 11)
Dur rzekomy	0	0	0
Dur osutkowy	47 (zg. 4)	51 (zg. 6)	91 (zg. 5)
Dur powrotny	0	0	0
Czerwonka.	6 (zg. 1)	5 (zg. 0)	3 (zg. 0)
Płonica	310 (zg. 7)	325 (zg. 16)	287 (zg. 19)
Błonica	197 (zg. 10)	175 (zg. 14)	173 (zg. 13)
Zapal. op. mózgu. . .	18 (zg. 2)	18 (zg. 5)	20 (zg. 11)
Odra.	273 (zg. 7)	464 (zg. 4)	185 (zg. 1)
Róża.	98 (zg. 4)	87 (zg. 4)	101 (zg. 7)
Krztusiec	85 (zg. 6)	80 (zg. 14)	97 (zg. 11)
Malarja	3 (zg. 0)	3 (zg. 0)	5 (zg. 0)
Posoczn. połog. . . .	32 (zg. 4)	42 (zg. 9)	33 (zg. 9)
Trąd.	0	0	0
Jaglica	141 (zg. 0)	190 (zg. 0)	252 (zg. 0)
Wąglik	1 (zg. 0)	0	1 (zg. 0)
Nosaczka	0	0	0
Włośnica	7 (zg. 0)	1 (zg. 0)	2 (zg. 0)
Wścieklizna	0	0	0
Zatrucie jad. kiełb. .	2 (zg. 0)	0	0
Choroba Heine-Medina	0	0	0
Inne choroby zakaźne.	659 (zg. 10)	541 (zg. 17)	400 (zg. 14)

-- Delegacja stała zjazdów lekarzy i przyrodników polskich zwróciła się do wszystkich polskich Towarzystw lekarskich naukowych i przyrodniczych z następującym pismem:

Do Szanownego Zarządu Towarzystwa.

Delegacja Stała Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich uchwaliła na swym drugim posiedzeniu plenarnym, zmierzając do skrócenia odstępów między Zjazdami, przedstawić XIII Zjazdowi lekarzy i przyrodników polskich w Wilnie w r. 1929 po wysłuchaniu opinii wszystkich naukowych Towarzystw lekarskich i przyrodniczych polskich wniosek o przywrócenie w § 2. Ustawy Zjazdów przepis, że Zjazdy mają się odbywać co trzy lata (zamiast co cztery, jak postanowiono w r. 1911).

Motywy tego wniosku są następujące:

Założyciel Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich Dr. Adrian Baraniecki, tworzył je w tej myśli, że mają one być dorocznym przeglądem dorobku polskiej nauki i przez to stałym, nieustannym bodźcem do pracy. To też wedle pierwotnej ustawy Zjazdów z r. 1869 miały się one odbywać corocznie, i I Zjazd w Krakowie w tymże roku uchwalił odbyć Zjazd następny w Poznaniu w r. 1870. Przeszkodziła temu jedynie wojna francusko-pruska 1870 i dlatego II Zjazd odbył się dopiero w r. 1872. Później przeszkody polityczne zmuszały do większych odstępów między Zjazdami, zwłaszcza że konieczność ograniczania Zjazdów tylko do Lwowa i Krakowa nakładałaby przy częstsz, ch Zjazdach zbyt wielki ciężar pracy organizacyjnej na te dwa środowiska. Licząc się z tem, wprowadził IX Zjazd w Krakowie w r. 1900 do Ustawy Zjazdów trzyletni odstęp między zjazdami, a dopiero XI Zjazd zmienił go bez głębszych motywów na czteroletni.

W wolnej Polsce nie ma już tych przeszkód politycznych, które zmuszały do rzadszych Zjazdów, a natomiast wzmogły się względy, wymagające przynajmniej zbliżenia się do pierwotnej myśli twórcy Zjazdów przez częstsze ich odbywanie, aby przez to przyczynić się do wzrostu produkcji naukowej w Polsce i ile możliwości ją usamodzielniać z czasem do tego stopnia, jak w państwach zachodniej kultury.

