

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: WILHELM KNAPPE

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

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 8.34-48.

Rok X

WARSZAWA, 23 LUTEGO 1933 R.

Nr. 8

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Klinika nieżytu przewlekłego żołądka*).

Podał

Ludwik JUSTMAN (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 7).

Przechodzę do wyników określania kwasoty. Wyniki te są nader rozmaite — począwszy od braku kwasu solnego i bardzo niskich cyfr kwasoty ogólnej aż do nadkwaśności. Odpowiednio do tego odróżniamy nieżyt niedokwaśny i nieżyt kwaśny. Jednak ten schematyczny podział nie wyczerpuje wszystkich wyników określania zawartości; jak to zobaczymy za chwilę, określenie stopnia kwasoty umożliwia nam niekiedy dokładniejsze umiejscowienie sprawy. Jak wiadomo, istnieją dwa bodźce do wydzielania soku żołądkowego — bodziec psychiczny, idący drogami przywspółczulnymi i oddziaływający bezpośrednio na gruczoły dna żołądka, i bodziec chemiczny, polegający na tem, że przy zetknięciu się pokarmów ze śluzówką części przyodźwiernikowej powstają tam sekretyny, które powodują wydzielanie kwasu solnego przez gruczoły dna żołądka. Pomijam tu wnikające te sprawy zagadnienie wydzielania naczno, względnie w okresie międzytrawiennym, wydzielanie rozcieńczające. *Strausa* i cały szereg innych zagadnień, gdyż to zaprowadziłoby nas zbyt daleko. Niskie cyfry kwasoty, stwierdzone naczno, mogą odpowiadać stosunkom normalnym, jakkolwiek pragnę tu podkreślić, że brak wolnego kwasu solnego naczno w najróżnorodniejszych schorzeniach obok normalnych cyfr po próbnym śniadaniu stanowi zjawisko nieczęste. Dlatego też brak kwasu solnego przy ogólnej kwasocie do 5 — 10 świadczy o dość posuniętym nieżycie bezkwaśnym. Niekiedy spostrzegamy brak kwasu solnego, względnie b. niskie cyfry obok ogólnej kwasoty, dochodzącej do 40 i wyżej. Zdarza się to w przypadkach regurgitacji XII-czej oraz w tych przypadkach, gdzie duże ilości śluzu wiążą kwas solny. Duże cyfry kwasoty naczno — a za takie uważam A — 40, L — 25,

mogą oczywiście się zdarzać w nieżycie dna żołądka — możemy tłumaczyć je sobie w ten sposób, że obecność śluzu jest dostateczną podniętą, podtrzymującą wydzielanie podrażnionej błony śluzowej — zachowanie takie jest możliwe w pierwszych okresach istnienia nieżyty, kiedy mamy jeszcze nadczynność; możemy myśleć również o tem, że wprowadzenie zgłębnika jest dla tak podrażnionej śluzówki dostatecznym bodźcem psychicznym i mechanicznym do wydzielania, a, jak wiemy z badań *Henniga*, bodźce psychiczne ujemne (wstręt) działają, oczywiście, słabiej, niż bodźce dodatnie, ale silniej, aniżeli wogóle usunięcie czynnika psychicznego. Najczęściej jednak owa względna nadkwaśność świadczy o sprawie, toczącej się w części przyodźwiernikowej i dwunastnicy, o sokotoku, uważanym do niedawna za objaw patognomoniczny dla wrzodu dwunastnicy. Jak zobaczymy niebawem, między sprawami nieżytyowymi i wrzodowymi istnieje bliskie pokrewieństwo.

O ile określenie kwasoty naczno daje nam pewne podstawy do wniosków co do ewentualnego sokotoku i pierwszej fazy tak zwanego soku psychicznego, to kwasota po próbnym śniadaniu ułatwia nam poznanie drugiej fazy — wydzielania chemicznego, spowodowanego działaniem sekretyny żołądkowej. I tu mamy różne możliwości:

1. Niedokwaśność lub bezkwas przy odpowiednio niskiej kwasocie ogólnej. Świadczy to o istnieniu *gastritis anacida* — o posuniętem schorzeniu śluzówki żołądka, której gruczoły utraciły już zdolność wydzielania kwasu solnego. Odpowiednio do tego cierpi chymifikacja zawartości, a ilość śluzu jest bardzo duża. Spostrzegamy to w daleko posuniętych i długotrwałych nieżytych dna żołądka.

2. Niedokwaśność lub nawet bezkwas przy kwasocie ogólnej w granicach normy lub nawet nieco podwyższonej. Zjawisko to może polegać na tem, że śluz lub regurgitacja z dwunastnicy wiąże w nadmiarze wolny kwas solny, lub też że tempo wydzielania danego żołądka jest zwolnione i że w 45 minut po próbnym śniadaniu nie osiągnęło jeszcze swego punktu kulminacyjnego. W przypadkach tego rodzaju późniejsza aspiracja, a jeszcze bardziej badanie frakcjonowane może

*) Wygłoszone w grudniu 1932 r. na posiedzeniu Sekcji Klinicznej Polak. Tow. Medycyny Społecznej.

wykazać dostateczne ilości wolnego kwasu solnego. Świadczy to o zwolnionym odczynie gruczołów śluzówki skutkiem zmian chorobowych lub jej indywidualnych właściwości. Często przyczyna tkwi raczej w błonie śluzowej części przyodźwiernikowej, w której wydzielanie sekrety uległo zaburzeniu.

3. Niższe cyfry dla wolnego kwasu solnego, a nawet ogólnej kwasoty po próbnym śniadaniu, niż naczcho. Dzieje się to wtedy, kiedy działanie rozcieńczające wprowadzonej herbaty nie zostało wyrównane przez wzmożone wydzielanie soków żołądkowych. O ile mamy naczcho wysokie cyfry kwasoty, możemy to sobie tłumaczyć w ten sposób, że przy istniejącem stałem podrażnieniu chorobowem zarówno bezpośrednio wydzielającej śluzówki dna, jak i produkującej sekretyną śluzówki części przyodźwiernikowej, następuje pewne ograniczenie możliwości reagowania na nowoprzybywające podniety pokarmowe — a prawo fizjologiczne głosi, że, im bardziej podrażniony jest dany narząd w stanie spoczynku, tem mniej reaguje na nowe podniety, a nawet daje niekiedy odczyn paradoksalne. Jeżeli więc mamy podrażnienie części przyodźwiernikowej stałe, a obok tego już zaznaczającą się niewydolność śluzówki dna, to możliwe jest, że nowoprzybywający bodziec chemiczny pozostanie bez wpływu. Oczywiście, zjawisko to może mieć i inne przyczyny, a więc regurgitację dwunastniczą, wydzielanie rozcieńczające, jak również odcinek żołądka, z którego aspirujemy zawartość. Bo jeżeli nawet w normalnym żołądku mamy w różnych jego częściach odmienne warunki kwasoty, to tem więcej możemy oczekiwać tego w nieżytych, gdzie większa gęstość i lepkość zawartości utrudnia zmieszanie się poszczególnych warstw zawartości.

4. Wreszcie spostrzegamy nadkwaśność zarówno naczcho, jak i po śniadaniu próbnem. Świadczy to o stałem podrażnieniu części przyodźwiernikowej (*Gastritis antri*) przy zupełnie wydolnym układzie gruczołowym dna żołądka.

We wszystkich tych sprawach wchodzi w grę jeszcze i inne czynniki, a więc wspomniane już wyżej różnice kwasoty w różnych częściach żołądka, wpływy psychiczne, których skutków przewidzieć nie można nigdy, stopień i tempo opróżniania żołądka, a więc jego czynność ruchowa, no i przede wszystkim indywidualne odrębności danego osobnika. Mimo te zaciemniające sprawę czynniki muszę stwierdzić — wbrew mniemaniu wielu autorów — że ścisła analiza wyników badania zawartości żołądka daje nam niezmiernie cenne przyczynki, których lekceważyć nie wolno. Żadna metoda rozpoznawcza nie jest w stanie dać nam we wszystkich przypadkach jasnej i wyczerpującej odpowiedzi, nie znaczy to jednak, aby była zbędną, bo zawsze wnosi coś nowego, co, jeśli nie decyduje, to w każdym razie stanowi sprawdzian dla innych, w danym przypadku wydajniejszych metod. Stoje dalej na stanowisku, że śniadanie próbne E w a l d a - B o a s a obok badania naczcho jest nadal metodą z wyboru. Bo metoda frakcjonowana z płynnem śniadaniem praktycznie w większości przypadków nie wnosi nic nowego, a jest znacznie uciążliwsza dla chorego i lekarza. Cały szereg innych zaproponowanych śniadań próbnych nie ma za sobą tego materiału porównawczego, jaki zdobyło sobie przez tyle lat swego istnienia śniadanie E w a l d a - B o a s a. Co się zaś tyczy niedogodności stosowania grubego zgłębnika, to napotykały niekiedy przypadki, w których musimy uciec się do zgłębnika cienkiego, jednak w olbrzymiej większości przypadków wprowadzenie

grubego zgłębnika nie tylko nie sprawia szczególnych dolegliwości, ale nawet jest łatwiejsze od wprowadzenia zgłębnika cienkiego.

Omówiłem szczegółowo badanie zawartości żołądka, gdyż, jak to się często dzieje z metodami naszego badania, metody dawne, jak tu widzimy, niekiedy bardzo pożyteczne, są usuwane w cień przez metody późniejsze. O ile w stosunku do metod dawnych jesteśmy aż nadto krytyczni, o tyle może zbyt entuzjastycznie witamy metody nowe, póki rzeczywistość nie przypomni nam, że i one nie są nieograniczone. Do tych nowszych metod należy rentgenograficzne badanie śluzówki metodą B e r g a i gastroskopja.

Poznanie rysunku śluzówki za pomocą metody B e r g a, może z pewnemi zastrzeżeniami, zasługuje na nazwę „anatomji żołądka za życia“. Najwyraźniejsze zmiany stwierdzamy w części przyodźwiernikowej — spostrzegamy tam grube, jakby obrzmiałe, niekiedy ziarniste sfaldowanie, fałdy są często szerokie, sztywne, a jednocześnie niekiedy widzimy ząbienia na krzywiznie dużej. Niekiedy fałdy są niewyraźne, jakby zamglone — dzieje się to wtedy, kiedy ściśle przylegający śluz uniemożliwia masie kontrastowej ściśle przyleganie do śluzówki i otrzymanie na zdjęciu, że tak powiem, dokładnego odlew. Obraz ten odpowiada *gastritis hyperplastica acida*, niekiedy obejmuje on pograniczne odcinki dna żołądka i opuszki dwunastnicy. W bardziej posuniętych przypadkach mamy obraz odwrotny — fałdy stają się węższe, płysze — świadczy to o zaniku śluzówki, o jej zbliźnowaceniu. Jest to *gastritis atrophicans*, odpowiadająca pojęciu *gastritis anacida*, względnie *subacida*. Niekiedy spostrzegamy różne kombinacje obrazów — obok zmian zanikowych w części przyodźwiernikowej mamy szerokie fałdy w trzonie żołądka. Świadczy to o tem, że w części przyodźwiernikowej, w której zwykle rozpoczyna się sprawa nieżytywa, mamy już zmiany zanikowe, natomiast w trzonie mamy jeszcze zmiany z okresu wcześniejszego, hiperplastycznego. W zawartości żołądka stwierdzamy tu jeszcze dość często nadkwaśność, lub też nadkwaśność naczcho z niższemi wartościami kwasoty po próbnem śniadaniu, o czem poprzednio mówiliśmy dokładnie.

Obok zmian nieżytywych widzimy często na obrazie rentgenowskim zmiany, wskazujące na istnienie wrzodu trawiennego, co nie powinno nas dziwić wobec bliskiego powinowactwa tych schorzeń, o czem mowa będzie dalej. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że nieżyt prawie zawsze towarzyszy rakom żołądka, i niekiedy dopiero z kliszy rentgenowskiej dowiadujemy się o istnieniu raka. Już to wystarcza, aby w każdym przypadku nieżyty kategoriycznie żądać zdjęcia promieniami R o e n t g e n a.

Jakkolwiek badanie rentgenologiczne stanowi obecnie nieodzowną konieczność, jednak, jak to już zaznaczyłem, jest ono bardzo cenną, ale tylko jedną z metod, a nie jedyną. Bo niezawasze klisza rentgenowska daje nam jasną i niedwuznaczną odpowiedź, a odczytywanie kliszy przez rentgenologa, który przeważnie nie zna dokładnie innych wyników badania klinicznego, musi być z natury rzeczy subiektywne. Pomijając już to, że badanie musi być przeprowadzone bardzo dokładnie, że wymaga wprost rozrzutności co do liczby użytych klisz, co w naszych warunkach przeważnie jest niewykonalne; pomijając to, że od rentgenologa wymagać musimy olbrzymiego doświadczenia i jaknajbardziej posuniętego samokrytycyzmu, a i pod tym względem

niekiedy spotyka nas zawód — pamiętać musimy o tem, że żadna metoda rozpoznawcza nie jest uniwersalna i ma pewne granice, które tylko długoletnie doświadczenie może nam dokładnie ustalić. Jak dotychczas, wiemy jedynie, że metoda B e r g a daje nam dużo, że stała się dla nas niezbędnym czynnikiem rozpoznawczym, ale, im krytyczniej będziemy przyjmowali jej wyniki, tem mniej zawodów nam przyniesie.

Dotyczy to wogóle naszego stosunku do rentgenologów — powinniśmy traktować ich nie jako wykonawców naszych zleceń, których nie uważamy nawet za potrzebne wtajemniczyć, do jakiego celu ma służyć nam ich badanie. Są oni naszymi konsultantami, którym dajemy cały materiał wiadomości, jakim rozporządzamy, i od których oczekujemy wyjaśnienia lub wypełnienia luk naszego rozumowania. Taka współpraca myślowa, zmuszająca obydwie strony do krytycznego stosunku do swych wyników i poglądów, może jedynie przynieść istotny pożytek. A że niekiedy narada lekarska nie wnosi nic istotnie nowego i nie rozstrzyga wątpliwości, to jest fakt, z którym dawno pogodziliśmy się w stosunku do innych specjalności, nie mamy więc powodu czynić wyjątku dla rentgenologii.

Gastroskopia, sądząc z wyników autorów, którzy się tą metodą szczególnie zajmują, daje bardzo domniaste wyniki rozpoznawcze. Jednak niewątpliwa brutalność tej metody, a nawet niebezpieczeństwo, z nią związane, uniemożliwia stosowanie jej w gabinecie lekarskim, a nawet w szpitalach i zakładach można powierzyć ją tylko nielicznym wyszkolonym lekarzom. Miejmy nadzieję, że w przyszłości ulepszenia techniczne umożliwią szersze stosowanie tej tak obiecującej metody.

W znacznie większym stopniu dotyczy to gastrofotografii, o której znaczeniu przedwcześnie jeszcze mówić.

Na wstępie do rozważań rozpoznawczo - różniczkowych pragnę podkreślić, że rzadziej staje tu przed nami zagadnienie, czy mamy do czynienia z nieżytem, czy innym schorzeniem. Znacznie częściej dociekać musimy, czy schorzenie jest tylko nieżytem, czy też istnieją jeszcze inne zmiany, a to zarówno w żołądku, jak i w innych narządach układu trawienno-gastrointestinalnego oraz wielu innych narządach. Tłumaczy się to tem, że albo nieżyt jest wyrazem odczynu żołądka na pewne zaburzenia ogólne i stanowi tło, na którym później powstać mogą inne obrazy chorobowe, albo też jest skutkiem pewnych zaburzeń, powodujących nieżyt i inne zmiany, jednak zmiany te ujawniają się niekiedy później od nieżyty. Dociekania, czy mamy w danym przypadku do czynienia z nieżytem pierwotnym czy wtórnym, nie mają doniosłej wartości praktycznej, znacznie słuszniej będzie oprzeć podział na ciężarze gatunkowym schorzenia i odróżnić nieżyty, grające w obrazie chorobowym rolę podrzędną, od tych, których znaczenia nie należy niedoceniać. Do pierwszej kategorii należą nieżyty, spowodowane przez schorzenia ogólne i wielu innych narządów — a więc skutkiem charłactwa na tle raka, gruźlicy, kiły, skrobiawicy, cukrzycy, choroby B a s e d o w a, cisawicy, schorzeń krwi, w szczególności niedokrewności złośliwej i białaczki i wielu innych. Do tej kategorii należą również nieżyty zastoinowe skutkiem schorzenia serca, nerek, płuc, żyły bronnej. Podkreślić tu należy, że niekiedy objawy zastoinowe ujawniają się z początku wyłącznie w jamie brzusznej, jako nieżyt żołądka i powiększenie wątroby. Również i gruźlica płuc może rozpocząć się wyłącznie od dolegliwości nieżytowych. W

tych przypadkach dokładniejsze badanie, a niekiedy dłuższe spostrzeganie wyjaśnia istotę sprawy.

Obok tych niewątpliwie wtórnych nieżyty, spostrzegamy w wielu innych schorzeniach nieżyt żołądka, jako schorzenie pierwotne lub przynajmniej współrzędne. Dzieje się to przede wszystkim we wrzodach trawiennych. Badania K o n j e t z n e g o i innych wykazały nam niezbicie, że w podłożu wrzodu trawiennego leży nieżyt żołądka, W e s t h u e s dochodzi do wniosku, że niema wrzodu bez nieżyty, że stanowi on niezbędne podłoże pierwotne, na którym wrzód powstaje. Na podłożu tem pod wpływem innych czynników (natury ogólnoustrojowej i miejscowej) powstaje wrzód, a, co znacznie bardziej zasługuje na uwagę, nieżyt przeciwdziała wyleczeniu wrzodu, powoduje jego przewlekłość. Nie ulega wątpliwości, że długi szereg objawów, uważanych za patognomoniczne dla wrzodu, sprowadza się do nieżyty, że nawroty rzekomo-wrzodowe są często jedynie obostreniem sprawy nieżytowej. Na tle wrzodu mogą, rzecz jasna, powstawać powierzchowne nadżerki, dające klinicznie objawy wrzodu; spostrzegano nawet duże krwawienia (tak zwana *Gastritis ulcerosa* oraz *Gastritis ulcerosa anachlorhydrica* M a t h i e u), a nawet objawy rzekomego przedziurawienia żołądka (K o n j e t z n y). Badanie histologiczne resekowanych odcinków żołądka, przeprowadzone w kilku przypadkach tego rodzaju, nie wykazało innych zmian poza nieżytem i nadżerkami. Pragnę tu podkreślić, że mówię wyłącznie o nieżycie rozlanym, a nie o opisanem we wrzodach przez S t r a u s s a zapaleniu okołowrzodowym, stanowiącym, zdaniem tego autora, przyczynę dolegliwości wrzodowych.

Pokrewieństwo tych dwóch schorzeń jest tak wielkie, że słusznie określa M o r a w i t z nieżyt żołądka jako „schorzenie wrzodowe bez wrzodu”. Jeżeli uprzytomnimy sobie dolegliwości nieżytowe, o jakich pisałem powyżej, to widzimy, że są one jakby poronną postacią dolegliwości wrzodowych *sensu strictiore*, że różnica polega wyłącznie na stopniu dolegliwości, że naprz. wrażliwość uciskowa dołka lub nadbrzusza może łatwo spotęgować się i potęguje się niekiedy do silnych bólów wrzodowych.

Związek między nieżytem żołądka a rakiem polega nie tylko na tem, że nieżyt stale towarzyszy rakowi. Należy o tem pamiętać, gdyż wobec naszej niemożności terapeutycznej w stosunku do raka, możemy osiągnąć niekiedy chwilowe polepszenie samopoczucia przez usunięcie lub przynajmniej ograniczenie dolegliwości nieżytowych. Sądzę, że na tem polega spostrzegane niekiedy pomyślne działanie Condurango. Oprócz tego niektórzy autorowie (K o n j e t z n y) twierdzą, że nieżyt przewlekły stwarza podłoże, na którym powstaje rak żołądka; przyczem dzieć się to ma tak często, że nieżyt stanowi wskazanie do rezekcji żołądka. Oczywiście, nieżyt, jak i każdy stale istniejący stan podrażnienia, może uspasabiać do powstawania raka, należy wątpić jednak, czy dzieje się to tak często, aby to uowadniało do zapobiegawczego stosowania tak poważnego i powodującego głębokie zmiany zabiegu, jak wycięcie żołądka. Różniczkowo - rozpoznawczo, o ile nie stwierdzamy macałnego guza, trzeba mieć na uwadze długotrwałość cierpienia, jego powolny i przeważnie zmienny przebieg w nieżycie, i odwrotnie: skargi świeże, szybko postępujący rozwój sprawy w raku. Zaznaczyć jednak trzeba, że i w raku spostrzegamy niekiedy dość długotrwałe okresy zatrzymywania się sprawy, a nawet poprawy wagi. Badanie za-

wartości żołądka, o ile wykazuje obecność kwasu mlekowego, przemawia stanowczo za rakiem, brak utajonych krwawień w kale za nieżytem. Wreszcie decydujące znaczenie ma badanie rentgenowskie, które nawet w przypadkach, gdzie nie stwierdzamy wyraźnego guza, może przez stwierdzenie miejscowych ubytków perystaltyki w miejscach nacieczenia rakowego rozstrzygnąć wątpliwości.

Przechodzimy do nerwic żołądka. Rozważania różniczkowe są niezmiernie utrudnione chociażby z tego względu, że samo pojęcie nerwicy nie jest dostatecznie ustalone i wymaga dokładnej rewizji. O sprawach tych pisałem obszerniej w pracy „O układzie wegetatywnym a czynnikach psychicznych w schorzeniach somatycznych” (Medycyna r. 1929), tutaj zaznaczę tylko stanowisko zasadnicze. Uważam, że podział na schorzenia czynnościowe i tak zwane organiczne jest nieuzasadniony, że nie do pomyślenia jest, aby mogło istnieć zaburzenie czynnościowe, któremu by nie towarzyszyły zmiany morfologiczne, aczkolwiek zrazu nieuchwytnie dla naszych środków rozpoznawczych. Istota schorzenia polega jednak nie na zmianach morfologicznych, które stanowią czynnik statyczny schorzenia, lecz na jego stawianiu się, dynamice, ujawniającej się przede wszystkim w zmianach czynnościowych. O ile idzie o czynniki chorobotwórcze, to wpływy psychiczne nie słusznie są wyodrębniane — bo, pomijając już, że czynnik psychiczny gra rolę przemożną we wszystkich schorzeniach i często decyduje o ich przebiegu, może on w wyniku zaburzeń czynnościowych powodować zmiany morfologiczne. Z tego powodu zaburzenia czynnościowe w obrazie chorobowym nieżytu, zarówno jak i wrzodu trawiennego, wysuwają się na plan pierwszy, a i w patogeniezie grają rolę niepoślednią. Z tych to względów słuszniejsze będzie postawienie sprawy w ten sposób, że odróżniać należy nerwice, które jeszcze nie dały zmian morfologicznych w sensie nieżytu, względnie nieżytu i wrzodu, od tych, gdzie już te zespoły stwierdzamy. Za nerwicą przemawia zmienność obrazu zarówno co do skarg chorego, jak i brak zależności od czasu, ilości i jakości pokarmów, wreszcie zmienne wyniki powtórnych badań zawartości żołądka i ujemny wynik badania rentgenowskiego. Natomiast odpowiedni obraz rentgenowski i obecność śluzu decyduje o rozpoznaniu nieżytu. Bezskok jest również bardzo prawdopodobnym objawem nieżytu, gdyż pojęcie achylji ustrojowej lub nerwicowej jest wielce problematyczne.

O ile idzie o schorzenia dalszych odcinków przewodu pokarmowego, to znaczenie nieżytu żołądka sprowadza się do tego, że nieżyt towarzyszy tym schorzeniom i musi być uwzględniony w postępowaniu leczniczym, lub też, że dolegliwości, spowodowane nieżytem, tak przeważają w obrazie chorobowym, że utrudniają znacznie rozpoznanie innej, znacznie poważniejszej sprawy. Najbardziej stosunkowo stajemy przed zagadnieniem, czy mamy wogóle do czynienia z nieżytem żołądka, czy też jest to inna sprawa bez zaburzeń żołądkowych. W przewlekłym nieżycie jelit — odróżnianie nieżytu jelit cienkich i grubych wydaje się mnie wogóle sztucznie skonstruowane, najwyżej może być mowa o przewodzie nieżytu przeważnie w jelitach grubych — prawie zawsze żołądek jest wciągnięty w sprawę, a do jakiego stopnia należy się z tem liczyć, świadczy o tem stworzone przez S c h m i d t a pojęcie „*diarrhoea gastrogenes*”. Zaznaczę tu tylko, że P o r g e s opisuje obraz chorobowy *Enteritis sine colitide*, dający klinicznie objawy nieżytu żołądka. W

kale autor stwierdza upośledzenie trawienia tłuszczów. Zdaniem S i n g e r a jest to raczej niedomoga trzustki. Również i w przewlekłym zapaleniu wyrostka robaczkowego niezmiernie często widzimy objawy nieżytu żołądka; stanowi to jeden z czynników, powodujących nadal dolegliwości po zabiegu. Jeżeli przypomnimy sobie, że przewód pokarmowy stanowi jedność czynnościową, że ma wspólny układ nerwowy, chłonny, krwionośny, że te same czynniki działają jednakowo, choć w różnym natężeniu, na wszystkie nieomal odcinki przewodu pokarmowego, to ścisły ten związek staje się zupełnie zrozumiały.

To samo dotyczy i wielkich gruczołów przewodu pokarmowego, w pierwszym rzędzie wątroby. Wiemy już, że pewne powiększenie wątroby, urobilinogen w moczu należą do obrazu klinicznego nieżytu żołądka, a stąd już niedaleka droga do dalszych zaburzeń czynnościowych i wreszcie schorzeń morfologicznych wątroby. B e r g m a n n twierdzi, że każdy nieżyt żołądka, każdy „słaby żołądek”, który źle reaguje na tłuszcze, daje bóle w prawem ramieniu, w prawych mięśniach szyi jest podejrzanym w kierunku schorzenia woreczka żółciowego; M i n t z mówi o typie żołądkowo-pęcherzykowym kamicy; nie ulega również wątpliwości, że wczesne objawy marskości wątroby są w związku z nieżytem żołądka. To samo dotyczy i trzustki. Dlatego też waga zagadnienia polega nie na tem, że musimy zadecydować, czy mamy do czynienia z nieżytem żołądka, czy też z innym schorzeniem, ale czy stwierdzony przez nas nieżyt istotnie wyczerpuje sprawę, czy obok nieżytu nie mamy do czynienia z innym, znacznie ważniejszym schorzeniem. A dociekania, co jest pierwotne, a co wtórne, mają, przynajmniej przy obecnym stanie naszych wiadomości, znaczenie wyłącznie akademickie. Należy tylko podkreślić, że nieżyt, aczkolwiek prognostycznie mniej ważny, zasługuje na baczną uwagę z tego względu, że w wielu przypadkach jest on bodaj wyłącznym źródłem dolegliwości, a zarazem często najwzględniejszym obiektem naszego postępowania terapeutycznego.

Wiemy o tem już oddawna — od czasu, jak, nie zdając sobie jeszcze sprawy ze ścisłego związku między wrzodem trawiennym a nieżytem, stosujemy we wrzodach leczenie faktycznie przeciwnieżytowe. Jeżeli skreślimy z lekospisu środków, stosowanych we wrzodzie, zasady rozpuszczalne, których dłuższe stosowanie prowadzi do zmian zanikowych w śluzówce, jeżeli przywrócimy w prawach zaniedbywane ostatnio leczenie lapisem, względnie współcześniejszem srebrem kolloidowym, to widzimy, że niema różnicy między leczeniem wrzodu i nieżytu kwaśnego. Dieta ta sama, te same sole bizmutu, krzemu lub glinu, tworzące pancerz ochronny na schorzałej śluzówce, sole wapnia z ich działaniem przeciwzapalnym i wreszcie atropina i belladonna z ich działaniem przeciwkurczowem. Oczywiście, w nieżycie niedokwaśnym myślimy przede wszystkim o kwasie solnym, względnie o przeważnie mniej szczęśliwych i znacznie droższych preparatach, kwas ten zawierających, jakkolwiek i tu nie powinniśmy zapomnieć o lapisie i solach wapnia. Dietę zastosowujemy, oczywiście, do upośledzonego wydzielania, przyczem w każdym poszczególnym przypadku musimy rozstrzygnąć, czy należy podawać pokarmy i środki, pobudzające wydzielanie, czy też pogodzić się z istniejącym stanem rzeczy i żywić chorego w sposób jak najmniej obciążający jego żołądek.

Ale nawet tam, gdzie nieżyt, jako taki, ustępuje na plan dalszy wobec innego schorzenia przewodu pokar-

mowego, naprz. wątroby, nie jest on bez wpływu na nasze wysiłki lecznicze. Jeżeli w schorzeniach wątroby stosujemy Karlsbad, Vichy lub wody słone, to mniej lub więcej świadomie uzależniamy to od postaci nieżyty żołądka. W nieżytych na tle schorzeń ogólnych lub innych układów, oczywiście, przeważa leczenie przyczynowe, choć i tu stan żołądka wymaga bacznej uwagi, chociażby ze względu na stan odżywiania chorego.

Radjodjagnostyka przewlekłego nieżyty żołądka.

Podał

L. SELLIG (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 7).

Opisane zmiany przerostowe, jak to podnosi Berg i Gutzeit, który je potwierdza gastroskopowo, wyjątkowo spotykamy w owrzodzeniach i jedynie w przypadkach, przebiegających ze zwężeniem odźwiernika. Etjologia ich należy raczej do innej grupy czynników.

Stwierdzanej w obrazie gastroskopowym *gastritis exulcerans* z licznymi powierzchownymi owrzodzeniami rentgenologicznie nie rozpoznajemy z powodu powierzchowności ubytków, jedynie klinicznie stwierdzana obecność krwi przy zmianach przerostowych śluzówki i wyłaznienie owrzodzenia przemawia za tą postacią.

Schindler, a za nim Gutzeit, Korbach i inni zaliczają ją także do nieżytów przerostowych (*gastritis hypertrophica*).

Czyste postaci *gastritis atrophica*, oznaczane również jako *anacida*, są rzadkie, najwyraźniej występują one jako nieżyty starcze oraz w niedokrewności złośliwej, gdzie są najbardziej typowe. Wygląd błony śluzowej jednego takiego przypadku podaje Berg. Błona śluzowa wykazuje nieliczne, delikatne fałdy, wgłębienia między nimi są płaskie i wąskie. Velde natomiast znajdował prawidłowe obrazy radjologiczne w przypadkach napewno stwierdzonego nieżyty zanikowego.

W dłużej trwających nieżytych przewlekłych spotykamy obrazy zmian zanikowych, ograniczonych do pewnych tylko części błony śluzowej.

Przypadek 7.

Chory Z. A. lat 34, skarży się na napadowe bóle w dolku podsercowym i zaparcie stolca.

Rentgenologicznie stwierdza się wrzód drążący krzywizny małej w górnej części trzonu, a w obrębie części przyodźwiernikowej brak fałdów błony śluzowej, pod uciskiem m. k. znika, względnie pozostawia cienką warstwę; bliżej krzywizny dużej nieliczne drobne wyniosłości.

Przypadek 8.

Chora C. A. lat 12, od kilka lat młodości i wymioty co kilka dni natychmiast po jedzeniu. Klucie w brzuchu. W roku 1928 na zasadzie tych samych skarg *appendectomy*. Od roku 1930 wymioty atakowe. Obiektywnie: powiększenie wątroby. Radjologicznie stwierdziłem: w obrębie trzonu grubość fałdów i opór zwiększone, przebieg ich w granicach normy, a w części przyodźwiernikowej fałdy były wąskie i niskie.

W takich przypadkach po usunięciu wyrostka robaczkowego dolegliwości chorych utrzymują się, dopóki nie cofa się równoczesny stan zapalny żołądka, wysuwający się na pierwszy plan. Podobnie przyjmuję, że w przypadku 3-cim, w którym objawy kliniczne i rent-

genologiczne również wysuwają zmiany nieżytowe żołądka na pierwszy plan, usunięcie wyrostka robaczkowego nie wywrze wpływu na pierwotne dolegliwości chorego bez uprzedniego, wzgl. następczego leczenia nieżyty.

Przypadek 9.

Chora M. L. lat 53, skarży się na bóle w dolku podsercowym, promieniujące ku tyłowi. Przed 8-miu laty bóle podobne, jednak nie tak silne. Po leczeniu sprawa się poprawia, przed dwoma laty nawrót, a od dwóch miesięcy bóle bardziej silne i potęgują się często do ataków, mdłości, odbijania, brak apetytu, zaparcie. Badanie treści żołądka wykazuje nieznaczne zmniejszenie kwasoty.

Radjologicznie stwierdzamy owrzodzenie ściany tylnej w pobliżu krzywizny małej; krzywizna mała skrócona, dolna część trzonu podciągnięta ku górze, część przyodźwiernikowa na lewo. Fałdy błony śluzowej poniżej owrzodzenia są niskie, wgłębienia płytkie wąskie (ryc. 4), a rysunek pozostaje niezmieniony przy dwukrotnym badaniu i przy różnej ilości papki barowej.



Ryc. 4.

Zdjęcie w pozycji stojącej pod uciskiem.

Rzadką postacią przewlekłego nieżyty jest *linitis plastica*, dająca radjologicznie zmiany, jakie spotykamy w naciekach rakowych. Gdy sprawa umiejscawia się w części przyodźwiernikowej, stwierdza się sztywność odźwiernika, skrócenie części przyodźwiernikowej i nieregularne zwężenie światła. Obraz, spotykany w „*scirrhus*”, utrzymujący się jednak bez zmian długi czas. Proponują też nazwę *gastritis cirrhoticans*, a momentem, odróżniającym od „*scirrhus*”, ma być nieruchomość żołądka.

Kurt Weiss uważa *linitis plastica* za zejście *gastritis phlegmonosa*, po której pozostaje zbita, włókniasta tkanka w podśluzówce i mięśniówce. Różniczkowo należy ją zawsze brać pod uwagę w przypadkach, w

których obraz radiologiczny jest typowy dla *carcinoma*, a kliniczny przemawia przeciw nowotworowi.

Podobnie sprawa przedstawia się w przypadkach *gastritis phlegmonosa*, które dostają się pod nóż chirurga, dzięki rozpoznaniu nowotworu (K. Weiss).

Ostatnio poświęca się dużo uwagi nieżytom przewlekłym, spotykanym po zespoleniu żołądkowo - jelitowym. Mają one być przyczyną występowania bólów. Rentgenologicznie i klinicznie chodzi przede wszystkim o stwierdzenie, czy zmiany te są następne, wskutek bezpośredniej komunikacji ze światłem jelita, czy też są wyrazem zaostrenia nieżytu, który istniał już przed zabiegiem operacyjnym. Zdaniem moim, ma miejsce raczej ta ostatnia możliwość. Stwierdzamy bowiem stale, że rentgenologicznie uchwytne zmiany nieżytowe, towarzyszące wrzodom trawiennym, zwiększają się lub zmniejszają równolegle z nasileniem bólu. Gdy bóle ustępują, zmiany nieżytowe nie znikają jednak nigdy w zupełności. Łatwo mogą więc ulec obostrzeniu nawet po wyłączeniu owrzodzenia, wzgl. rezekcji schorzałego odcinka.

Zmiany nieżytowe, stwierdzone na błonie śluzowej żołądka, możemy również stwierdzić i wykazać w obrębie XII-cy, sięga to jednak poza ramy niniejszej pracy.

Opierając się na dorobku radiologicznym, możemy śmiało powiedzieć, że metoda nasza stanowi wielki postęp w rozpoznaniu przewlekłych nieżytów. Wyma-

ga ona jednak dużej dozy samokrytycyzmu, i zawsze pamiętać musimy o tem, że:

1) Nie każda postać jest rentgenologicznie uchwytana. Jedynie bowiem zmiany makroskopowe, pozwalające na wytworzenie odpowiedniego kontrastu, są dostępne naszemu badaniu.

2) Wszelkie objawy chorobowe, stwierdzone radiologicznie, muszą wystąpić pojedynczo, jako wyraz fizjologicznie wzmożonej czynności, a zdanie Holzknechta, że każdy obraz chorobowy ma swego fizjologicznego sobowtóra, często sprawdza się w dagnostyce przewlekłego nieżytu żołądka.

3) Berg i Gutzeit uważają za pewne objawy nieżytu drobnoziarniste wyjaśnienia rysunku śluzówkowego (przypadek 6; ryc. 3), występują one bardzo rzadko.

Do prawie pewnych obrazów należy równocześnie stwierdzenie obecności płynu i śluzu naczcho przy zgrubieniu fałdów i zwiększeniu ich sztywności, ewent. przy neregularnym ich przebiegu.

4) Zmiany nieżytowe, choćby najdalej posunięte, nie dają prawie nigdy objawów niedrożności.

5) Przy stwierdzonym nieżycie przewlekłym i braku wrzodu trawiennego musimy szukać przyczyny w innych odcinkach przewodu pokarmowego, w wątrobie, w trzustce, w sercu lub płucach. Dopiero wyłączenie zmian w tych narządach daje nam prawo mówienia o pierwotnym nieżycie żołądka.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z pracowni bakteriologicznej kolejowej w Warszawie.

Zastosowanie odczynu Biernackiego w kile.

Podał

Tadeusz STRYJECKI (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 7).

W kile II-orzędowej z wysypką i całkowicie dodatnim B.-W. tempo opadania czerwonych ciałek krwi wybitnie wzrastało i w paru przypadkach skracało się do kilkunastu zaledwie minut, co uwidocznione jest na załączonej tabelce II-ej (przypadki 8 — 9 — 19). Już na podstawie samego tylko dodatniego odczynu Biernackiego można byłoby postawić rozpoznanie kily II-orzędowej, choćby w surowicy z ranki krętków nie stwierdzono, choćby nie było wysypki, a odczyn B.-W. nie dał nam jeszcze wyniku dodatniego.

W przypadkach kily leczonej z dodatnim B.-W. w assermannem, trwającej lat kilka, kilkanaście i więcej, odczyn Biernackiego przeważnie przedłużał się do kilkuset minut i na 15 przypadków tylko w 3 był nieco krótszy (Nr. 4 — 9 — 14 na tabelce III-ej).

Dzisiejsze poglądy na odczyn B.-W. w assermannie mówią, że jest on wynikiem zjawisk fizycznych, zachodzących w układzie białek krwi, czyli, że powstaje on wskutek t. zw. ich uchwiejnienia. Ponieważ w kile dawnej leczonej, w przypadkach całkowitego zatrzymania hemolizy (++++), a więc w momencie dużej chwiejności ciał białkowych osocza, odczyn Biernackiego nie wykazuje naogół przyspieszonego opadania czerwonych ciałek krwi, należałoby więc przy-

puszczać, że elementy, powodujące powstawanie we krwi obu tych odczynów, nie są jedne i te same i niejednakowo reagują *in vivo* na metale ciężkie, stosowane w leczeniu kily (Hg, Bi, As).

Liczby opadania czerwonych ciałek krwi w 15 przypadkach kily utajonej: a) dającej objawy ze strony układu nerwowego (psychozy, paraliż postępujący), b) objawiającej się bólami głowy, c) bólami gardła (chrypka), d) lekkimi przejściowymi niedowładami kończyn i t. d., były podobne do liczb, jakie otrzymałem w kile II-ej, t. j. były wybitnie niskie. Najwyższa liczba opadania w tej kategorii była liczba 57, najniższa—17.

Pierwszy przypadek dotyczył mężczyzny, cierpiącego na uporczywe bóle głowy, który, jak twierdzi, objawów pierwotnych i wtórnych nie obserwował, dokonany jednak przezemnie odczyn B.-W. w assermannie wypadł całkowicie dodatnio (++++).

W drugim przypadku pacjent został skierowany do pracowni celem dokonania badania krwi na B.-W. z powodu psychozy. I tu na zasadzie danych, zebranych od rodziny i od samego chorego, nie było przedtem objawów kilowych. Przypadek ten w szeregu moich badań nad odczynem Biernackiego w kile był jedyny, w którym otrzymałem tak niską liczbę opadania czerwonych ciałek krwi. Szczegółowe badanie pacjenta pod względem klinicznym i laboratoryjnym żadnych innych schorzeń nie stwierdziło.