Wprawdzie w niektórych gałęziach nauk przyrodniczych i lekarskich już teraz doszła nasza produkcja naukowa do tego stopnia, że coroczne zjazdy przedstawicieli tych działów nie tyl-

ko są możliwe, ale nawet bardzo wydajne. Niemniej w innych gałęziach do takiego rozwoju jeszcze nie doszło i na zjazdy coroczne byłoby przedwczesne. Ale w niezbyt odległej przyszłości okażą się potrzebne już co dwa lata ogólne zjazdy przyrodniczo-lekarskie, będące zresztą jedynym sposobem współpracy na pograniczach różnych nauk, zapobiegającej nadmiernemu rozpraszaniu się ich na zbyt w sobie się zasklepiające specjalności.

W ten sposób stopniowo wzmocniłby się rozwój gałęzi na razie słabszych, silnie zaś rozwinięte działy odbywałyby swe Zjazdy, jak dotąd corocznie, a to w jednym roku samodzielnie, w następnym zaś jako sekcja Zjazdów ogólnych.

Aby wszakże usunąć obawę niepowodzenia przy szybkim przejściu z czteroletnich odstępów na dwuletnie, postanowiła Delegacja na razie wnieść o odbywanie Zjazdów co trzy lata.

Oprócz powyżej wyłuszczonych zasadniczych korzyści miałyby to ubocznie dwie dobre strony. Ułatwiłoby prace organizacyjne, których sposobu każde z pięciu miast uniwersyteckich, przyjmujących kolejno Zjazdy, przy długich odstępach Zjazdów musi się obecnie na nowo uczyć; powtórę ograniczyłoby reprezentacyjną stronę Zjazdów, tem samem pozostawiając więcej czasu i sił na wypełnianie właściwych zadań Zjazdu i pogłębiając ich wartość naukową.

Delegacja stała Zjazdów uprasza Towarzystwo o wyrażenie opinii w tej sprawie najdalej do dnia 15 maja r. b. Odpowiedź należy kierować pod adresem przewodniczącego lub sekretarza Delegacji.

Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski
Przewodniczący Delegacji

(ul. Szopena 11)

Doc. Dr. Tomasz Janiszewski
sekretarz Delegacji
(ul. Długa 27)

— W sprawie współdziałania Towarzystw lekarskich polskich.

Dla ożywienia i podniesienia poziomu ruchu naukowego zachodzi niewątpliwa potrzeba ściślejszych i stałszych stosunków między Towarzystwami naukowymi przyrodniczo-lekarskimi poza tem doraźnem zbliżeniem, jakie dają Zjazdy lekarzy i przyrodników polskich.

Szczególnie potrzeba współdziałania i współpracy na polu nauk lekarskich; Koła bowiem przyrodnicze posiadają już od dawna wspólne Towarzystwo imienia Kopernika. Koła zaś lekarskie poza Zjazdami organizacji takiej nie mają.

Wprawdzie pierwszym krokiem ku takiej organizacji mogły być słać się Zjazdy lekarzy prowincjonalnych, powstałe w roku 1911 z inicjatywy Dra. Seweryna Sterlinga. Jednakże organizacja ta obejmowała tylko teren b. Królestwa Kongiesowego, a przerwana przez wojnę światową już odczyt nie zdołała. Przed rokiem 1925 zdołał Prof. Dr. Witold Nowicki myśl założenia Związku Towarzystw lekarskich polskich, ku czemu byłby się nadawał XII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, w Warszawie; realizacja tej myśli nie dała się już jednak na czas przygotować.

Delegacja Stała Zjazdów zajęła się tą sprawą na swym plenarnym posiedzeniu w 1926 roku. Poruszenie jej publicznie wypadło odczyt do chwili gdy się okaże, że teren jest rzeczywiście przygotowany do uzyskania pozytywnego wyniku.

Chwila ta obecnie nadeszła. Wykazuje to odczucie przez szersze Koła lekarskie potrzeby współpracy Towarzystw lekarskich, nawet pojawiające się już jej początki. Od lat kilku nawiązał się taki stosunek między młodem Towarzystwem lekarskim w Łucku, a środowiskiem lwowskim. Od zjazdu lekarzy polskich w Katowicach przygotowuje się podobny stosunek między Towarzystwem lekarzy polskich na Śląsku a środowiskiem krakowskim i w r. b. wejdzie on w życie niewątpliwie dzięki staraniom Dra Hesseka. Wreszcie w ostatnich czasach samorządnie poruszono tę sprawę w Zarządzie Towarzystwa lekarskiego lubelskiego.