Badanie krwi na odczyn Biernackiego w jednym przypadku paraliżu postępującego, obok całkowicie dodatniego odczynu B.-W. w assermannie dało mi również zaledwie 22 m. opadania (tabelka IV Nr. 14). Tutaj dodam nawiasowo, że na oddziale Doc. Z. Michalskiego w szpitalu Przemienienia Pańskiego miałem możność badania krwi u jednej chorej z gwałtownymi bólami głowy. Obraz

Tabela II ga.
K I Ł A II-gorzędowa
Nieleczona.

№ porządkowy	Płeć		Wysypka	Badanie krwi		U w a g i
	M.	K.		Odczyn Bordet- Wasser.	Odczyn Biernackiego w minutach	
1	M.	—	+	++++	30'	Przed 2-ma miesiącami ranka. Spirochet. nieznal.
2	M.	—	+	++++	45'	Ranki nie było.
3	M.	—	+	++++	53'	Przed 7-ma tygodniami ranka zagojona.
4	—	K.	+	++++	32'	Ranki nie zauważyła.
5	M.	—	+	++++	55'	6—7 tygodni temu ranka. Badanie na spiroch. ujemne.
6	M.	—	+	++++	65'	Ranka 2 mies. temu
7	M.	—	+	++++	25'	Przed 3-ma miesiąc. „zatarcie” zagojone.
8	M.	—	+	++++	18'	Ranka zagojona.
9	M.	—	+	++++	14'	Ranki nie miał.
10	M.	—	+	++++	40'	Ranka zagojona.
11	—	K.	+	++++	45'	Mąż miał B W dodat.
12	M.	—	+	++++	35'	Ranki nie miał.
13	M.	—	+	++++	34'	Ranka na palcu wskazującym prawej ręki. Spirochet. nie znaleziono.
14	—	K.	+	++++	19'	Objawów pierwotnych nie miała.
15	M.	—	+	++++	31'	Ranka niezagojona.

morfologiczny krwi chorej bez zmian. Odczyn B o r d e t - W a s s e r m a n n a ujemny. Mocz prawidłowy, odczyn zaś B i e r n a c k i e g o II'.

Chora zmarła. Na sekcji (Dr. Dąbrowska) stwierdzono guz mózgu wielkości dużego orzecha laskowego.

Dla wykazania wpływu leczenia swoistego na odczyn opadania czerwonych ciałek krwi w kile I-orzędowej przeprowadziłem w jednym przypadku seryjne badanie krwi na odczyn B i e r n a c k i e g o przed i w 24 godziny po każdym zastrzyknięciu 0,3 neosalwarsanu.

Przypadek dotyczył 42-letniego mężczyzny dobrej budowy i odżywiania, nie gorączkującego, bez zmian chorobowych w nerkach, skierowanego do pracowni z powodu ranki sklerotycznej, trwającej 2 tygodnie. Badanie surowicy pobranej z ranki banieczką B i e r a i badanej w tuszu, wykazało obecność nielicznych krętków białych. Odczyn B.W. ujemny. Odczyn B i e r n a c k i e g o bardzo wyraźnie przyspieszony (53'). Pacjentowi zalecono leczenie swoiste w postaci 6 neosalwarsanów, zastrzykiwanych raz na tydzień, i 12 bismutów, zastrzykiwanych 2 razy tygodniowo. Pierwszy raz dokonany odczyn B i e r n a c k i e g o (30.VIII) dał mi, jak wspominałem wyżej, 53' opadania. W trzy dni później, przed pierw-

Tabela III-cia
K I Ł A L E C Z O N A

№ porządkowy	Płeć		B ą d a n i e k r w i		U w a g i
			Odczyn Bordet- Wasser.	Odczyn Biernac- kiego w minutach	
	M.	K.			
1	M.	—	+ + + +	500'	Chory od 1914 r. przeszedł wiele kuracyj
2	M.	—	+ + + +	388'	Chory od 2 lat przeszedł 3 kuracje
3	M.	—	+ + + +	315'	25 lat temu <i>ulcus</i> leczył się starannie.
4	—	K.	+ + + +	73'	Chora od lat 6 ciu leczyła się starannie
5	M.	—	+ + + +	698'	Chory od 21 roku leczony
6	M.	—	+ + + +	360'	Chory od lat 5-ciu leczony
7	M.	—	+ + + +	480'	Chory od lat 7 leczony
8	M.	—	+ + + +	660'	Chory od lat 9 leczony starannie B-W stale dodatni
9	—	K.	+ + + +	195'	Chora od roku dostała 12 igieł Hg.
10	M.	—	+ + + +	366'	Chory od 22 lat. Leczy się stale, mimo to B-W ani razu nie dał wyniku ujemnego.
11	M.		+ + + +	300'	Chory od lat 6. Z powodu p.p. leczony zimnicą.
12	—	K.	+ + + +	600'	Chora od lat 4, przeszła 2 kuracje.
13	M.	—	+ + + +	360'	Chory od lat 12 leczy się stale.
14	M.	—	+ + + +	185'	Chory od 3 lat kuracy, 6
15	M.	—	+ + + +	299'	Chory od 14 lat leczony w Busku (8 razy)

szem zastrzyknięciem neosalwarsanu dn. 2.IX. miałem już 41', w 24 godziny później wydłużył się do 65'. Po tygodniu, przed następnym zastrzyknięciem, odczyn ten jeszcze bardziej się wydłużył (109'), obniżając się gwałtownie w 24 godzin po zastrzyknięciu (47'). Przed trzecim zastrzyknięciem opadanie było 33', w 24 godziny później 29. Tę ostatnią liczbę otrzymałem przed 4-tym neosalwarsanem, 37' po 24 godzinach. Przed 5-tym neosalwarsanem następuje skok do 68', i zaraz na drugi dzień gwałtowny spadek do poziomu 36', przed 6-tym i ostatnim neosalwarsanem czas opadania wydłużył się tylko o 1' (37'), a w 24 godziny później jeszcze o dalsze 3'.

Seryjne, trzynastokrotne badanie krwi na odczyn B i e r n a c k i e g o wykazało w tym przypadku brak zależności tempa opadania czerwonych ciałek krwi od wprowadzonego *in vivo* arsenu w postaci neosalwarsanu, t. zn., że tak przed jak i po zastrzyknięciu opadanie było różne, raz się wyraźnie wydłużało (przed 2-gim i 5-tym zastrzyknięciem); to znów następowało wybitne przyspieszenie (przed 3-im i 4-tym neosalwarsanem). Nie ujawniła się tu więc pewna konsekwentnie zjawiająca się stałość w wysokości krzywej odczynu B i e r n a c k i e g o przed lub po zastrzyknięciu, z której można byłoby sądzić o jakimś wyraźnym nań wpływie

Tabela IV
KIŁA UTAJONA
Nieleczona

№ porządkowy	Płeć		Badanie krwi		U w a g i
			Odczyn Bordet- Wasser.	Odczyn Biernackiego w minutach	
	M.	K.			
1	—	K.	+ + + +	21'	Objawów pierwotnych i wtórnych nie było. Bóle głowy.
2	M.	—	+ + + +	57'	" "
3	M.	—	+ + + +	35'	Rozszerzenie aorty
4	M.	—	+ + + +	25'	Psychoza
5	—	K.	+ + + +	25'	Bóle głowy
6	M.	—	+ + + +	34'	Lekki przejściowy niedowład prawej ręki
7	M.	—	+ + + +	27'	Leczył się w szpitalu kolejowym z powodu bólu nóg. Kiłę neguje
8	M.	—	+ + + +	42'	Chrypka
9	—	K.	+ + + +	26'	Bóle głowy
10	—	K.	+ + + +	40'	46 lat temu wrzód miękki (!) zagojony bez interwencji swoistej. Od lat kilku ból prawej nogi.
11	M.	—	+ + + +	56'	Bóle głowy i gardła
12	M.	—	+ + + +	33'	Porażenie prawostronne
13	M.	—	+ + + +	17'	Psychoza
14	M.	—	+ + + +	22'	P. P.
15	M.	—	+ + + +	29'	Darcie obu nóg

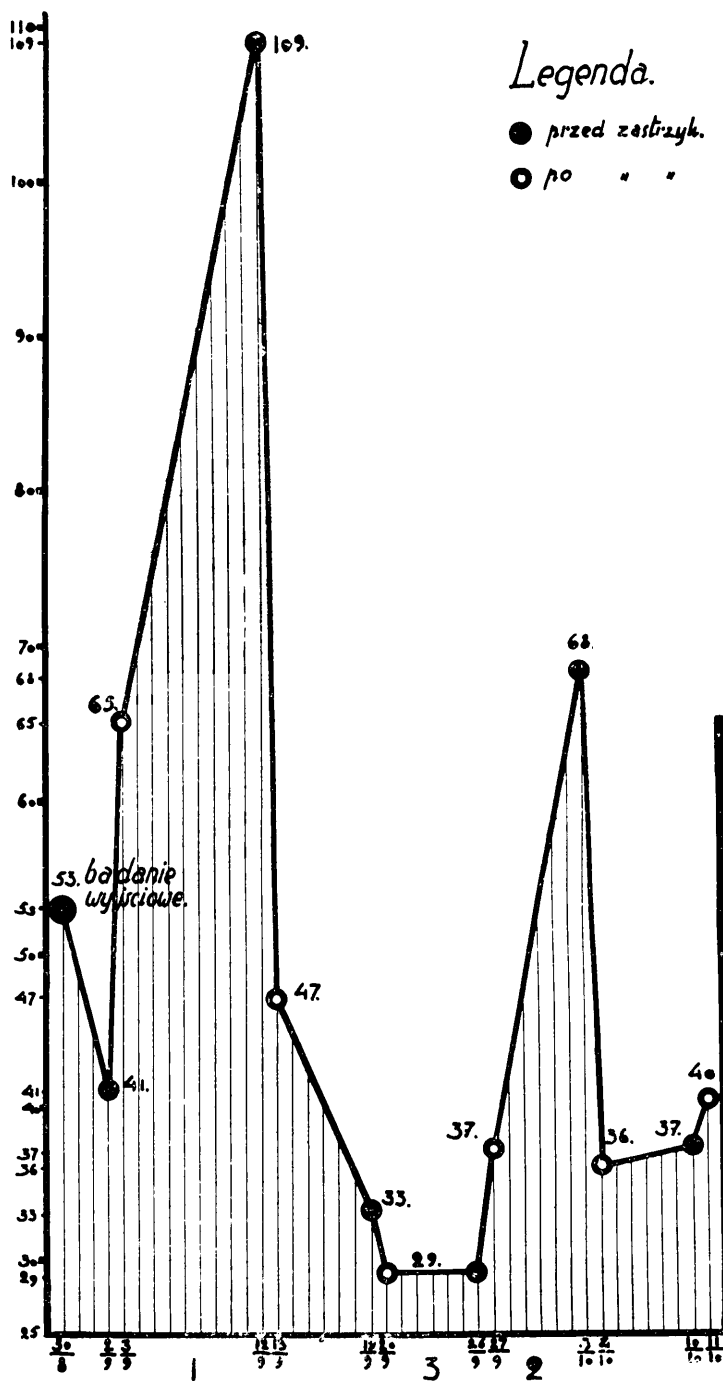
wprowadzonego dożylnie preparatu arsenowego. Obraz ten jednak wskazywał nam na wielką zmienność, wrażliwość i plastyczność tkanki żywej, przeciwstawiającej ofenzywnej działalności zarazka kiłowego żywą, czynną i ruchliwą obronę.

Ranka w omawianym przypadku goiła się powoli i uporczywie, albowiem jeszcze w 6 tygodni po przyjęciu 6 Neos. i 10 Bism. nie zagoiła się całkowicie. Tem sobie tłumacząc brak różnicy w tempie opadania między pierwszym a ostatnim badaniem krwi na odczyn Biernackiego, t. j. braku narastania w czasie, w miarę trwania leczenia swoistego.

Jeżeli odczyn Biernackiego w omawianym przypadku nie wykazywał wyraźnych tendencji do wydłużania pod wpływem leczenia swoistego, to natomiast neosalwarsan, dodany w minimalnej ilości do rureczek Linzenmeiera, ogromnie hamował czas opadania czerwonych ciałek krwi w tym przypadku i w innych przypadkach kiły czynnej. Takie same ilości soli złota („aurosan”), małeńka kropelka nasyconego roztworu sublimatu, — wydłużały proces opadania krwinek nieraz i do dwudziestu kilku godzin.

Porównując liczby opadania czerwonych ciałek krwi po dodaniu *in vitro* As—Au—Hg, widzimy, że najbardziej opadanie hamuje arsen (neosalwarsan), dalej złoto (aurosan) i następnie rtęć (Hg Cl₂), aczkolwiek ciężar gatunkowy arsenu jest prawie trzykrotnie niższy od ciężaru gatunkowego złota (As — 74,60,

K r z y w a.



Wpływ leczenia swoistego na odczyn Biernackiego w przypadku kiły pierwszorzędowej.

Au 197, 2), i trzykrotnie niższy od ciężaru gatunkowego rtęci (200,6). Arsen w szeregu rentgenospektralnym zajmuje 33 miejsce, gdy natomiast złoto 79 miejsce, rtęć 80 miejsce. Musimy jednak wziąć pod uwagę względy ilościowe wymienionych soli metali ciężkich, które niewątpliwie decydują o czasie opadania czerwonych ciałek krwi, przeliczywszy bowiem te ilości soli, jakie dodawałem do 1 cm. rureczek L. na całkowitą krew człowieka zdrowego, przekonalibyśmy się, że ani soli złota, ani arsenu, ani rtęci nie moglibyśmy tyle naraz wprowadzić do ustroju.

Opadanie czerwonych ciałek krwi chorych kiłowych w liczbach przeciętnych po dodaniu do rureczek Linzenmeiera po 5 mgr. soli arsenu (neosal-

warsanu), soli złota (aurosanu), chlorku sodu, maleńkiej kropki nasyconego roztworu sublimatu i po ogrzaniu cytoplazmy do 56° w ciągu 30' przedstawia się w sposób następujący:

- 1) z neosalwarsanem — opadanie 3223'
- 2) z aurosaniem — opadanie 1860'
- 3) z kropelką nasyconego HgCl_2 opad. 945'
- 4) z NaCl — opadanie 612'
- 5) po ogrzaniu cytoplazmy — opad. 1719'

Przeciętne zaś liczby opadania krwinek w warunkach zwykłych dla wszystkich czterech omawianych kategorii kiły ilustruje poniższe zestawienie:

- 1) kiła I-orzędowa czas opadania 80'
- 2) „ II-orzędowa czas opadania 36'
- 3) „ dawno przebyta leczona z dodatnim o. B.-W. 385'
- 4) „ utajona czas opadania 36'

Liczby te mogą, oczywiście, ulegać różnym, często bardzo dużym wahaniom w zależności od okresu choroby, warunków technicznych i t. d. Odczyn Biernackiego jest, jak już zaznaczyłem, odczynem

czułym i wrażliwym. Różne więc często nieuchwytnie przyczyny mogą zaważyć na skali opadania czerwonych ciałek krwi w sensie jej skrócenia lub wydłużenia nietylko w stanach chorobowych, ale i w tych przypadkach, w których układ białkowy jest prawidłowy, a ich równowaga koloidalna całkowicie zachowana.

Streszczając się, uważam, że odczyn Biernackiego, jako wyraz zaburzeń w układzie białek krwi, wywołanych w ustroju przez krętek błady, może nam oddać duże usługi w rozpoznawaniu kiły wczesnej w tych przypadkach, w których badanie surowicy z owrzodzeń kiłowych na obecność krętków bładych dało wynik ujemny. Jeżeli w 2 — 5 tygodni po pojawieniu się podejrzanego nacieku czas opadania czerwonych ciałek krwi skróci się do 30' — 50', powinniśmy to uważać za wskaźnik swoistego pochodzenia ranki.

Stosując metodę Biernackiego w kile, będziemy mogli na jej podstawie nietylko wnioskować o stanie koloidalnym osocza krwi, ale i różniczkować między poszczególnymi postaciami tej choroby.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

O. t. zw. nacieku wczesnym*).

Podał

J. BERMAN (Warszawa).

Należyty sens ukryty w nazwie „naciek wczesny“, nazwie, przyjętej już obecnie prawie przez cały świat lekarski dla określenia pewnej odrębnej patomorfologicznej postaci gruźlicy płuc, — staje się zrozumiałe dopiero po dokładnym przestudjowaniu wszystkich tych kolejnych etapów, przez które pojęcie przechodziło od czasu swego powstania.

W r. 1922 A s s m a n n w książce „Klinische Roentgendiagnostik der inneren Medizin“, w rozdziale „o rozpoczynającej się gruźlicy płuc u dorosłych“ opisuje postać ogniska gruźliczego w płucu w postaci drobnych cieni, zlewających się w całość, o zarysach nieostrych.

Ogniska takie A s s m a n n stwierdzał rentgenologicznie tylko w okolicy podobojczykowej w części zewnętrznej, przy zupełnie poza tem niezmiennych polach płucnych, — i co najważniejsze, — przy szczytach nie wykazujących absolutnie żadnych zmian. Bez danych sekcyjnych, tylko na podstawie seryjnych badań rentgenologicznych dopatruje się A s s m a n n w tem ognisku pod względem anatomopatologicznym ograniczonego serowaciejącego ogniska odoskrzelowego zapalenia płuc. Do wniosku takiego przychodzi dlatego, że w obrębie pierwotnie stwierdzanego cienia, w toku dalszych badań radioskopowych, niejednokrotnie obserwuje szybkie wytworzenie się jamy. Wynika tedy stąd, kończy A s s m a n n, jak ważne jest, z punktu widzenia klinicznego i leczniczego, wczesne wykrycie takiego ogniska za pomocą promieni Roentgena, tembardziej, że zazwyczaj w posuniętych już przypadkach przy naj-

skrupulatniejszym badaniu trudno jest ustalić uchwytnie zmiany fizykalne.

Należy zaznaczyć, że w opisanem tu ognisku A s s m a n n o w s k i e m nie należy się dopatrywać czegoś zupełnie nowego. Ogniska takie znane były i opisywane nawet już dawno, długo jeszcze przed erą rentgenowską, ale poszły niemal zupełnie w zapomnienie. Na częstotliwość występowania oraz skłonność do rozpadu wskazywał u nas K. D ł u s k i już w r. 1901. Można byłoby przytoczyć jeszcze sporą liczbę autorów, jako poprzedników A s s m a n n a. Ale nie zmniejsza to bynajmniej jego zasług, bo on pierwszy świadomie i systematycznie rozpoczął studia nad temi ogniskami i w oparciu na nich wysunął zupełnie nową koncepcję ftizeogenezy u dorosłych. — Nie w wykryciu więc tego ogniska, lecz w interesującej interpretacji jego, z czem się zapoznamy poniżej — kryje się wielka rewelacja.

Pierwszą swą krótką publikację z r. 1922 uzupełnia A s s m a n n dopiero po przerwie dwuletniej, zbierając w międzyczasie materiał, i oznajmia, że jest to postać gruźlicy bynajmniej nierzadka, którą stwierdzał najczęściej u osobników stykających się zawodowo z medycyną, jak np. wśród personelu szpitalnego, studentów medycyny, anatomopatologów i t. p. Chorzy tacy z ogniskiem podobojczykowym zgłaszali się do niego przeważnie ze skargami charakteru ogólnego, jak np. uczucie stałego zmęczenia, stany podgorączkowe, brak łaknienia i t. p. objawami, — a uprzednie rozpoznanie tych przypadków przez innych lekarzy szło zawsze pod flagą „grypy“.

Nie dziwi się temu A s s m a n n, ponownie akcentując, że zwłaszcza w początkowych okresach schorzenia jaknajdokładniejsze badanie fizykalne nie prowadzi nigdy do ustalenia jakichkolwiek objawów uchwytanych. Tylko w bardzo rzadkich przypadkach, gdy chorzy skarżyli się na bóle w piersi, dawało się niekiedy uchwycić nieznaczne osłabienie oddychania na ograniczonej powierzchni, co nasuwało

*) Referat wygłoszony na posiedzeniu naukowem w szpitalu dla dzieci im. Bersonów i Baumanów.

podejrzenie miejscowego odczynu płucowego i ogólne przypuszczenie, że w płucach „coś się odbywa”. Chorzy zazwyczaj nie kasłali i nie odpływali, ale już w najmniejszych ilościach wydzielonej płwociny udawało się stwierdzić obecność prątków K o c h a, — natomiast przy braku ich całą sprawę rozstrzygało badanie rentgenologiczne. Rentgenogramy odznaczały się cechami stałymi: przy zupełnie normalnych wnękach i szczytach, nie wykazujących żadnych ognisk, występował w obrębie jednego z płuc, zupełnie niezmienionych i powietrznych, okrągły cień, wielkości od 10 groszy do 5-ciozłotówki, o brzegach niezbyt ostro odcinających się od otoczenia; cień ten usadawiał się tuż pod obojczykiem, stale bliżej zewnętrznej ściany klatki piersiowej. — Podkład anatomiczny tego cienia, aczkolwiek ognisko podobojczykowe jeszcze nie było przez nikogo sekcyjnie badane, interpretuje A s s m a n n nadal, jako ograniczone ognisko odoskrzelowe serowacujące.

Wobec tego, że ognisko takie A s s m a n n stwierdzał w płucach, nie wykazujących żadnych innych zmian, u ludzi poprzednio klinicznie zupełnie zdrowych, — więc przedewszystkiem zastanawiał się nad tem, czy nie chodzi tu o zakażenie pierwotne, w sensie pierwotnym ogniska G h o n a. Przypuszczenie to A s s m a n n szybko jednakże odrzuca, argumentując w sposób następujący.

Przedewszystkiem, mówi on, na podstawie naszego długoletniego doświadczenia o dodatnich odczynach tuberkulinowych wydaje się nieprawdopodobnem, aby dorosły, cywilizowany mieszkaniec dużego miasta nie przebył już w dzieciństwie zakażenia gruźliczego. Dalej, upatrując w ognisku podobojczykowem ognisko pierwotne G h o n a, musielibyśmy, podobnie jak w zespole pierwotnym i tutaj stwierdzać wybitne zmiany gruczolowe, których jednak tutaj nie widzimy. Wreszcie, kończy on, uwidaczniające się niekiedy na rentgenogramach blizenki szczytowe i zwapnienia, towarzyszące ognisku podobojczykowemu, również przemawiają za przebytem już niegdyś zakażeniem gruźliczem.

Ten ostatni argument A s s m a n n a, wskazujący nagle na możliwość jednoczesnego współistnienia z ogniskiem podobojczykowem ognisk szczytowych, chociażby tylko już w postaci blizenek i zwapnień, wzbudzić musi wielkie zdziwienie, stoi to bowiem w jaskrawej sprzeczności z uprzednio stale akcentowaną dziewiczością terenu płucnego, która obecnie wobec powyższego staje się wątpliwa.

Okoliczność ta zasługuje na uwagę szczególną dlatego, że, jak się przekonamy dalej, w zaciętym sporze, który się wyłonił wokoło genezy ogniska podobojczykowego, tym właśnie drobnym ogniskom szczytowym, tym niewielkim pozostałościom po dawno już zlikwidowanej sprawie przypisują bezpośredni związek z wytwarzaniem się tego zagadkowego ogniska.

Chcąc zachować zupełny obiektywizm, A s s m a n n przytacza jednak również odmienne zdania niektórych autorów, między innymi bardzo ciekawe prace H e i m b e c k a z Oslo, który w przeciwieństwie do A s s m a n n a uważa pierwotne zakażenie u dorosłych nie tylko za możliwe, ale nawet za zjawisko dość częste. H e i m b e c k, angażując siostry na oddział gruźliczy stwierdzał u wielu z nich ujemne odczyny tuberkulinowe i rentgenogramy, nie wykazujące żadnych zmian patologicznych w płucach. Po upływie jednak pewnego czasu powtórzona próba tuberkulinowa wypadła już dodatnio, a na zupełnie dotychczas normalnych

rentgenogramach występowały wyraźne rozlane cienie w okolicy wnękowej.

Przypadki te, według H e i m b e c k a, nie nasuwają wątpliwości co do zakażenia pierwotnego. A s s m a n n lojalnie nie kwestionuje spostrzeżeń H e i m b e c k a i stara się je wytłumaczyć w ten sposób, że w mało i niegęsto zaludnionej Norwegii endemia gruźlicza nie może osiągnąć, oczywiście, takich rozmiarów i dawać tak wczesnego zakażenia, jak w wielkich miastach gęsto zaludnionych Niemiec. Z tego też powodu A s s m a n n nie może przenieść w całość rozciągłości obserwacji H e i m b e c k a na stosunki niemieckie. Być może, dodaje on, w pojedynczych, rzadkich przypadkach w ognisku podobojczykowem nie można wykluczyć zakażenia pierwotnego, ale interpretować ognisko podobojczykowe w tym sensie mielibyśmy, zdaniem jego, tylko wówczas prawo, gdyby osobnik z uprzednim odczynem tuberkulinowym ujemnym nagle wykazywał odczyn dodatni a poatem gdybyśmy stwierdzali zaatakowanie gruczołów wnękowych — czego zazwyczaj przy obecności ogniska podobojczykowego nie widzimy.

Jeżeli więc teraz, zgodnie z A s s m a n n e m w stosunku do ogniska podobojczykowego wykluczyć koncepcję zakażenia pierwotnego i uwzględnić ten moment, że płuca mają być wolne od wszelkich innych zmian anatomicznych, — to, z punktu widzenia patogenety, nie pozostaje nic innego, jak przyjąć, że w ognisku podobojczykowem mamy do czynienia z reinfekcją.

Toteż A s s m a n n uważa, że w ognisku podobojczykowem należy się dopatrywać wyrazu świeżo nabytego wtórnego zakażenia przez osobników, u których dawniejsze zakażenie gruźlicze pierwotne z lat dziecięcych wygasło zupełnie. Ognisko podobojczykowe nie jest poza tem, według niego, fazą ewolucyjną jakiegoś innego starszego ogniska drzemającego w płucach, nie jest też z niem związane w jakiś sposób genetycznie, lecz powstaje w płucu jako autochton patomorfologiczny.

Rodzi się pytanie, na jakiej drodze powstaje takie ognisko w płucu?

Mogą tu być oczywiście 2 możliwości: albo na drodze przerzutowej z jakiegoś ogniska poza płucami, albo też na drodze oddechowej.

Nie rozstrzygając sprawy w sensie decydującym, A s s m a n n przytacza cały szereg argumentów, przemawiających na korzyść jak jednej, tak i drugiej możliwości, — skłonny jest jednakże uważać za regułę sposób powstawania ogniska podobojczykowego przez drogi oddechowe. Za genezą krwipochodną, mówi on, przemawiałoby jednoczesne występowanie większej liczby ognisk, jak to zazwyczaj bywa przy wysiewach, tutaj natomiast widzimy wyłącznie pojedyncze ognisko izolowane. Nie wyłącza on jednakże w zupełności reinfekcji krwipochodnej przytaczając między innymi przypadek świeżego ogniska podobojczykowego u młodego asystenta instytutu anatomopatologicznego, który uprzednio przez nieostrożność zaszczepił sobie przy pracy sekcyjnej gruzełek trupi na palcu. Dowodem natomiast, przemawiającym za powstawaniem ogniska podobojczykowego przez drogi oddechowe, ma być jego lokalizacja. A s s m a n n wskazuje na analogiczne powinowactwo do tej okolicy również i pierwotnych aspiracyjnych ognisk niegruźliczego pochodzenia. Tak np. do złudzenia przypominał ognisko podobojczykowe cień naciekowy w tej samej okolicy, powstały po zachłyśnię-

ciu się pewnego osobnika w kąpeli podczas napadu epileptycznego. Również początkowe okresy pylic (*pneumoconiosis*) wykazują w rentgenogramach cienie w okolicy podobojczykowej. Z tego należy wnioskować, że przy aspiracji rozpylonych ciał obcych, jak również i bakterij predylekcyjnym miejscem ich usadowienia się jest powyższa okolica.

Ale najbardziej ważkim argumentem *Assmanna* na korzyść pochodzenia z zewnątrz ogniska podobojczykowego jest kontyngent jego pacjentów, składających się przeważnie ze studentów medycyny, lekarzy, personelu szpitalnego i wogóle osobników, narażonych na stale powtarzające się zakażenia dodatkowe.

W konkluzji wszystkich swych rozważań *Assmann* stawia ftizjologom pytanie, które prowadzi do radykalnego wprost przekształcenia wszystkich naszych dotychczasowych zapatrywań na sprawę ewolucji i przebiegu postępującej gruźlicy płuc u dorosłych.

Pytanie *Assmanna* brzmi: „czy dotychczas ustalonego i dogmatycznego poglądu o odszczytowem szerzeniu się gruźlicy płuc u dorosłych w kierunku ku podstawie nie należałoby zmodyfikować w tym sensie, że przynajmniej dla znacznej liczby przypadków sposób powstawania suchot dorosłych jest inny, a mianowicie, — że nie rozpoczynają się one od starszych, dawniej już istniejących ognisk szczytowych, lecz że biorą swój początek pozaszczytowo, ze świeżo powstałego ogniska podobojczykowego, skąd sprawa na początku szerzy się we wszystkich kierunkach, aby później dopiero ciągłość procesu przeważała w kierunku ku podstawie”.

Ta nowa, wysunięta przez *Assmanna* koncepcja ftizeogenetyczna poważnie podważyła podwaliny starego klasycznego i, zdawałoby się, już niezaprzecznego ujęcia sposobu szerzenia się gruźlicy płuc u dorosłych i w szybkim czasie zdobyła sobie licznych zwolenników. Z ziarna, rzuconego przez *Assmanna*, wyrasta t. zw. „nowa nauka”!

Wylaniający się zpod skorupy rzuconego przez *Assmanna* pytania arcyciekawy wątek myśli staje się dopiero zrozumiały, gdy sobie uprzytomnimy, że cała nasza dotychczasowa wiedza o ewolucji suchot płuc u dorosłych opierała się wyłącznie na starem prawie

Louisa: „Les tuberculoses siègent primitivement au sommet des poumons, et elles y sont toujours plus anciennes qu'à la base”.

Tak nas jeszcze wszystkich uczono, aż do niedawna. Uważaliśmy też tę szkolną naukę za niezbitą prawdę, bo kojarzyły się tu dane anatomopatologii i kliniki w jedną nierozzerwalną i przekonywającą całość. Na stole sekcyjnym demonstrowano nam, jak w przypadkach ciężkich suchot śmiertelnych najstarsze i najdalej idące zmiany lokalizują się w szczytach, jak podstawa płuc natomiast wykazuje zmiany świeższe. Z tej chronologicznej kolejności zmian anatomicznych w płucu wynikała, zdawałoby się, w niezaprzeczalnym logicznym związku topografia szerzenia się suchot w kierunku apikokaudalnym.

Nic zatem dziwnego, że w konsekwencji powszechnie uznanego prawa *Louisa* klinika nieustannie zajmowała się poszukiwaniem i opracowywaniem wciąż nowych i finezyjnych metod badania fizykalnego celem wykrycia najsubtelniejszych zmian w szczytach, — tego, jak uważano, najwcześniejszego wyrazu zapowiadających się suchot. Zdawało się, że pogląd o apikokaudalnym szerzeniu się gruźlicy, panujący w przeciągu wielu dziesiątków lat, — ujęty nawet w prawo, — jest nienaruszalny w swych podstawach naukowych, i nie może już ulec żadnej rzeczowej krytyce.

Ale w związku z zapoczątkowaniami przez *Assmanna* i w następstwie stale rozszerzającymi się studjami rentgenologicznymi nad ogniskiem podobojczykowem, — w związku dalej z długotrwałymi klinicznymi obserwacjami nad ostatecznym losem chorych z gruźlicą szczytową, — zaczęto ostatnimi laty coraz częściej powątpiewać o wartości postulatów klasycznej, starej szkoły.

I w zależności od stopnia temperamentu poszczególnych badaczy pogląd o apikokaudalnym szerzeniu się gruźlicy u dorosłych zostaje albo mocno ograniczony w swem bezwzględnem zastosowaniu do wszystkich przypadków, albo też przez entuzjastów nowej nauki zupełnie „zdetronizowany” i „odsłany do historii medycyny do odnośnego rozdziału o naukach błędnych”.

(C. d. n.)

Streszczenia pojedyncze

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszów.

S. ZOLTAN. O śródbłoniakach górnych dróg oddechowych. (Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. Nr. 7, 1932).

Autor opisuje trzy przypadki śródbłoniaków górnych dróg oddechowych. W pierwszym przypadku guz przylegał do przegrody nosowej; usunięty przedstawiał typowy obraz *haemangioendothelioma*. W drugim — twór guzowaty znajdował się na podniebieniu miękkim; badanie histologiczne wykazało *lymphangoepithelioma*. W trzecim — wypełniał prawą jamę nosa w postaci tworów polipowatych — histologicznie *perithelioma*. Śródbłoniaki, zaliczane przez jednych autorów do grupy nabłonkowców, przez innych do mięsaków, atakują górne drogi oddechowe naogół rzadko. Najczęściej spotyka się je na podniebieniu miękkim w postaci guzów, posiadających własną torebkę, z której łatwo dają się wyluszczyć. Rzadziej spotyka się śródbłoniaki migdałków, nosa i krtani. We wszystkich powyższych przypadkach przebieg kliniczny był pomyślny. Najbardziej złośliwe są śródbłoniaki okolic tylnych nozdrzy oraz

zatok bocznych nosa. Przebieg kliniczny zawsze prawie bywa niepomyślny. Walczyć należy ze śródbłoniakami, tak jak ze wszystkimi nowotworami złośliwymi, a więc na drodze chirurgicznej lub drogą stosowania promieni Roentgena i radu.

L. Koenigstein.

Helene SZEKACS - FRIEDMAN. Badanie promieniami Roentgena wyrosli adenoidalnych. (Monatsschrift f. Ohrenheilkunde u. L. R. Heft 12, 1932).

W roku 1929 *Schüller* zapoczątkował badanie rentgenowskie wyrosli adenoidalnych. Autorka zastanawia się nad dwiema sprawami: 1) czy badanie rynologiczne zgadza się z wynikiem badań rentgenologicznych, 2) jakie praktyczne znaczenie ma badanie rentgenowskie. Pierwsze zagadnienie autorka rozwiązała w ten sposób, że po uprzednim zdjęciu rentgenowskim, wykazującym obecność wyrosli adenoidalnych, zostały wyrosła usunięte, następne kontrolne zdjęcia wykazywały brak cienia w miejscu zaciemnienia na zdjęciu przedoperacyj-

nem. Badania te były przeprowadzane na licznych materiale dziecięcym; dodatni wynik otrzymano w 90%. Praktyczne znaczenie badania rentgenowskiego wyrosła ma dużą wartość przy badaniu małych, b. niespokojnych dzieci, gdzie badanie rynologiczne nie daje się wykonać. Z obrazów jamy nosowo - gardzielowej, według badań B e r n f e l d a, można wnioskować o przebiegu operacji wyrosła oraz o ich skłonności do nawrotów.

L. K o e n i g s t e i n.

Kurt TSCHIASSNY. Krytyczne uwagi w sprawie leczenia migdałków promieniami Roentgena. (Monatsschrift f. Ohrenheilkunde u. L. R. Heft 12, 1932).

Terapia rentgenowska migdałków podniebiennych, zapoczątkowana w roku 1911 przez M e n z l a, zyskała sobie prawo obywatelstwa dopiero w 10 lat później, kiedy W i t h e r b e e opisał metodę naświetlania migdałków, wypróbowaną na b. licznych materiale. Rozważając krytycznie terapię promieniami R o e n t g e n a należy pamiętać przede wszystkim, iż wyluszczenie migdałków wyrugowało całkowicie ich wycięcie częściowe jako nie prowadzące do celu. S c h ö n f e l d i B a u m b a c h stwierdzili, że zmniejszenie się migdałków wystąpiło w 57% przypadków, często zaś pośród tej liczby obserwowali nawroty. Zapatrywanie, że naświetlanie prowadzi do spłaszczenia się krypt, a co zatem idzie do łatwiejszego odpływu ich zawartości zostało obalone przez badania histologiczne M a c r e a d y. Liczni autorowie (W i t h e r b e e, A m e r s b a c h, B o r a k) zauważyli, iż pod wpływem naświetlań występowały zaburzenia w wydzielaniu gruczołów jamy ustnej i gardzieli (klinicznie *laryngitis et pharyngitis sicca*), przemijającą sztywność muskulatury karku oraz możliwość niebezpieczeństwa (R e j t ö) ze strony zaburzeń tarczycy, grasicy i przysadki mózgowej. Autor obserwował przypadek dwuczasowego wyluszczenia migdałków, gdzie w 10 dni po prawostronnem wyluszczeniu, poddano naświetlaniu lewy migdałek. Tonsillektomia lewego migdałka w 5 tygodni od początku naświetlań wykazała jego powiększenie. Histologicznie stwierdzono powiększanie się ognisk rozmnażania, a w komórkach liczne figury podziału. Ten nadzwyczajny wynik naświetlania stoi w sprzeczności z terapeutycznym wpływem działania promieni R o e n t g e n a na migdałki podniebienne.

L. K o e n i g s t e i n.

A. FIEDOREJEW. Najbliższe i odległe wyniki radykalnego usuwania przerzutów do gruczołów i pierwotnych guzów szyi. (Wiest. Chir. i Pogr. Obl. z. 80—81. 1932).

Operacja C r i l e a w przerzutach do gruczołów i pierwotnych nowotworach szyi może dawać trwałe wyniki wyleczenia. Wskazania do tej operacji stawiano dotychczas w Instytucie Dukologicznym prawie wyłącznie w zrosniętych z mięśniami pierwotnych i przerzutowych złośliwych nowotworach szyi, jeżeli były one chociażby cokolwiek ruchome w stosunku do krtani, przetyku i kręgosłupa. Jak się zdaje, pożądane jest rozszerzenie tych wskazań i na niezrosnięte z mięśniami, lecz mnogie przerzuty do gruczołów, gdyż poza takimi mnogimi, chociażby i ruchomymi gruczołami ukrywają się zawsze głęboko siedzące gruczoły niedostępne dla obmacywania i radykalnego usunięcia bez usunięcia mięśnia mostkowo - obojczykowego i żyły. Jest rzeczą niewątpliwą, że takie rozszerzenie wskazań daje bardziej trwałe wyniki odległe. Usunięcie ogniska pierwotnego, szczególnie w jamie ustnej nie powinno się wykonywać jednocześnie z operacją C r i l e a wskutek dużej śmiertelności pooperacyjnej z powodu zachłystowego zapalenia płuc i innych powikłań. Jako prawidłowo należy przyjąć usuwanie z początku ogniska pierwotnego (koagulacja, leczenie radem), a dopiero w 2 tygodnie później wykonywanie operacji C r i l e a. W przypadkach obustronnego zajęcia

gruczołów szyjnych można wykonywać operację C r i l e a z obu stron w odstępie 2 — 3 tygodniowym, przyczem chorzy znoszą ją bez klinicznie wyrażonych zaburzeń krążenia. Wycięcie kawałka nerwu błędnego, wmurowanego w nowotwór podczas tej operacji nie prowadzi do żadnych powikłań pooperacyjnych; pozostaje jedynie „zachrypnięcie” głosu. Czynność poruszania głową po tej operacji nie ulega upośledzeniu, lecz w szeregu przypadków pozostają trwałe zaniki mięśniowe w zakresie obręczy barkowej, prowadzące do obniżenia się barku. Umiejętnie zastosowane leczenie promieniami R o e n t g e n a i radem okazuje olbrzymie usługi przy przygotowaniu do operacji usunięcia przerzutów gruczołowych i pierwotnych nowotworów szyi. Dzięki temu leczeniu energią promienistą nowotwory zmniejszają się 2 — 3 krotnie w swoich rozmiarach pierwotnych, stają się bardziej ruchomymi i dostępnymi dla operacji. Przy operacjach na szyi należy uwzględnić przypadkowe uszkodzenie przewodu piersiowego (*ductus thoracicus*), zaś w przypadkach jego zranienia należy nałożyć szew, co chroni przed ciężkim wpływem chłonki w okresie pooperacyjnym.

H.

Choroby kobiet i położnictwo.