Formy takiej współpracy Towarzystw lekarskich, zarówno uprawiających wszystkie działy medycyny, jak i specjalne tylko jej gałęzie, mogą być rozmaite: wymiana prelegentów, równoczesne opracowywanie wspólnych tematów, wspólny organ naukowy (jakim był na przykład swojego czasu dla większości Towarzystw „Przegląd lekarski“), współpraca na polu zbiorów naukowych, bibliotek i t. p., wreszcie nawet oparty na osobnym statucie stały Związek.

Doświadczenie rozstrzygnie jakie formy będą najodpowiedniejsze; narzucenie ich z góry chybałoby celu.

Należy zacząć od najłatwiejszego współdziałania w postaci wymiany prelegentów, nie ograniczając się wszakże tylko do wyjazdu ich z miast uniwersyteckich do mniejszych środowisk, ale wymieniając ich także wzajemnie między temi środowiskami. Przez kilka miesięcy, pozostających do XIII Zjazdu w Wilnie, okaże się, czy będzie można pójść dalej i już na tym Zjeździe stworzyć inne jeszcze sposoby współpracy.

Prezydium Delegacji Stałej Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich, podając powyższe do wiadomości prosi, tą drogą wszystkie Towarzystwa lekarskie polskie o rozpatrzenie tej sprawy i podjęcie jej realizacji.

Prezydium Delegacji Stałej Zjazdów lekarzy i przyrodników pol.

Przewodniczący:

Prof. Dr. Stan. Ciechanowski mp.

Sekretarz generalny:
Janiszewski

— Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej wystosowało do Izby Lekarskiej Warsz.-Białostockiej w Warszawie pismo następujące:

Rządowy projekt podwyżki komornego proporcjonalnie aż do podwojenia cen obecnych dla stworzenia funduszu budowlanego wywołał bardzo poważny niepokój we wszystkich sferach społeczeństwa, jako środek który musi spowodować głębokie wstrząśnienia ekonomiczne.

Nagle niepomierne podniesienie ceny mieszkania, tego najniezbędniejszego obiektu życia, pociągnie za sobą podrożenie wszystkich najniezbędniejszych artykułów, spowoduje ogólną drożyznę i podetnie egzystencję pracowników umysłowych.

Zawody wyzwolone, w szczególności lekarze, którzy przechodzą obecnie ciężki kryzys w związku z wprowadzaniem uspołecznieniem lecznictwa, podwyżki komornego wytrzymać nie będą w możności.

Obecne komorne, przerachowane z przedwojennego w stosunku 2,66 za rubla — stanowi już dziś u lekarzy, coraz mniej naogół zarabiających, tak poważną rubrykę w wydatkach, że lekarze coraz bardziej mu podołać nie mogą.

O utrzymaniu mieszkania własnego przez lekarza początkującego bez pomocy rodziny dziś mowy niema — nawet znane nam są przypadki likwidowania własnego mieszkania przez lekarzy nie mogących wyżyć z praktyki. Wszelkie nowe próby podniesienia komornego powiększą tylko zastępy takich bankructw lekarskich.

Na zasadzie powyższego Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej zwraca się, zgodnie z uchwałą swych członków z d. 26 marca 1929. do Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej z wnioskiem wystąpienia z protestem przeciwko projektowi stworzenia funduszu budowlanego drogą podwyżki komornego, — w obronie Stanu Lekarskiego.

Prezes Dr. K. Dłuski.

Sekretarz Dr. W. Knappe.

— W piątek, 12 kwietnia, godz. 20³⁰ w Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich wygłosi odczyt Dr. med. A. Śmiechowski p. t.: „W sprawie projektu ustawy o ubezpieczeniach społecznych“.

— Dnia 8. IV. r. b. w lokalu Klubu Lekarzy Polskich odbył się odczyt prof. Dr. Czubalskiego p. t. „O reformie studiów lekarskich“.