A. MANDELSTAMM i W. CZAJKOWSKI. Badania doświadczalne nad wpływem hormonu ciała żółtego na czas trwania ciąży. (Zbl. Gynaek. N. 39, 1932).

Czas trwania ciąży można u zwierząt ssących (myszy) sztucznie przedłużyć zapomocą hormonu ciała żółtego; pod jego wpływem przedłuża się również czas trwania aktu porodowego. Hormon ciała żółtego hamuje w doświadczeniach pobudzające bóle porodowe działanie follikuliny na ciążarną macicę. Należy przyjąć, że rozmaity czas trwania ciąży u kobiety, który fizjologicznie waha się między 270 a 290 dniami, naogół jednak w o wiele szerszych granicach (216 — 320 — 349 dni), i rozpoczęcie aktu porodowego zależą w znacznym stopniu od czynnościowego cofania się ciała żółtego, gdyż z ustaniem jego hamującego działania rozpoczynają się pod wpływem follikuliny i pituitryny bóle porodowe.

H. L.

J. v. KHRENINGER - GUGGENBERGER i K. SCHURER. Wahania czasu trwania ciąży u człowieka w zależności od pory roku. (Zbl. Gynaek. N. 36, 1932).

Krzywe, podające czas trwania ciąży, wykazują pewne zwiększenie się liczby przypadków w przedłużonym o około 6 dni czasie trwania ciąży u dzieci, urodzonych latem. Krzywe wagi nie wykazują u K u e s t n e r a większych różnic, w przypadkach autorów wyższa waga częstsza była u dzieci, urodzonych latem; w kontrolowanych przypadkach jednakże stwierdzano częściej większą wagę u dzieci, urodzonych w zimie. Krzywe długości ciała przy urodzeniu w niekontrolowanych przypadkach nie wykazują różnic, podczas gdy w kontrolowanych stwierdza się częściej większy wzrost u dzieci, urodzonych latem. Widać z tego, że wprowadzie prosta „statystyka kart szpitalnych” z ich nieścisłymi danymi wykazuje większą częstość dłuższego czasu trwania ciąży u dzieci, urodzonych zimą. Jednak statystyka jest zupełnie nieścisła, wobec czego należy odrzucić tezę o większej częstości dłuższego czasu trwania ciąży latem. Zagadkę można rozwiązać w ten sposób, żeby obliczać te przypadki nie według miesiączki, lecz według skontrolowanego terminu poczęcia. Lecz zebranie dużego skontrolowanego materiału z podaniem terminu poczęcia przez pierwiastki nasuwa olbrzymie trudności.

H. L.

M. WACHTEL. Nowoczesne ułatwienie porodu. (Zbl. Gynaek. N. 38, 1932).

Na podstawie bogatego materiału uniwersyteckiej kliniki położniczej w Monachjum dochodzi autor do wniosku, że

w duochinie (firma dr. R. et dr. O. Weil, Frankfurt a. M.) posiadamy rzeczywiście pozbawiony niebezpieczeństw, bardzo skuteczny i tani preparat, który daje najbardziej jednolite i najlepsze wyniki w osiągnięciu łagodzenia bólów w okresie wypędzania. Składa się on z chinin „Weil” w dawce 0,2 gr., skopo-sommacetin w dawce 0,4 gr. (w tem 0,575 mgr. skopolaminy) i pyrasulf w dawce 0,2 gr.

H. L.

P. WERNER. Leczenie raka narządów płciowych kobiecych. (Wien. med. Wschr. N. 38, 1932).

Najczęściej stosowane dzisiaj leczenie raka kobiecych narządów rodnych przedstawia kombinację operacyjnego i naświetlań. Otrzymane zapomocą tej metody wyniki przewyższają w znacznym stopniu wyniki, które dają inne metody. Dalszej istotnej poprawy wyników należy obecnie oczekiwać nietylko od dalszej rozbudowy metod operacyjnych i naświetlań, ile od możliwie wczesnego rozpoznania i rozpoczęcia leczenia chorych z rakiem.

H. L.

F. GEPPERT. Zalety szyjnego cięcia poprzecznego. (Zbl. Gynaek. N. 39, 1932).

Szyjne cięcie poprzeczne w całej swej rozciągłości przypada równie przy nierozwiniętym jeszcze dolnym odcinku macicy na część szyjną. Jest ono fizjologiczne, gdyż odpowiada kierunkowi włókien mięśniówki. Można je wykorzystać prawie bezkrwawo, gdyż oddzielanie może nastąpić na tępo w kierunku przebiegu naczyń. Pozwala ono uniknąć zetknięcia się z okoliceami zakaźnymi. Szyjne cięcie poprzeczne pozwala na zupełne czynnościowe rozciągnięcie się kanału przejścia i ułatwia dzięki temu przejście główki. Stwarza ono idealne warunki szwu. Leży ono w końcu zabiegu prawie niewidoczne od góry w miednicy małej. Zostaje ono przykryte bez wysiłku nie przez otrzewną pęcherzową, lecz przez sam pęcherz moczowy. Wskutek swego pomyslnego położenia w miednicy małej i normalnego ułożenia pęcherza moczowego możliwe jest w przypadkach niezupełnie bez zarzutu przeprowadzenie w idealny sposób drenowania gaza przetrzemi między pęcherzem moczowym a cięciem szyjnym. Szyjne cięcie poprzeczne przestawia wskutek swego głębokiego położenia, swych pomyslnych warunków zeszycia i swego mocnego zlepiania z pęcherzem teoretycznie najlepszy środek zapobiegawczy przeciwko późniejszemu pęknięciu.

H. L.

A. A. LIEBIDIEW, A. D. KALJUTA, A. N. MIEDWIEDIEWA. Stan czynnościowy układu siateczkowo-śródbłonkowego w rozmaitych postaciach zakażenia poporodowego. (Ginekol. i Akusz. Nr. 1, 1932).

Najbardziej pełne pojęcie o stanie czynnościowym układu siateczkowo-śródbłonkowego można otrzymać w każdym poszczególnym przypadku zapomocą określenia wskaźnika czerwieni kongo i wzoru krwi. Badania autorów wykazują, że we wszystkich przypadkach schorzeń poporodowych wskaźnik czerwieni Kongo jest niższy, niż normalnie; te przypadki w których wskaźnik czerwieni Kongo jest wysoki (powyżej 0,5), przebiegają łżej. Jednakże, ponieważ zakażenie poporodowe jest procesem dynamicznym, w przebiegu którego mogą się zmieniać warunki zarówno ze strony makroorganizmu, jak i mikroorganizmu, wobec czego bezwzględnej wartości wskaźnika czerwieni Kongo można przypisywać znaczenie tylko wtedy, jeżeli go określać powtórnie. Za pomyslny należy uważać taki wskaźnik czerwieni Kongo, który zostaje przez cały czas wysoki albo też, będąc zrazu niskim, stopniowo się zwiększa. Odwrotnie, jeżeli wskaźnik czerwieni Kongo pozostaje przez cały czas niski lub jeszcze bardziej się zmniejsza — wskazuje to na ciężkie schorzenie. Przy takim obrazie stracili autorzy 3 chore. Obli-

czając jednocześnie ogólną liczbę czerwonych ciałek krwi i ilość hemoglobiny, można sądzić o stopniu szerzenia się procesu. Przesunięcie obrazu, krwi dowodzi niedostatecznego przejawiania przez komórki siateczkowo-śródbłonkowe własności fermentacyjnych w kierunku rozszczepienia zararka i jego toksyn; przeważne zwiększanie się liczby komórek obojętnochłonnych (pałeczkowatych i segmentowanych) przemawia za energicznym rozszczepianiem czerwonych ciałek krwi i toksyn; zwiększanie się liczby limfocytów i komórek plazmatycznych dowodzi dobrych zdolności fermentacyjnych i dostatecznej syntezy. Należy obowiązkowo odróżniać pierwotną niedokrewność od takiej, która pojawiła się w przebiegu zakażenia. Jeżeli niedokrewność wystąpiła w przebiegu zakażenia, a towarzyszy jej silne przesunięcie obrazu nalewo i niski wskaźnik czerwieni Kongo, jest to prognostycznie oznaką ciężkiego zakażenia ogólnego. Niedokrewność przy znacznym przesunięciu wzoru naprawo i niskim wskaźniku czerwieni Kongo dowodzi silnego zatrucia; w tych samych przypadkach lecz z wysokim wskaźnikiem czerwieni Kongo należy myśleć o przewlekłej postaci zakażenia. Niedokrewność i znaczne powiększenie się liczby obojętnochłonnych (pałeczkowatych i segmentowanych) przy niskim wskaźniku czerwieni Kongo mówi o rozległym szerzeniu się procesu ropnego. Niski wskaźnik czerwieni Kongo przy normalnej liczbie czerwonych ciałek krwi i ilości hemoglobiny bywa w lekkich, przeważnie miejscowych schorzeniach, które zwykle kończą się dobrze. Takie same znaczenie posiada wysoki wskaźnik czerwieni Kongo przy normalnej ilości hemoglobiny i normalnej liczbie czerwonych ciałek krwi. Określanie stanu czynnościowego układu siateczkowo-śródbłonkowego w przebiegu zakażenia poporodowego posiada duże praktyczne znaczenie, ponieważ pomaga prawidłowo klasyfikować, stawiać rokowanie i kierować leczeniem tego lub innego schorzenia.

L. I. H.

Choroby dzieci.

E. HÄSSLER i L. MÖLLER. Klinika i rokowanie w goścu, płasawicy i zapaleniu wsierdza u dzieci. (Jahrb. f. Kind. 86, Zesz. 5/6).

Autorowie na podstawie obserwacji 256 przypadków gościa stawowego, płasawicy i zapalenia wsierdza u dzieci doszli do wniosków następujących. Gościec i płasawica są cierpieniami rzadkimi przed 5-ym rokiem życia (w literaturze najmłodsze dziecko chore na płasawicę miało niespełna 3 lata), największa zaś częstość tych schorzeń przypada na okres czasu od 8 do 11 roku życia, natomiast wady zastawkowe wskutek zmian zapalnych wsierdza (niema tu oczywiście mowy o wadach wrodzonych) spotykamy nieraz bardzo wcześnie. Należy zaznaczyć, że serca, obarczone wadą wrodzoną, mają specjalną skłonność do schorzeń zapalnych. Co do etiologii chorób t. zw. reumatycznych niemożna wyłączyć pewnego obciążenia dziedzicznego, ponieważ nieraz stwierdzamy w wywiadach liczne przypadki schorzeń gościcowych u rodziców. Dla rokowania nie ma to zresztą znaczenia, bo dzieci obciążonych rodziców nie chorują ciężiej niż inne. Autorowie nie wierzą we wpływ wilgotnego mieszkania na powstanie chorób gościcowych, ponieważ u swoich pacjentów b. rzadko znajdowali ten szczegół w wywiadach. Związek z gruźlicą jest bardzo wątpliwy. Zdaniem ich, istnienie ognisk z przewlekłym stanem zapalnym (migdały, zęby) ma dość ważne znaczenie w etiologii badanych schorzeń, aczkolwiek pamiętać należy, że ogniska takie znajdują się u b. wielu skądinąd zdrowych dzieci. Dla rokowania, zwłaszcza przy goścu stawowym, ma ogromne znaczenie szybkość opadania krwinek, co jest najczulszym objawem niewygasłej infekcji. Przy niepowikłanej płasawicy opadanie krwinek jest normalne. Przy schorzeniach serca utrzymywanie się szybkiego opadania krwinek daje złe rokowanie, jednak powrót jego do normy nie wy-

łącza możliwości nawrotu zapalenia wsierdza. $\frac{2}{3}$ dzieci chorujących na gościec po raz pierwszy odzyskuje zupełnie zdrowie z chorujących zaś powtórnie już tylko $\frac{1}{3}$. Z pośród leczonych przez autorów 256 dzieci zmarło około 20%. Złe rokowanie co do życia daje *rheumatismus nodosus*. Co do leczenia autorowie starają się opanować ognisko choroby, dopóki opadanie krwinek nie stanie się normalne. Za przykładem B a u m b a c h a i S c h ö n f e l d a naświetlali zmienione migdały promieniami R o e n t g e n a, ale spodziewanych wyników nie otrzymali (na 40 dzieci tylko 18 nie miało nawrotów). Co do tonillektomji autorowie nie są zbyt gorącymi jej zwolennikami, sądzą jednak że w wielu przypadkach uzyskali dzięki niej wyraźną poprawę. Co do leków autorowie rzadko tylko stosowali *natr. salicylicum*, a częściej aspirynę i atofan. Lepsze wyniki otrzymali przy podawaniu piramidonu (dzieci do lat 10 dostawały 0,3 cztery razy dziennie, a starsze do 2 gr. dziennie). W przypadkach, w których piramidon zawodził, nie pomagały też i inne leki. Po leukotropinie i trypaflawinie specjalnie dobrych wyników nie widzieli, a to samo stosuje się do szczepionki arthigon, którą stosowali u 71 dzieci. Płasawicę leczyli arsenem i bromem, a wreszcie (34 przypadki) nirwanolem. Ten ostatni zawsze dawał poprawę, ale recydywy zdarzały się nie rzadko. Nirwanolu obawiają się nieco ze względu na opisane w literaturze zejścia śmiertelne po chorobie nirwanolowej. W razie wystąpienia niedomogi serca stosują strofantynę (0,3 mg) w 10% roztworze glukozy, następnie *digitalis i scillaren* w czopkach. Autorowie podkreślają, że chore dzieci należy jak najdłużej przetrzymywać w szpitalu.

H. P e t r y n o w s k a.

E. G. SCHMITZ. Djeta cukrowa stosowana w ropomoczu u dzieci. (Jahrb. f. Kinderheilk. Wrzesień 1932, zes. 5/6).

Opierając się na materiale 96 przypadków ropomoczu, leczonego dietą cukrową, autor gorąco poleca tę metodę. Schemat postępowania był następujący: u niemowląt poniżej 6 miesięcy 2 dni cukrowe, podczas których dziecko dostawało do litra płynu + 15% cukru. Po dwóch dniach zastępuje się stopniowo posiłki cukrowe w cięższych przypadkach przez mleko kobiece + 8% cukru, w lżejszych przez mleko kobiece lub maślanek + 10% cukru; następnie stopniowo przechodzi się na mleko krowie + 8% cukru. U starszych dzieci zaczyna się również od dwóch dni cukrowych, poczem stosuje się trzy dni „półcukrowe” t. j. z rana posiłki cukrowe, popołudniu niesolona jarzyna z masłem i papki węglowodanowe. W dalszym ciągu stosuje się tę samą dietę, dodając co 3 dni po 100 gr. mleka. Jako cukier, autor stosował mało słodki cukier gronowy Dextropur, który jest przyjmowany przez dzieci bez oporu, a wskutek szybszej resorpcji nie daje dyspepsji fermentacyjnej. Oprócz wspomnianej diety autor wcześniej podawał po 100 — 200 cm³ wody Wildungen, przyczem picie jej zalecał jeszcze w przeciągu 4 tygodni po klinicznym wyleczeniu. Lecząc ropomocz w powyżej opisany sposób, autor miał niską śmiertelność, wynoszącą zaledwie 3%.

H. P e t r y n o w s k a.

E. GYÖRGY. Podawanie doodbytnicze osocza krwi u niemowląt. (Monatsschr. f. Kinderheilk. S. 54. Zeszyt 5).

U wcześniaków i małych niemowląt, gdzie transfuzja

lub nawet zastrzykiwania krwi domięśniowe wskutek słabego rozwoju mięśni są utrudnione, wskazane jest podawanie osocza krwi ludzkiej w lewatywie. Osocze to przygotowane jest w ten sposób, że krew zbiera się do kolby, zawierającej 0,1 cytratu rozpuszczonego w kilku cm³ wody, potem wiruje się, odlewa i przechowuje w lodówce. Na dawkę daje się 15 — 20 cm³ co 2 — 3 dni. Autor stosował takie lewatywy z dobrym wynikiem w 1) grypie i innych schorzeniach gorączkowych, 2) w ciężkich zmianach skóry (*furunculosis, erythrodermia desquamativa*), 3) u wcześniaków, które przez długi czas nie przybierały na wadze.

H. P e t r y n o w s k a.

Käte FREUND. O opiece nad wcześniakami na oddziałach dziecięcych. (Zeitschr. f. Kinderheilk. T. 53, Zeszyt 4, 1932).

Śmiertelność wcześniaków jest ciągle jeszcze bardzo wysoka, mimo że statystyki poszczególnych szpitali nie uwzględniają zazwyczaj największej liczby przypadków śmierci, przypadającej na pierwszy tydzień życia t. j. na okres gdy noworodki przebywają jeszcze w zakładach położniczych. Najpomyślniejsze rezultaty miała dotychczas klinika bazylejska i szpital norymberski, w których śmiertelność waha się od 22,4 do 24,2. Ostatnio w nowej klinice drezdeńskiej osiągnięto niebywale jak dotąd niską śmiertelność 12,9%. Chodzi tu o 93 przypadki, przyjęte w przeciągu roku 1930. Z pośród 12 przypadków śmierci było 6 zejść w pierwszym tygodniu życia. Na zapalenie zrazikowe płuc zmarło ogółem 3 dzieci, dyspepsja nie dała ani jednego zgonu. Dzieci żywiono 6 razy dziennie, przyczem ilości zależne były od wagi dziecka przy urodzeniu. Ważącym 1000 gr. dawano 6 × 30 gr. mleka kobiecego, ważącym 1200 — 6 × 35, ważącym zaś więcej tyle, aby iloraz energetyczny wynosił 105. Już w 2-gim tygodniu życia dodawano dziennie 1 — 2 gr. plasmonu, a poczynając od 3 tygodnia dokarmiano maślanek z mondaminą i cukrem S t o e l t z n e r a. 2 tygodnie przed wypisaniem przechodzono na zwykle mieszanek. U dzieci, nie chcących ssać, stosowano karmienie sondą. W razie napadów asfitycznych dostarczano dziecku tlenu, i to zazwyczaj przywracało stan normalny. W uporczywych przypadkach robiono zastrzykiwania lobeliny, a w razie osłabienia serca podawano kardjazol i adrenalinę. Do osiągnięcia wagi 1500 gr. wcześniaki leżały w wannach C r e d e g o, potem w zwykłych łóżeczkach, ogrzewanych gorącymi butelkami. Przewijanie miało miejsce tylko przed posiłkami, a więc 6 razy dziennie. Wypisywano dzieci po osiągnięciu przez nie wagi 2500 gr., o ile matka miała nadal karmić w domu, w przeciwnym razie dopiero po osiągnięciu wagi 3000 gr. Niezmiernie baczna uwagę zwracano na wyłączenie źródeł możliwej infekcji i członkowie personelu klinicznego w razie najlżejszego zajęcia jamy nosowo-gardłowej musieli natychmiast przerywać pracę w zakładzie. Nie stosowano żadnych leków profilaktycznych przeciw krzywicy lub anemji, dopiero w razie występowania *craniotabes* podawano dziennie 2 krople vigantolu na kilo wagi. Autorka wyraża nadzieję, że przy starannej opiece niski procent śmiertelności 12,9 może ulec dalszemu obniżeniu.

H. P e t r y n o w s k a.

Oceny książek

Prof. Dr. Henryk NUSBAUM. Zarys etyki lekarskiej. Poznań. Nakładem Archiwum Historji i Filozofji Medycyny. 1933.

Książka, w nagłówku wymieniona, powstała z wykładów w Uniwersytecie Warszawskim, jest więc drogowskazem moral-

nym dla przyszłych lekarzy, jest mądrym doradcą, jak w różnorodnych, często trudnych do rozwikłania zagadkach życia lekarskiego postąpić winien przyszły adept medycyny, aby nie uchybić szczytnemu powołaniu swemu. Bo nie jest słuszne zdanie, że etyki uczyć nie trzeba, że człowiek moralny, uczciwy nie

nieetycznego nie popełni. Nie, tak nie jest: człowiek najzaciej-
szy może przez nieświadomość postąpić wbrew nakazowi etyki,
a światła rada, przykład z przeszłości lub zdanie, niegdyś prze-
czytane mogłoby go przed błędem ostrzec. A ta rada, ten przy-
kład, to przeczytane zdanie—to przecież nauka. Toć w każdym
niemal poważnym utworze beletrystycznym lub dramatycznym
kryje się jakaś nauka moralna, zwrócenie uwagi na niedostrzeżo-
ne dotychczas niedomagania etyczne lub cięta satyra, potępiająca
pewne kierunki, zabobony, wykroczenia przeciwko moralności
albo błędy, nieświadomie popełniane. Toć i wychowanie domo-
we, wpajanie zasad moralnych, kształcenie charakteru — to są
zadania, wchodzące w zakres nauki, zwanej pedagogiką. Zapew-
ne, nikt nie zasiądzie nad podręcznikiem etyki, aby się nauczyć
być moralnym, ale nieraz może nadarzyć się potrzeba poinformo-
wania się, jak też uczony filozof zapatruje się na to lub owo za-
gadnienie etyczne. A zwłaszcza, gdy idzie o etykę zawodową:
tak samo, jak w razie wątpliwości, dotyczącej rozpoznania lub
leczenia danej choroby, lekarz zagląda do odpowiedniej książ-
ki, tak samo radę mądrą znaleźć może w podręczniku etyki le-
karskiej, gdy stanie przed zawodowym dylematem moralnym.
Prawda, kazuistyka tego rodzaju może być tak różnolita i trud-
na do przewidzenia, że czasem tylko takt i sumienie lekarza,
wobec braku odpowiedniego przepisu w książce, decydować
może, ale w sprawach zasadniczych dobra książka będzie zawsze
mądrym doradcą. A w kwestjach ważniejszych, związanych z
odpowiedzialnością sądową, powołanie się na autorytet znako-
mitego autora podręcznika etyki lekarskiej może być bodaj jedyną
obroną lekarza. Myśli powyższe rozwinąłem na usprawiedliwie-
nie wykładów i podręczników etyki lekarskiej. Gdy B i e-
g a n s k i pisał swoje znane powszechnie aforyzmy, to chyba
miał na celu propagandę szlachetnych postulatów etycznych;
gdy taki światły lekarz, jak M a t l a k o w s k i, z żalem spo-
wiał się przed przyjacielem swoim, Zygmunt K r a m-
s z t y k i e m, że, gdyby nie zły stan zdrowia, to napisałby
książkę o postępowaniu lekarskim, — to chyba marzył tylko
o wydaniu podręcznika etyki lekarskiej, t. j. jak pisał, „zbioru
rad filozoficznych i dobrych”. Takim zbiorem rad filozo-
ficznym i dobrym, rad szlachetnych i głęboko przemyślanych,
ujmujących przytem swoją prostotą i trzeźwością, jest „Zarys
etyki lekarskiej” prof. N u s b a u m a. Niema tutaj ciężkiego
balastu naukowego, nie znajdzie tu czytelnik powtarzania, po-
wiedźmy poprostu, przepisania czy przetłumaczenia jakiegoś
dawniej wydanego Handbuchu; to, co nam dał N u s b a u m,
jest owocem jego własnych rozmyślań i własnego dłuгоletniego
doświadczenia. I dlatego czyta się jego książkę chętnie, z za-
jęciem, a nieraz i podziwem dla bystrości uwag, dotyczących
nie tylko strony zawodowej, ale i problemów społecznych i po-
litycznych. Poza poglądem ogólnym na etykę omówiony tu zo-
stał wpływ zawodu lekarskiego na ogół społeczeństwa, obowią-
zki lekarzy szkolnych i wojskowych, stosunek lekarzy do chorych,
uwagi o specjalnościach, z których nie wszystkim autor przy-
znaje rację bytu, o reklamach i honorariach lekarskich. Bardzo
ujemnie ocenia N u s b a u m przejście farmacji w dziedzinę
przemysłu. Dużo słusznych uwag robi autor w stosunku do ta-
jemnicy lekarskiej, omawia obowiązki lekarzy względem popie-

rania uzdrowisk krajowych, których gospodarkę krytykuje, oraz
poucza lekarzy zdrojowych o ich obowiązkach względem cho-
rych. Uznając wielką doniosłość Kas Chorych, N u s b a u m
okiem krytycznym patrzy na ich niedomagania. Rozdział o obo-
wiązkach lekarza w stosunku do poszczególnych chorych oraz
o wpływie czynników duchowych na sprawy chorobowe zawie-
ra wiele cennych uwag, które z wielką korzyścią przeczyta każ-
dy lekarz. Jeżeli, jak powiedział któryś z wielkich lekarzy nie-
mieckich, dobrym lekarzem może być tylko dobry człowiek,
to słusznie do cech tej dodaje N u s b a u m cierpliwość
i odwagę — cierpliwość w wysłuchiowaniu skarg chorego, odwagę,
gdy idzie o choroby zaraźliwe, epidemie, boje. Przy każdej spo-
sobności radzi jednak autor wystrzegać się przesady. Szkoda,
że w tej doskonałej książce brak rozdziału o stosunkach pomię-
dzy lekarzami, jak lekarz zachowywać się powinien względem
kolegów w rozmaitych sytuacjach życiowych — tu właśnie
mądra rada, trafne ujęcie zagadnienia byłoby bardzo pożądane
i zapobiegłoby mogło częstym konfliktom. Uwieńczeniem „Za-
rysu etyki lekarskiej” prof. N u s b a u m a jest ostatni
rozdział, zatytułowany: „Trzy ideały ducha ludzkiego i ustosun-
kowanie się do nich lekarzy”. Ideałami temi są: Piękno, Praw-
da i Miłość. Wzniosły jest ideał piękna, wspaniały — ideał
prawdy, ale „kto poświęcił się zawodowi lekar-
skiemu, niechaj raduje się rozkosznym poczuciem ideału piękn-
na, niech pomni, że świętym jego obowiązkiem jest miłować
ideał prawdy, ale li w warunkach, w których celem ideału tego
jest: być orędownikiem realizacji ideału dobra, orędownikiem
zwalczania bólu i cierpienia”.

W rozdziale tym przemawia N u s b a u m myśliciel,
poeta i apostoł.

Z. S r e b r n y.

ENGEL St. i SCHALL L. *Handbuch der Roentgendiag-
nostik und Therapie im Kindesalter*. Stron druku 720, ilustracy
637, nakładem Georg Thieme, Lipsk 1933.

Zbiorowy podręcznik, wydany przy współudziale lic-
znych fachowców rentgenologii dziecięcej obejmuje wszystkie
działy z dziedziny rozpoznawczej i leczniczej. Każdy dział przed-
stawia właściwie treściwy skrót zarówno własnych poglądów,
jak i doświadczeń innych autorów. Pod koniec każdego działu
znajdujemy specjalną pracę, poświęconą zsumowaniu zdobyczy
rentgenologicznych, uwzględniającą możliwość rozwoju rentge-
nologii na przyszłość. Prace nacechowane są wybitną znajomością
organizmu dziecięcego i jego właściwości. Technika badania
stoi na wysokim poziomie. Otrzymane wyniki potwierdzają w
zupełności obecne stanowisko znawców rentgenologii dziecię-
cej, iż jedynie udoskonalenia techniczne i obfite posługiwanie
się materiałem kliszowym, oparte na ścisłej współpracy z kli-
niką, uchronić nas może od fałszywych rozpoznań. Nic więc
dziwnego, iż w podręczniku tym, przeznaczonym w pierwszym
rzędzie dla rentgenologów, strona kliniczna każdej postaci cho-
robowej odgrywa dużą rolę. Materiał kliszowy po raz pierwszy
w literaturze pierwszorzędny. Krótki wskaźnik literalny przy
każdym poszczególnym dziale, szczegółowy — na końcu książki.

B. K r y n s k i.

Wskazówki praktyczne

Do zwalczania kaszlu poleca W. H o l d h e i m *Ace-
dicon*, derywat kodeiny, stojący w działaniu swem pomiędzy
kodeiną i morfiną. Lek ten okazał się bardzo skuteczny u su-
chotników z dokuczliwym kaszlem, w zapaleniu tchawicy, krta-
ni i gardzieli. W krwiopłuciu tam, gdzie silniejsze narkotyki,
jak morfina, są przeciwwskazane, jest acedicon szczególnie wska-

zany. Daje się 2 razy dziennie po 1/2 tabletki (0,0025) i wieczó-
rem całą tabletkę (0,005). (Med. Welt. 1932 N. 41).

— o —

M. G o l d s t e i n chwali bardzo nowy środek prze-
ciwnerwobólowy, przeciwgorączkowy i przeciwgoścowy — *Provi-
detten*, zawierające: *Phenacetin*. 0,15; *Acid. acetylo salicyl.*

0,3; *Chinin. tannic.* 0,04; *Acid. allylbutylbarhit.* 0,01; *Natr. bicarbon.* 0,025. Naogół wystarczają 3 pastylki dziennie, ale i podwójna ich liczba nie wywołuje żadnych objawów ujemnych, czasem wystarcza pół pastylki. (*Med. Welt.* 1932, Nr. 38).

— o —

L ó p e z L ó m b a podaje nadzwyczaj dodatnie wyniki leczenia *alkoholików wstrzykiwaniem ich własnej krwi*. U 24 nałogowych pijaków otrzymał zupełne lub prawie zupełne wyleczenie, które polegało na wstręcie do alkoholu i powrocie do pracy. Liczba zastrzykiwań wynosiła 10 — 15. (*Rev. méd. lat. - amer.* 1932 luty).

— o —

W zwalczaniu głodu morfinowego oddaje duże usługi leczenie *insuliną i cukrem gronowym*. Daje się 60 jednostek co 12 godzin, do tego czasami 25 ctm³ 25% cukru gronowego dożylnie lub 50 gr. dekstrozy doustnie. Na noc Somnifen, Brom lub Noctal. W zaburzeniach cielesnych doskonale działa Acetylcholina. (*Schw. med. Woch.* 1932, Nr. 40).

— o —

Na pęknięcia skóry i zapalenie torebek włosowych skrzydeł nosa oraz czyraki zewnętrznego przewodu słuchowego ma działać dobrze maść *Staphocolin*, zawierająca szczepionki bakteryjne, sporządzone na wzór przesączu *Besredki*. (*W. m. W.* 1932, Nr. 43).

— o —

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

Posiedzenie z dnia 14.VI.1932 roku.

1. Kol. P r e z e s wspomina o śmierci b.p. E. F l a t a u a i oznajmia, że Akademia ku jego czci odbędzie się na jesieni.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie na posiedzeniu bieżącym składa hołd G o e t h e m u, jako przyrodnikowi.

2. Kol. Z e m b r z u s k i L. (członek T-wa) wygłosił odczyt p. t. „*Johann Wolfgang Goethe a medycyna*” (streszczenie własne): Podniósł fakt, że G o e t h e w r. 1830 został wybrany na członka honorowego Warsz. Tow. Przyj. Nauk, prelegent scharakteryzował poglądy G o e t h e g o na medycynę i lekarzy. Autor „*Fausta*” od dzieciństwa często zapadał na zdrowiu, i okoliczność ta dawała mu sposobność do stałego niemal kontaktu z medycyną i lekarzami, których, zresztą, b. ceniał pomimo, że w niektórych utworach ośmieszał ich wzorem M o l i è r e a. G o e t h e nie tylko wypowiadał swe poglądy na różne schorzenia nerwowe, wewnętrzne, zakaźne, wieku dziecięcego i t. p., odznaczające się trafnością z punktu widzenia ówczesnej wiedzy lekarskiej, lecz był autorem poważnego dwutomowego dzieła „*Die Farbenlehre*” z zakresu optyki, z którego był wcale dumny i które bardziej cenił od swych utworów poetyckich. Pozatem G o e t h e opisał kość międzyszczerkową u człowieka oraz rozwój czaszki i wypowiedział słuszne poglądy na znaczenie medycyny społecznej (szczepień przeciw ospie, opieki nad matką i dziećmi, nad umysłowo chorymi i t. p.). G o e t h e sam siebie przenikliwie obserwował i starał się poznać swój stan somatyczny i psychiczny, co mu ułatwiały — jego znajomość przyrody i studia lekarskie w młodości. Na sztukę leczenia zapatrywał się z punktu widzenia naturystów, t. j. samolecniczych sił natury, którą uważał za obejmującą wszystko swą jednością. G o e t h e był zwiaśnutem filozofii romantycznej niemieckiej, a poglądy jego dualistyczne na odrębność dwóch światów — duchowego i materialnego — nie pozostały bez wpływu na umysły wybitnych biologów i fizjologów.

R o z p r a w y: Kol. M e l a n o w s k i W. (członek T-wa) (streszczenie własne): Za motto pracy o barwach G o e t h e g o słusznie uważać możemy jego własne słowa: „szara jest każda teoria, zato wieczne zielone jest drzewo życia”....

W pracy swej obejmującej przeszło 1000 stron obok historii nauki o barwach znajdziemy taką masę faktów, skrętnie dobranych i umiejętnie zestawionych, — że po dziś dzień materiał ten faktyczny przedstawia poważny dorobek naukowy. Z faktów, cytowanych przez G o e t h e g o, widać, że jest on poprzednikiem H e r i n g a i twórcą fizjologicznej teorii nauki o barwach. Jako żywy przykład słuszności, że nie H e r i n g o w i należy się pierwszeństwo, wystarczy chyba tych parę przykładów: przykl. 52. „Kiedy wieczorem w tawernie spojrzałem najpierw na urodziwą kelnerkę o białej twarzy, otoczonej nimbem ciemnych włosów, ubranej w szkarłat, a potem rzuciłem wzrokiem w ciemną dał izby, to na tle szarych ścian dojrzałem wyraźnie ciemną twarz, otoczoną jasną glorią i odzia- na w szmaragdowo zielone suknie”.

Czyż nie jest to ujęcie, z którego potem skorzystał H e r i n g — podobnie zresztą, jak i z szeregu innych spo-

strzeżeń, jak o dopełniającem zabarwieniu szarych przedmiotów, umieszczonych na tle błękitnem, żółtem, czerwonym i zielonem.

Są to tylko luźne fakty, ale one już dostatecznie ilustrują zasadnicze ujęcie przedmiotu przez G o e t h e g o, i nawet zarzucona obecnie i może niezasadniona jego teoria o ślepcie na barwy czerwoną i zieloną, która jakoby ma zależeć według G. od braku odczuwania barwy błękitnej (akyanoblepsia) — w niczem nie ujmuje jego zasług i nie zmienia faktu, że spostrzeżenia G., dotyczące barw, ich tonów i kontrastów, służyły i służą dalej mogą za podstawę naukowych ujęć uogólnień.

Posiedzenie zamknięto o godz. 21 minut 15.

Zastępca Sekretarza Dorocznego: M. K r u s z ó w n a.

Prezes: Witold O r ł o w s k i.

Koło Lekarzy Miejskiego Powszechnego Szpitala na Radogoszczy w Łodzi.

Posiedzenie z d. 10 stycznia 1933 r.

Obecnych 33 kolegów.

Przew. Al. M a r g o l i s. Sekret. S. L e w i n.

1. Kol. St. W a r s z a w s k i przedstawia *przypadek niedokrewności pochodzenia trzustkowego*.

Chory lat 42, skierowany do szpitala z powodu silnych rozwolnień i znacznego osłabienia. Stan taki trwa od 4 lat z kilkoma przerwami kilkumiesięcznymi. Przy oględzinach chorego zwraca uwagę wybitna błądzość powłok. Badanie fizykalne poza nieznacznymi zmianami włóknistymi w szczytach płucnych i skurczowym szmerem nad koniuszkiem serca w narządach wewnętrznych nic nie wykazuje. Mocz bez zmian patologicznych. Stolec płynny, niezbyt obfity, bez śluzu, bez patologicznych resztek pokarmowych. Badanie morfologiczne krwi wykazało 2.000.000 czerw. c., Hb 25%, wskaźnik 0,62. Badanie treści żołądka po śniadaniu B c a s - E w a l d a: A 10, H 0, kwas mlekowy nieobecny. Badanie tejże treści metodą frakcjonowaną wykazuje stosunki wydzielnicze normalne. W kale krew utajona, ani pasorzyty nie wykryte. Badanie rentgenologiczne przewodu pokarmowego poza znaczną gastroenteroptozą zmian nie wykryło. Badanie rektoskopowe również zmian nie wykazało. Odczyn W a s s e r m a n n a we krwi wypadł ujemnie. Poziom mocznika we krwi normalny.

Badanie krwi, moczu i kału na diastazę wykazało znaczne podwyższenie jej w moczu (260 D) i we krwi, zmniejszenie w kale.

Mamy więc do czynienia z niedokrewnością o typie hipochromicznym, powstałym na tle schorzenia trzustki, którego charakteru na razie ustalić się nie dało. Chory opuścił szpital w stanie znacznej poprawy bez biegunek, z wzrostem liczby czerw. c. i Hb o 50%.

D y s k u s j a. Kol. Z y b e r t a n s k i zapytuje, czy nie należy przyjąć anemii jako schorzenia pierwotnego, a zaburzeń trzustkowych jako wtórnych.

Kol. T u r y n skłonny jest traktować przypadek jako *enterocolitis*, gdyż badanie rentgen. nie wykazało przyspieszenia ruchów jelitowych, a w kale brak patolog. resztek pokarmowych po diecie S c h m i d t a.

Kol. M a r g o l i s twierdzi, że djeta S c h m i d t a jest tylko przeciętnym obciążeniem trzustki, może więc lżejszych jej schorzeń nie wykrywać. Istnieją schorzenia trzustki, polegające nie tyle na jej niedomodze wydzielniczej, ile na nieprawidłowym kierowaniu zacyńów do krwi zamiast do jelita.

Kol. G r y n b l a t zapytuje, czy odwrotny kierunek wydalanania trzustkowego nie polega na jakiegokolwiek mechanicznej przeszkodzie.

Kol. W a r s z a w s k i stwierdza brak danych do istnienia mechanicznej przeszkody, natomiast skłonny jest do oparcia istoty schorzenia na zaburzeniu czynnościowym trzustki.

2. Kol. B a n a s z przedstawia *przypadek wodonercza z powodu zagięcia moczowodu*. Chory lat 24 miał przed 7 tygodniami atak gwałtownych bólów od prawego jądra ku górze wzdłuż pachwiny do prawej okolicy lędźwiowej. Badanie moczu w szpitalu żadnych składników patologicznych nie wykazało. Rentgenogram obecności kamieni nie wykrył. Pyelografja od dołu wykazała: opuszczenie prawej nerki poniżej XII żebrza, zagięcie moczowodu przy wyjściu z miedniczki, niewielkie wodonercze. Terapia — wysoka nefropeksja metodą M a r i o n a z przecięciem naczyń.

D y s k u s j a: Kol. K a n t o r uważa, że u chorego należało przed dokonaniem operacji zrobić kilka zdjęć kontrolnych, któreby może ujawniły przejściowy charakter zagięcia moczowodu, co daloby się usunąć drogą konserwatywną.

Kol. T u r y n opisuje przypadek wodobrzusza, który na sekcji okazał się olbrzymim wodonerczem z zagięciem moczowodu.

Kol. B a n a s z nie zgadza się z przypuszczeniem przejściowego zagięcia moczowodu w przypadkach, gdzie doszło do wodonercza. Za przyczynę zagięcia uważa opuszczenie nerki.

Posiedzenie z dn. 24 stycznia 1933 r.

Przew. Al. M a r g o l i s. Sekr. L e w i n.
Obecnych 33 osób.

1) Kol. G l a n t e r n i k omawia *przypadek krwotocznego duru brzuszego*.

D y s k u s j a: Kol. Z y b e r t a Ń s k i zwraca uwagę na ustępowanie krwotoczności po wygaśnięciu duru, co przemawia za toksycznym działaniem duru.

Kol. T e n e n b a u m wątpi o istnieniu krwotocznej postaci duru brzuszego, skłania się raczej do stwierdzenia istniejącej już poprzednio skazy krwotocznej.

Kol. W o l f s o n stwierdza, że etiologia krwotocznej postaci duru jest nieznana. Jest za stosowaniem transfuzji w każdym przypadku duru o ciężkim przebiegu.

Kol. M a r g o l i s jest zdania, że krwotoczna postać duru występuje u osobników predysponowanych. W czasie wojny postać ta była częsta na włoskim froncie wskutek nienormalnych warunków odżywiania (awitaminoza). Do czynnika predysponującego dołącza się czynnik durowy, gdyż każdy dur brzuszny połączony jest ze skłonnością do krwotoczności. W omawianym przypadku czynnikiem predysponującym była kiła (dotatni odczyn W a s s e r m a n a).