— Docent Dr. Ludwik Anigstein, Kierownik Oddziału Parazytologii Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie, zaangażowany został przez Rząd angielski na stanowisko naukowe w Instytucie Badawczym w Indjach (półwysep Malajski), w celu przeprowadzenia badań w dziedzinie chorób tropikalnych, należących do grupy duru plamistego. —

— Druskiéniki. Tutejsza Komisja Zdrojowa rozpi-sała konkurs na stanowisko miejscowego lekarza z drojowego. Koledzy lekarze, pragnący starać się o to stanowisko, zechcą przesłać wspomnianej Komisji do 15. V. 29 r. podanie, zaopatrzone w curriculum vitae, stwierdzające nieprzekroczony 50 rok życia, dokumenty, stwierdzające prawo wykonywania praktyki lekarskiej w granicach Rzeczypospolitej, i to wykonywania jej conajmniej od trzech lat, dokument, stwierdzający ewentualną pracę zdrojową, a wreszcie warunki pracy i płacy. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi do 1. VI. 1929 r.

— Międzynarodowy doroczny kurs dla lekarzy w Karlsbadzie.

Tegoroczny karlovarski (XI) Międzynarodowy Kurs Lekarski ze specjalnem uwzględnieniem Balneologii i balneoterapii odbywać się będzie w czasie od 15 do 21 września. Uczestnicy otrzymają 33% zniżkę na kolejach czeskosłowackich, jak również bezpłatne wizy.

Wiadomości udziela zarządzający Dr. Edgar Ganz w Karlovych Varach.

ZMARLI

— Eugenjusz Lewensztern, ordynator oddziału Chirurgicznego Polskiego Czerwonego Krzyża — w Warszawie.

— Dawid Nisenson, zasłużony działacz społeczny, członek wielu towarzystw społeczno-lekarskich.

NADESŁANO DO REDAKCJI

— Dr. med. Aleksander Zebrowski. Co każdy o chorobach ucha wiedzieć powinien? Nakł. Kasy Chorych m. Łodzi 1929.

— Henryk Higier. Poród jako uraz mózgu oraz dominująca rola porodu w patologii dziecięcej. Odb. z „Polsk. Gaz. Lek.“ 1928 Nr. 32.

— Tenże. Nieco z lecznictwa, dietyki i higieny żydów starożytnych. Odb. z „Medycyny“ 1928 Nr. 26—27.

— Dr. med. Stanisław Sroczyński. Inowrocław jako zdrojowisko. Odb. z „Medycyny praktycznej.“ 1929. Z. 1.

— Władysław Matecki. O schizofrenji wieku podeszłego. Odb. z „Kwartalnika Kliniczn.“ 1928 T. VII. Z. 4.

— Roman Markuszewicz. O niedorozwiniętej postaci schizofrenji. Odb. z „Kwartaln. Kliniczn.“ 1928. t. VII. Z. 4.

— Leon Prussak. Próby leczenia wodogłowia następczego po drętwy karku. Odb. z „Kwartaln. Klin.“ 1928. T. VII. Z. 4.

— Dr. W. Róbin. Nowe, uproszczone śniadanie próbne. Odb. z „Gastrologji Polsk.“ 1928 Nr. 1.

— Dr. W. Róbin. Nova, simpligita prova maternango. Odb. z „Internacia Medicina Revuo.“ 1928 Nr. 5.

To samo po japońsku. Odb. z „La Iji-Sinbun.“

TRÉŚĆ: R. KRAUS. Co wiemy o odporności w gruźlicy? — J. RUTKOWKI. O mięsaku limfatycznym. — N. PRYŁUCKI. Antivirus Besredki, jako nowa metoda zwalczania chorób spowodowanych przez zakażenie gronkowcami i paciorkowcami (Str. zbior. Dok.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — L. LEJZEROWICZ. Gruźlica u żydów w Warszawie. (Dok.) — Korespondencja. — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Nadesłano do Redakcji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: R. KRAUS. Que savons nous sur l'immunité dans la tuberculose? — G.⁵ RUTKOWSKI. Sur le lymphosarcome. — N. PRYŁUCKI. L'antivirus de Besredka, comme une nouvelle méthode de la lutte contre les maladies, causées par l'infection staphylo-et streptococcique. (Rev. gén. fin.). — L. LEJZEROWICZ. La tuberculose chez les juifs à Varsovie.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

Uprasza się Szan. Prenumeratorów w Warszawie i na prowincji o wpłacanie prenumeraty na P.K.O. 86-96

Redaktor przyjmuje codziennie od 3-ej do 4-ej pp.

Wydawca przyjmuje codziennie od 8-ej do 11-ej r.

Drukarnia Kooperatywy Pracowników Drukarskich. Warszawa. Zielna 47. Tel. 19-57.

www.dlibra.wum.edu.pl