2) Kol. B a n a s z demonstuje 3 pyelogramy: 1) rozszerzenie kielichów i miedniczki z nieznaczem opuszczeniem nerki, 2) rozszerzenie kielichów z brakiem miedniczki, 3) znaczne wodonercze i znaczne rozszerzenie moczowodu ze zwężeniem i zagięciem jego w kształcie pętli.

D y s k u s j a: Kol. G o l d b l u m kwestionuje opuszczenie nerki jako przyczynę demonstrowanych zmian. Skła-

nia się raczej do istnienia niewykrytej kamicy.

Kol. A k s e l r a d jest za dokonaniem zdjęcia bez masy kontrastowej, co może wykryć istnienie kamienia.

Kol. B a n a s z omawia przyczynę schorzeń w 2 ewentualnościach: 1) dynamiczna teoria: zaburzenia w unerwieniu, następny zastój, rozszerzenie i wodonercze, 2) mechaniczna teoria: opuszczenie nerki, zgięcie moczowodu.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych

Na posiedzeniu Towarzystwa Gastro-Enterologicznego w Paryżu z dnia 14 listopada 1932 r. (Arch. des Mal. de l'App. Digest. et des Mal. de la Nutr. t. XXII, N. 10, 1932) mówił R. S c h i n d l e r (z Monachjum) o *endoskopji żołądkowej zapomocą elastycznego gastroskopu*. Badanie rentgenowskie daje dość zadawalniające wyniki, jeżeli chodzi o raka i prawdziwy wrzód trawienny, zwłaszcza jeżeli stosować metodę rysunku błony śluzowej; lecz w wielu postaciach nieżyty żołądka nie daje ono nic. Gastrofotografja, wprowadzona przez L a n g e g o i udoskonalona przez P o r g e s a, B a c k a i H e i l p e r n a, nie potwierdziła nadziei, w niej pokładanych, gdyż zdjęcia trudno jest interpretować, a szczególnie obrazy, przypisywane nieżytyowi żołądka okazywały się zwykle błędami. Natomiast gastroskopia daje równie jasne i dokładne obrazy, jak cystoskopia, laryngoskopia i oftalmoskopia. Powinna ona być panującą metodą badania we wszystkich chorobach żołądka. Szerszemu jej zastosowaniu stały dotąd na przeszkodzie dwie przyczyny. Po pierwsze, przy użyciu dotychczasowych sztywnych gastroskopów była ona metodą niebezpieczną (przedziurawienia przełyku). Po drugie, w wielu przypadkach koniec sztywnego przyrządu dotykał tylnej ściany żołądka bezpośrednio pod wpustem, wskutek czego nie można było przesunąć dalej gastroskopu, można zaś było oglądać jedynie górną część żołądka, nie widać natomiast było części głębszych, jamy odźwiernikowej, odźwiernika. Obu tym wadom udało się zapobiec zapomocą elastycznego, dającego się zginać gastroskopu, którego użycie nie przedstawia niebezpieczeństw, a który w krzywiznach, nie przekraczających 34°, daje obrazy dokładne i okragłe z zupełnie wystarczającą jasnością. Obecnie gastroskopia jest mniej nieprzyjemna dla chorych, aniżeli cystoskopia dla mężczyzny. Trzy kwadransy przed badaniem zastrzykuje się choremu dicodid i atropinę. Do znieczulenia gardzieli, które musi być zupełne, używa się pantokainy (znieczulenie następuje po 20 minutach). Gastroskop wprowadza się w położeniu na lewym boku. Do żołądka wdmuchuje się nieco powietrza; gastroskopia, oglądanie błony śluzowej, powinno trwać tylko około 2 minut. Małe polipy, raki można wykryć jednym rzutem oka, wrzód trawienny daje obraz nie do zapomnienia. Jeżeli zna się obraz normalnej błony śluzowej, łatwo jest stwierdzić zmiany, zależne od nieżyty żołądka: zwiększoną powłokę śluzową, rozlane zaczerwienienie lub ograniczone plamy czerwone, krwawienia, złogi barwnika, nadżerki, twory brodawkowate, ziarniste, polipowate i t. d. Prelegent odróżnia na podstawie obrazu gastroskopowego trzy postaci nieżyty żołądka: 1) nieżyt powierzchowny, 2) przerostowy i 3) zanikowy. Różniczkowanie między rakiem i wrzodem trawiennym zapomocą gastroskopu jest tak samo łatwe, jak na stole sekcyjnym. Rak wykazuje pokrycie owrzodzenia brudne, brunatne, fioletowe lub szare, złogi, których nigdy niema we wrzodzie trawiennym. W porównaniu z gastroskopią gastrofotografja jest tylko zabawką, natomiast radiologia zachowuje swe ważne znaczenie, jeżeli chodzi o dwunastnicę, woreczek żółciowy oraz w pewnych przypadkach o krzywiznę małą jamy odźwiernikowej.

O d c i n e k

Lekarze i naukowcy w Z.S.R.R.

Wrażenia z podróży naukowej.

Podał

S. MILLER (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 7).

Mówiąc o życiu naukowym współczesnej Rosji należy również poświęcić kilka słów głównemu przedstawicielowi świata naukowego Z. S. R. R.

i to tembardziej, gdy się miało możność utrzymania z nim osobistego kontaktu.

Iwan Pietrowicz P a w ł o w *) liczy obecnie 82 lata. Mimo jednak swego podeszłego wieku jest człowiekiem niezmiernie czynnym. Kierownictwo pracowni, które mu podlegają, spoczywa w jego ręku nie tylko nominalnie, ale i faktycznie. Sam on

*) J. K o n o r s k i i S. M i l l e r: I. P. P a w ł o w (w 80-tą rocznicę urodzin). Warsz. Czas. Lek. N. 51. 1929.

rozdziela tematy, sam czuwa nad ich wykonaniem, sam myśli nad związaniem zagadnień, które wpływają z poczynionych doświadczeń. Większość jego współpracowników nie przedsięwzię żadnego kroku samodzielnie, bez odpowiednich, szczegółowych dyrektyw Mistrza. Oczywiście, kierowanie tak wielką liczbą doświadczeń, jaka codziennie jest wykonywana w jego pracowniach, wymaga nadzwyczajnej pamięci. Ale P a w ł o w może się poszczycić tem, że pamięta, jak się wabi każdy ze stu kilkudziesięciu psów jego pracowni, że wie, jakie tematy na każdym z nich były robione, że pamięta imiona i „otczestwa” wszystkich swoich byłych i obecnych współpracowników. Ktoś go trafnie porównał z wirtuozem — szachistą, który gra jednocześnie wiele partij i pamięta wszystkie swoje posunięcia.

Młody jest nie tylko duchem, lecz i ciałem. Jego drobna figura z nieproporcjonalnie dużą, charakterystyczną głową jest w ciągłym ruchu. Chód ma szybki i sprężysty, chociaż utyka na złamaną przed paru laty nogę. Podczas rozmowy żywo gestykuluje.

Prowadzi b. regularny tryb życia — każda jego godzina ma określone przeznaczenie. Jest punktualny co do minuty. Zdaje się, że jest to jedyny człowiek w całej Rosji, który pracuje 6 dni w tygodniu i odpoczywa w niedzielę.

W środy odbywają się zwykle zebrania wszystkich współpracowników P a w ł o w a, na których Iwan Pietrowicz omawia wyniki prac bieżących i dzieli się ze swymi uczniami tem, co przez ubiegły tydzień obmyślił.

P a w ł o w jest czystym typem syntonika — stanowi on jakgdyby żywą ilustrację teorii K r e t s c h m e r a, teorii, zresztą, sam nie uznaje*) Trzymając się klasyfikacji H i p p o k r a t e s a, zalicza on siebie do „choleryków”. W stosunku do swego otoczenia jest niezmiernie prosty, kontakt z nim jest bezpośredni i bliski, tak, że w rozmowie zatracą się zupełnie poczucie dystansu, jaki mu się z racji jego wieku i zasług należy. P a w ł o w jest wybuchowy, łatwo się zapala i unosi, nie liczy się wówczas z wyrażeniami, w sprzeczce łatwo potrafi obrazić kogoś z kim rozmawia. Ale również łatwo uspakaja się, uraz długo nie pamięta, zaczyna żałować, że się uniósł, bez wahania przeprosza tego, kogo obraził.

Do ogólnej charakterystyki należy tu jeszcze dodać cykloidalne fazy depresji, o których niekiedy sam wspomina w rozmowie.

Z tego syntonicznego charakteru P a w ł o w a, wynika jego stosunek do nauki. Jest on czystym empirykiem. Teoria, choćby najpiękniej zbudowana, nie ma dlań niego najmniejszego znaczenia, o ile fakty należy pod nią podciągać, a nie wypływać z nich samorzutnie. To, do przesady niekiedy doprowadzone, podporządkowanie faktom doświadczalnym wszelkich koncepcyj teoretycznych jest wyrazem jego ścisłego współżycia z realną rzeczywistością.

P a w ł o w z zasady nie uznaje tego, do czego nie doszedł sam, drogą własnego rozumowania

*) Raz w rozmowie z P a w ł o w e m, pragnąc go co do słuszności tej teorii przekonać, przytaczałem mu jego własną osobę za przykład — lecz i to nie odniosło skutku.

W dyskusji woli zawsze zająć stanowisko przeciwne lubi zaprzeczyć tezie, którą mu jego rozmówca narzuca. Jest w nim jakaś przekora, lecz daleki jest od dogmatyzmu. Jeżeli w toku rozmowy dojdzie do konkluzji sprzecznej z poprzednio zajętem stanowiskiem, nie waha się ani chwili poprzednie swe stanowisko odrzucić. To też, poglądy jego na różne kwestje naukowe ulegają ciągłym zmianom w zależności od nowootrzymanych faktów doświadczalnych. Ale, aby przekonać o czemś P a w ł o w a, należy mu te fakty umiejętnie dawkować, pozwalać po kolei je strawić i odpowiednio kierowanymi pytaniami doprowadzić do tego, aby P a w ł o w sam doszedł do żądanych uogólnień.

Proces tworzenia wszelkich koncepcyj myślowych jest u P a w ł o w a wybitnie sytoniczny. Przysnaję on sam, że nie jest zdolny do zastanawiania się nad żadną kwestją w samotności. Musi mieć zawsze kogoś, z kim by się dzielił ciągle swojemi myślami. Dlatego też, każdemu po kolei, kto wchodzi do jego gabinetu, opowiada rzeczy, które go w danej chwili interesują. Nie ma na celu pouczenia słuchacza, nie pragnie również zasięgnąć jego zdania, ale czyni to z jakiejś wewnętrznej potrzeby. Tem zaś ciąglem opowiadaniem jednego i tego samego najlepiej krystalizuje on swoje poglądy. Jak widać z tego zachowania się P a w ł o w a, miano „żywiłowego djalektyka” jakim go obdarzają komuniści, jest tu słuszne podwójnie*) Ta djalektyczna metoda myślenia P a w ł o w a pozwala jego uczniom obserwować tworzenie się różnych jego teoryj *in statu nascendi*: nie biorąc w ich powstawaniu bardziej czynnego udziału, spełniając rolę niezbędnych katalizatorów.

Rozmowę ściśle naukową P a w ł o w lubi przeplatać poruszaniem spraw bardziej ogólnych — naukowych, społecznych lub politycznych, opowiadaniem przeżyć własnych i wspomnień z lat minionych. Lubi się dzielić z otoczeniem swoim bogatym doświadczeniem życiowym. Uczniowie P a w ł o w a często przychodzą do jego gabinetu nie poto, aby poradzić się z nim co do prowadzenia doświadczeń, ale prosto, aby zacząć rozmowę na dowolny temat i posłuchać, co Iwan Pietrowicz opowie. A opowiadania jego są tak ciekawe i uwagi tak głębokie, że niekiedy żał się robi, iż niema pod ręką stenografa, któryby to wszystko, co P a w ł o w mówi, spisał i potem przekazał potomności...

P a w ł o w jest obecnie w Rosji osobistością niezwykle popularną. Wśród ludności krąży o nim różne anegdoty, związane ze znanym powszechnie negatywnym jego stosunkiem do władz. Trzeba jednak przyznać, że ów stosunek w ostatnich czasach ogromnie złagodniał. Źródło tego konfliktu z władzą należy raczej szukać w samym charakterze P a w ł o w a, aniżeli w jego poglądach politycznych. Wrodzona jego charakterowi przekora czyni go wiecznym opozycjonistą — takim był zawsze i takim pozostał. Jako człowiek, który nade wszystko stawia swobodę przekonań osobistych, nie jest on zdolny uznać żadnych poglądów, które mu są narzucane. To dokumentowanie na każdym kroku swej niezależności przekonań jest samoobroną

*) Termin „stichijnyj djalektyk” bywa stosowany do tych, którzy oficjalnie nie stoją na gruncie djalektyki materialistycznej, ale są nimi w gruncie rzeczy.

organizmu syntonika przed niezgodnym z jego naturą dogmatyzmem. Władza sowiecka nie wyciąga jednak z owego negatywnego do niej stosunku wielkiego uczonego żadnych konsekwencji. Nietylko popiera wszelkie poczynania naukowe P a w ł o w a, ale otacza i jego samego niezwykle pieczołowitą opieką i każde pragnienie jego natychmiast zaspakaja. Oczywiście, takie postępowanie powinno obowiązywać... Ale, znając prawosć charakteru Pawłowa, rozumiemy, iż to jeszcze bardziej utrudnia zmianę jego stanowiska wobec władzy. Trzeba przyznać, że te momenty psychologiczne są tam w należytej mierze oceniane przez czynniki miarodajne.

Dla stosunków naukowych Rosji Sowieckiej P a w ł o w stanowi symbol pewnego problemu, który jest tam obecnie szeroko omawiany, i od którego rozwiązania w znacznym stopniu zależą dalsze losy nauki rosyjskiej. Problemem tym jest kwestja apolityczności nauki. Przy bliższym zapoznaniu się z tem zagadnieniem, nie wydaje się ono tak absurdałne w swem założeniu, jak wygląda na pierwszy rzut oka. Ostatecznie bowiem, nawet najbardziej czysta nauka nie operuje nigdy prawdą absolutną. A jeżeli tak, to czy ma ona prawo być jedynym wyjątkiem i wyłamywać się z pod wpływu, którym są objęte obecnie wszystkie dziedziny życia społecznego Z. S. R. R.? P a w ł o w, wielki uczony — nie-marksista, swoją działalnością naukową, zdaje się jednym odpowiadać na to pytanie twierdząco, innym przecząco, i dlatego dookoła jego osoby toczy się obecnie ta cała dyskusja¹⁾.

* *

*

Opisując życie naukowe Rosji Sowieckiej, starałem się uczynić to możliwie obiektywnie. Zarówno dodatnie, jak i ujemne strony tego życia znalazły w referacie moim odpowiednie miejsce. Prawda, że zapewnienie takie można znaleźć w każdym niemal artykule, opisującym życie obecnej Rosji. Liczba tych reportaży w naszej prasie ogromnie wzrosła ostatnimi czasy. Autorzy ich jednak, po większej części literaci — turyści, zwracają może zbyt wielką uwagę na artystyczną formę swych utworów, mniejszą zaś na realizm opisu²⁾. Mówię tu o tym realizmie, który sięga głębiej

¹⁾ Problem ten jest b. ciekawie ujęty w sztuce A f i n o g e n o w a p. t. „Strach”. Prototypem głównego jej bohatera, prof. B o r o d i n a, jest właśnie P a w ł o w.

²⁾ Ich artykuły mają się do rzeczywistości sowieckiej tak, jak reportaż C h o r o m a n s k i e g o do właściwego życia Tworek (por. Wiadomości Literackie 1932).

w strukturę obserwowanego życia i, starając się odkryć prawdziwą przyczynę różnych jego przejawów, nie zadawała się ujęciem czysto powierzchownem. Nie dość jest zachwycać się czemś z miną „entuzjasty”, lub jako „sceptyk” potępiać. Opisując z tą samą uwagą rzeczy przelotne i przemijające, co trwałe i istotne, nie narusza się zasad szczerzego obiektywizmu, ale wówczas błoto Magnitogorska nabiera większego znaczenia od nowozmontowanego blumingu*). Być może, że z punktu widzenia czysto literackiego, przy oglądaniu budującej się fabryki należy większą uwagę zwracać na zabrudzone wapnem deski, które po jej ukończeniu zostaną wyrzucone — wątpię jednak, czy na podstawie opisu tych desek można sobie wyrobić właściwy pogląd o samej fabryce. Rosja współczesna jest właśnie taką budującą się fabryką: zamiast klatek schodowych mamy w niej zabrudzone deski i rusztowania, po których budowniczy niekiedy nie może przejść, nie narażając swego życia.

W moim referacie, choć trzymałem się również metody czysto opisowej, starałem się właśnie wydobyć pewne momenty bardziej istotne w tej nowopowstającej budowli, jaką jest Rosja Sow. Tam, gdzie widziałem rusztowania, zwracałem uwagę na ich tymczasowość, próbowałem wyjaśnić, jakie jest ich przeznaczenie. Nie wiem, czy mi się to udało — w każdym razie, pragnąc uniknąć rozdzielenia na „sceptyka” i „entuzjastę”, wołałem różne fakty powiązać ze sobą przyczynowo. Nie chcąc zaś podzielić roli owego przysłowiowego „głupiego” któremu pokazano połowę roboty, wołę z wnioskami ostatecznymi poczekać do jej ukończenia.

Wnioski, które nastroczają mi się obecnie w związku z moim pobytem w Z.S.R.R. dotyczą innej sprawy. Od 15 zgorą lat nauka polska odgraniczyła się całkowicie od wpływów idących ze wschodu. Jeżeli przenikają do nas wiadomości o zdobyczach współczesnej nauki rosyjskiej, to czerpiemy je prawie wyłącznie z drugiej ręki — z literatury zachodniej. Mam jednak wrażenie, że zdobycze te nie są do pogardzenia, i że unikanie ich sprawia nam więcej szkody, niż pożytku. Wszelki postęp myśli naukowej zależy od wyników dotychczas osiągniętych. Znajomość ich budzi nowe zagadnienia, daje podstawę do tworzenia nowych metod, do szukania nowych dróg poznania. Czyż, zamiast stawiać chiński mur od wschodu, nie należałoby raczej wykorzystać swoich warunków geograficznych i językowych do źródłowego poznania prac naukowych, prowadzonych po tamtej stronie granicy? Pozostając jednocześnie pod stałymi wpływami nauki zachodniej, mielibyśmy wówczas możliwość tworzenia nowych syntez — nowych wartości naukowych.

*) Janta - Połczyński. Wiadom. Liter. 1932.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Z Państwowej Szkoły Higijny.

Czy międzynarodowy handel kobietami i dziećmi istnieje na Wschodzie?

Podala

Halina SIEMIENSKA (Warszawa).

Liga Narodów nieustannie i konsekwentnie bada i ustala wielkie szlaki międzynarodowego handlu kobietami i dziećmi. Po przeprowadzeniu szczegółowej ankiety w krajach europejskich, śródziemnomorskich i amerykańskich w r. 1930 została zorganizowana i wysłana Komisja Ekspertów z misją objechania krajów Bliskiego, Środkowego i Dalekiego Wschodu. W skład Komisji wchodził: dyrektor Sekcji Prawniczej Amerykańskiego Związku Higieny Społecznej Bascom J o h n s o n, lekarz chorób wenerycznych, dr. Alma S u n d q u i s t (szwedka), i b. kierownik Poselstwa Polskiego w Chinach, p. Karol P i n d o r.

Zadania Komisji ograniczono do wykazania: w jakim stopniu istnieje międzynarodowy handel kobietami i dziećmi na Wschodzie?

Ankieta miała obejmować poza prostytutkami także i zawodowe artystki, kontraktowane pierwotnie w celach artystycznych, a potem zmuszane do prostytucji. Warunki każdego kraju miały być zbadane oddzielnie, i, jakkolwiek studja Komisji miały być utrzymane wyłącznie w ramach międzynarodowości tego zagadnienia, jednak zgóry przewidywano, że pewne formy narodowego handlu kobietami i dziećmi nie dadzą się oddzielić od jego form międzynarodowych.

Komisja powróciła do Europy na wiosnę r. 1932, zwiedzając wszystkie większe miasta, a zwłaszcza porty: Japonji, Chin, Hong-Kongu, Macao, Wysp Filipińskich, Indochin, Siamu, Cieśniny Malakka, Sfederowanych Stanów Malajskich, Niesfederowanych Stanów Malajskich, Wschodnich Indyj Holenderskich, Indyj Wschodnich Brytyjskich, Ceylonu, Persji, Iraku, Syrii, Palestyny.

Dla zdobycia jaknajściślejszych danych w stosunkowo najkrótszym czasie Komisja przyjęła następującą metodę postępowania: opracowała szczegółowy kwestionariusz i rozesała go do punktów zwiedzanych z prośbą, aby zainteresowane czynniki zawczasu przygotowały odpowiedź, następnie po przyjeździe i zaznajomieniu się z odpowiedzią na kwestionariusz, zawierającą ustawy, przepisy obowiązujące, wykazy statystyczne, opisy poszczególnych wypadków i t. d., Komisja przeprowadzała rozmowy z władzami, organizacjami społecznymi, osobami prywatnymi, zwiedzała zakazane dzielnice, oraz instytucje opiekuńcze i t. d.

Dla nawiązania kontaktu z szerszą publicznością Komisja zazwyczaj po przybyciu do danego miejsca umieszczała w prasie treściwy komunikat, informujący o celach i zadaniach Komisji i o historii współpracy międzynarodowej w zakresie walki z handlem kobietami i dziećmi.

We wszystkich krajach wizytowanych Komisja szukała śladów międzynarodowego handlu kobietami i dziećmi, t. zn. handlu między Azją, a innymi częściami świata, oraz pomiędzy poszczególnymi krajami i terytoriami Azji.

Pomiędzy ofiarami handlu żywym towarem z Zachodu na Wschód Komisja napotkała kobiety następującej narodowości: niemieckiej, amerykańskiej, austriackiej, angielskiej, australijskiej, kanadyjskiej, francuskiej, greckiej, węgierskiej, włoskiej, łotewskiej, litewskiej, polskiej, rumuńskiej, rosyjskiej i szwajcarskiej.

Handel kobietami Zachodu jest uprawiany w 2 kierunkach: na Bliski Wschód i na Środkowy i Daleki Wschód. Cechą charakterystyczną pierwszego jest, że zachodnie prostytutki przyjmują mieszaną klientelę, t. zn. europejczyków i bogatych krajowców, drugiego — że zachodnie prostytutki przyjmują tylko Europejczyków, bardzo rzadko bogatego krajowca. Dawniej w Środkowym i na Dalekim Wschodzie stosunki znacznie mniej sprzyjały życiu rodzinnemu, aniżeli dzisiejsze. Europejczycy przyjeżdżali sami, i ten fakt wywoływał zapotrzebowanie prostytutek zachodnich — dziś te stosunki uległy zmianie z powodu zwiększonej liczby małżeństw, przybywających z Europy, i ruchu, zmierzającego do zastąpienia kobiet zachodu przez rosjanki i kobiety pochodzenia mieszanego.

Na Bliskim Wschodzie, zwłaszcza w Syrii, prostytutki zachodnie są najczęściej ofiarami handlarzy żywym towarem. Wprawdzie, ażeby móc otrzymać prawo wjazdu do Syrii, władze wymagają od kandydatki przedstawienia kontraktu z zarejestrowanym domem publicznym, przyczem przepis ten ma zmierzać do ograniczenia przyjazdu obcych prostitutek, jednak w rzeczywistości może być różnie interpretowany i nie utrudnia działalności wszelkiego rodzaju stręczycieli.

W Środkowym i na Dalekim Wschodzie ruch prostitutek do miejsc, w których istnieją autoryzowane domy publiczne, również ma wszelkie znamiona handlu żywym towarem. I miasta, posiadające domy publiczne, tworzą jednolitą sieć, wewnątrz której kobiety są przewożone z jednego miejsca eksploatacji do drugiego.

W niektórych miejscowościach, np. w Kalkucie — policja nie rejestruje kobiety zachodniej bez zaświadczenia, że poprzednio już była prostytutką — oczywiście, warunek ten jest niezmiernie łatwy do wypełnienia i obejścia. Ponieważ nie obowiązuje on gdziekolwiek, posyła się kandydatkę np. do Madras, a potem po paru dniach wraca ona do Kalkuty. W dodatku w rzeczywistości przepis ten jest czczą formalnością, bo na decyzję policji kalkuckiej kandydatka oczekuje w domu publicznym.

Połowa prostitutek europejek przybywa na Wschód pod opieką sutenerów, a i wśród tych, które podróżują same, przeważnie niema wyzwolonych z pod wpływu sutenerów, o czym świadczą stale posyłane im przez nie pieniądze.

Według danych statystycznych największa liczba sutenerów pochodzi z Korsyki, Algieru i Włoch. Działalność francuskich sutenerów dawniej centralizowała się w Saigonie, dziś na skutek energicznej akcji władz i konsulatów zainteresowanych — znikli z Saigonu i starają się przedostać na Daleki Wschód przez Kochinchinę.

Naogół należy stwierdzić, że prostytutki pochodzenia angielskiego, amerykańskiego, australijskiego i kanadyjskiego są bardziej niezależne od prostitutek pochodzenia europejskiego i rzadziej są wyzyskiwane

przez sutenerów. Przytem liczba prostytutek amerykańek pierwotnie pokaźna, dziś spadła prawie do zera dzięki stanowczej i konsekwentnej polityce władz amerykańskich.

Handel kobietami zachodnimi na Wschód ma ułatwioną działalność wśród 2 kategorii osób, których zawód ułatwia przejście do skomercjalizowanej prostytucji — a to wśród artystek widowiskowych i zawodowych tancerek.

Na Bliskim Wschodzie, np. w Beyruth, wiele znajduje się zawodowych tancerek, pochodzących przeważnie ze wschodniej i środkowej Europy oraz z Francji. Dyrektorzy zakładów widowiskowych angażują artystki i tancerki za pośrednictwem agentów i uzyskują dla nich łatwo prawo wjazdu, legitymując je właśnie owymi kontraktami, przytem władze żądają gwarancji, że po wygaśnięciu kontraktu osoba angażowana będzie w stanie wrócić do pierwotnego swego miejsca zamieszkania. Wymaganą sumę w wysokości 600 fr. dyrektorzy są obowiązani odkładać z pobieranej przez artystki pensji. Cudzoziemki mogą pozostawać w Beyruth tylko przez czas 6 miesięcy. Zakład nie może zatrudniać powyżej 10 artystek i tancerek. W Bagdadzie liczba ta jest zmniejszona do 8. W Środkowym i na Dalekim Wschodzie artystki z Zachodu produkują się tylko w pierwszorzędnych hotelach, naogół jest ich mało, a jeszcze mniej fortancerek.

W grupie kobiet europejskich, uprawiających nierząd na Dalekim Wschodzie, liczebnie największą grupę stanowią *rosjanki*. Na skutek rewolucji bolszewickiej tysiące rosyjan—wyrzniętów i uchodźców—znalazło się w Mandżurji i w Chinach bez środków do życia i w konsekwencji towarzyszące im kobiety stawały się zdobyczą prostytucji i to w sposób bardzo prosty. Uchodźcy rosyjscy, przeważnie chłopcy, przechodzili na północy mało strzeżoną granicę rosyjsko - mandżurską. Przechodzili ją przy pomocy wysoko opłacanych chińskich konwojentów i dążyli w kierunku Charbina, aby tam znaleźć pracę. Po drodze, oszukiwani przez obcą ludność, łatwo wpadali w długi i byli zmuszani do zastawiania w formie zakładu za dług towarzyszących im kobiet, aż do czasu uiszczenia długu. Ponieważ to się rzadko zdarzało, więc wierzyciel pozostawiona u siebie kobietę zmuszał do nierządu we własnym domu, albo też ją sprzedawał i niestety dziś niema miasteczka w północnej Mandżurji, w któremby nie było prostytutki pochodzenia rosyjskiego. Druga liczna kategoria prostitutek — rosyjanek rekrutuje się z osiadłych dawniej rosyjan w miastach zachodnio - chińskiej linii kolejowej. Ta kategoria uprawia nierząd wyłącznie w miastach chińskich i zazwyczaj nie dociera do sąsiednich krajów Dalekiego Wschodu, a to ze względu na ostre przepisy graniczne

tych państw. Wobec tego możnaby problem prostytucji rosyjanek traktować jako jedną z form handlu „narodowego” Chin, niemniej wobec europejskiego pochodzenia ofiar, jak i ze względu na obsługiwanie przez nie cudzoziemskich kolonij, Komisja uważa problem prostytucji rosyjanek w Chinach jako jedną z form „międzynarodowego” handlu kobietami i dziećmi. Prostytucja rosyjanek w Chinach przedstawia wszystkie cechy prostytucji europejskiej, lub amerykańskiej: od najniższej formy — domów publicznych — do bardziej dyskretnych, ukrytych pod pozorami pracy zawodowej—artystek widowiskowych, fortancerek, kelnerek, manicurzystek i t. d. Prostytucja rosyjanek w domach publicznych jest liczebnie najmniej ważna — tych domów jest niewiele, i tylko mała liczba rosyjanek została tam wprowadzona gwałtem i podstępem, przeważnie pensjonariuszki weszły tam dobrowolnie wskutek braku pracy i nędzy. Natomiast w wielkich centrach przemysłowych, gdzie są liczne kolonie cudzoziemskie, rosyjanki mają prawie monopol na stanowiskach fortancerek, kelnerek w restauracjach rozmaitego typu, od najwspanialszych do najuboższych, które są właściwie tajnymi domami publicznymi. Pozatem rosyjanki uprawiają wszystkie inne formy tajnej prostytucji zachodu.

Jakież są przyczyny społeczne, wyjaśniające ofiarność omawianego zapotrzebowania ofiar handlu kobietami i dziećmi?

W okresie teroru rewolucji bolszewickiej tylko Chiny i parę państw europejskich otworzyło granicę dla uchodźców rosyjskich. W Chinach — rosyjanie mieli do pokonania nie tylko trudności językowe, ale i trudną nad wyraz konkurencję z robotnikiem i rzemieślnikiem chińskim, w przedsiębiorstwach zachodnich również prawie niemożliwe było znaleźć dla nich zatrudnienie wobec powszechnego zwyczaju angażowania swojej emigracji. Wszystkie te przyczyny zmuszały rosyjanki w walce o byt do wyzyskiwania jedyne go źródła dostępnego dochodu w postaci zadośćuczynienia zmysłom i potrzebie zabawy u mężczyzn. Oczywiście, zapotrzebowanie na prostytutki i fortancerkę w wielkich centrach handlowych Chin pobudza inicjatywę handlarzy żywym towarem do organizowania transportu rosyjanek z Mandżurji, a mianowicie, z Chabinu do Peipingu, Tientsinu, Tche-Fou, Tsing-tao, Chang-Hai i Hangkeou.

Często dziewczęta nie zdają sobie sprawy z konsekwencji zawartej umowy i orientują się poniewczasie. To też dopóki organizacje społeczne nie będą w stanie dostarczyć im uczciwych sposobów zarobkowania, dopóty będą one stanowiły łatwą zdobycz dla handlarzy i stręczycieli wszelkiego typu, żerujących na Dalekim Wschodzie.

(c d. n.)

Wiadomości bieżące

— O d e z w a.

Koledzy! W dniach 5 i 6 marca r. b. odbędzie się w Warszawie II-gi Krajowy Zjazd Lekarski TOZ'u. Zjazd ten poświęcony jest zagadnieniom biologji i patologji oraz sprawom ochrony zdrowia, medycyny i higieny społecznej wśród Żydów. Do obrad Zjazdu zgłoszono 50 referatów. Udział w Zjeździe zapowiedzieli przedstawiciele świata lekarskiego z 63 miejscowości kraju.

Pamiętaj! Chyba wszyscy Koledzy, jakim powodzeniem

cieszył się Pierwszy Krajowy Zjazd Lekarski TOZ'u, który skupił w podniosłym nastroju 273 lekarzy z wielu miejscowości Rzeczypospolitej Polskiej.

Księga pamiątkowa I-go Zjazdu, zawierająca 42 prace naukowe oraz dokładny przebieg dyskusji zarówno na plenarnych posiedzeniach, jak i w poszczególnych sekcjach, jest uwieńczeniem doniosłej pracy tego Zjazdu.

Zarząd Główny TOZ'u przez zwolywanie Zjazdów Lekarskich pragnie poddać kontroli naukowej doświadczenia i wy-

niki swej szeroko nakreślonej i rozgałęzionej pracy w wielu dziedzinach medycyny i higieny społecznej oraz przez zbiorowe i naukowe badania tych spraw ustalić drogowskazy dla tejże pracy na przyszłość.

Koledzy! Obowiązkiem naszym jest dopomóc TOZ'owi w tem dążeniu, tej poważnej jego inicjatywie. Pomoc ta wyrazić się może w liczny i czynny udział w obradach Zjazdu oraz w towarzyskim przyjęciu Kolegów, którzy z wielu miast kraju przybędą na Zjazd.

Nie wątpimy, że Koledzy okażą swe wydatne poparcie Zjazdowi, dopomogą, by był on doniosłym momentem w dziejach pracy lekarskiej oraz w utrwaleniu dalszego rozwoju pracy ochrony zdrowia wśród Żydów w Polsce.

K o m i t e t O r g a n i z a c y j n y Z j a z d u:
(—) (—) prof. A. Besredka (Paryż), dr. M. Biro (W-wa), dr. A. Bram (Częstochowa), dr. A. Braude - Hellerowa, dr. Z. Bychowski, dr. B. Chorążycy (W-wa), dr. G. Gierszun (Wilno), dyr. dr. A. Goldman, dr. H. Higier (W-wa), dr. S. Kon (Częstochowa), dyr. dr. J. Landau (Kraków), dr. G. Lewin (W-wa), dr. A. Lipnik (Grodno), dr. H. Mandelbaum (Lublin), dr. A. Rajgrodzki (Białystok), dr. W. Róbin (W-wa), dr. S. Schweig (Łódź), dr. J. Szwajcer, dr. A. Sołowiejczyk, dr. Z. Srebrny (W-wa), prof. dr. H. Strauss (Berlin), dr. J. Süsswein (Przemyśl), dr. C. Szabad (Wilno), dr. L. Szyfman, dr. M. Wolfson (Łódź), dr. L. Wulman (W-wa), dyr. dr. Zadok - Kam (Paryż).

— **D r u g i K r a j o w y Z j a z d L e k a r s k i T O Z ' u . P r o g r a m . P i e r w s z e p o s i e d z e n i e p l e n a r n e .**

Niedziela, dnia 5.III. 1933 r. początek o godz. 10-ej rano.

Zagajenie Zjazdu, przywitania oraz wybór Prezydium.

1. Dr. G. Lewin — Ochrona Zdrowia i eugenika u Żydów w Biblii i Talmudzie. 2. Dr. L. Wulman — 10-lecie pracy TOZ'u, jej zasady i wyniki.

1. **P a t o l o g j a Ż y d ó w .** 3. Dr. Z. Bychowski — Patologia ras ze szczególnem uwzględnieniem rasy żydowskiej. 4. Prof. Dr. H. Strauss (Berlin) — Patologia układu dokrewnego u Żydów. 5. Dr. H. Higier — Patologia układu nerwowego i psychopatologia Żydów. 6. Dr. J. Mackiewicz — Guzy mózgu wśród Żydów (na materiale Oddz. b. p. dra Edw. Flataua ze Szpit. Starozakonnych w Warszawie). 7. Dr. G. Bychowski — Specyficzne momenty nerwowości żydowskiej.

D y s k u s j a .

Zakończenie posiedzenia o godz. 14 m. 30.

D r u g i e p l e n a r n e p o s i e d z e n i e . Początek o godz. 16 m. 30. Dalszy ciąg. 8. Dr. L. Endelman — Ślepoty u Żydów. 9. Dr. L. Zamenhof — W sprawie patologii głuchoniemoty u Żydów. 10. Dr. C. Szabad (Wilno) — Zagadnienie płodności kobiet żydowskich. 11. Dr. A. Wirszubski (Wilno) — Demonologia Żydów. D y s k u s j a .

11. **C u k r z y c a i d j e t e t y k a .** 12. Dr. A. Itelson (Łódź) — O odrębnych cechach cukrzycy i cukromoczu wśród Żydów. 13. Dr. L. Szyfman (Łódź) — Gruźlica płuc jako częste powikłanie cukrzycy zwłaszcza u Żydów. 14. Dr. M. Girszowicz (Wilno) — O jednolitem ustaleniu diety w cukrzycy. 15. Dr. L. Szyfman (Łódź) — Nowe prądy w dietetyce a zadania TOZ'u. 16. Dr. F. Prasozkier (Łódź) — Dietetyczne znaczenie kuchni żydowskiej. D y s k u s j a .

Podział i ukonstytuowanie sekcji. Zakończenie o godz. 20-ej. Raut o godz. 21-ej.

Poniedziałek, dnia 6-go marca r. b. Początek o godz. 9 min. 15.

T r z e c i e p l e n a r n e p o s i e d z e n i e . Zagadnienie szpitalnictwa żydowskiego. 17. Dyr. Dr. A. Goldman — Obecny stan szpitali dla Żydów w Polsce. 18. Dr. E. Glikman (Otwock) — Udział lekarzy - Żydów w pracy szpitalnej. 19. Dr. M. Kowarski (Wilno) — Czy

są potrzebne specjalne szpitale żydowskie dla dzieci Żydowskich? 20. Dr. M. Niemczyk (Wołkowysk) — Szpitale Żydowskie w małych miastach. 21. Dr. M. Wolfson (Łódź) — Rola szpitali żydowskich i zakładów TOZ'u dla propagandy higieny wśród Żydów. D y s k u s j a .

Zakończenie posiedzenia o godz. 11-ej. Od godz. 11-ej do 15-ej posiedzenia sekcji.

I. S e k c j a G r u ż l i c y .

A. **Dział Kliniki Gruźlicy.** 22. Dr. M. Schieber (Ostrowiec) — Zastosowanie promieni Roentgena w leczeniu gruźlicy. 23. Dr. M. Bloch (Otwock) — Zdobyta rentgenologii na polu rozpoznania i leczenia gruźlicy płuc. 24. Dr. D. Jedwabnik (Wilno) — Doświadczenia z chirurgicznego leczenia gruźlicy płuc (z materj. sanatorium Tozu w Wilnie za okres 10-ciu lat). 25. Dr. M. Bloch (Otwock) — Postępy chirurgicznego leczenia gruźlicy płuc. 26. Dr. M. Lejzerowicz — Patogeneza i klinika astmy oskrzelowej z uwzględnieniem zjawisk tych u Żydów. 27. Dr. J. Seligowa — Znaczenie superinfekcji w gruźlicy płuc oraz wynikające stąd środki zapobiegawcze. 28. Dr. H. Reizenberg (Wilno) — Gruźlica górnych dróg oddechowych (nosa, gardła i krtani) na podstawie materiałów z sanatorium Tozu dla płucnych chorych (Wilno).

B. **Dział zapobiegania i walki z gruźlicą.** 29. Dr. J. Lipnik (Grodno) — Postępy walki zapobiegawczej z gruźlicą za ostatnie 10 — 15 lat. 30. Dr. M. Augarten (Otwock) — Obecny stan walki z gruźlicą na Zachodzie i u nas. 31. Dr. J. Lipszyc — Szczepienia Calmettea i ich skuteczność w walce z gruźlicą. 32. Dr. J. Flantz — Uwagi w sprawie pracy przychodni przeciwgruźliczych w Warszawie. 33. Dr. M. Weinthal — Sanatoria przeciwgruźlicze a gruźlica krtani.

II. **Sekcja Opieki nad Matką i Dzieckiem.** 34. Dr. M. Mayzner — Najnowsze metody szczepień przeciw błonicy i innym chorobom zakaźnym. 35. Dr. Lerner (Łódź) — Analiza przyczyn śmiertelności niemowląt a stacje Opieki nad Matką i Dzieckiem. 36. Dr. M. Szwalbe (Łódź) — Zadania eugeniczne stacji opieki nad matką i dzieckiem a regulacja urodzin. 37. Dr. Sedlic (Wilno) — Możliwy wpływ zapobiegania ciąży na przrość ludności żydowskiej. 38. Dr. S. Mandelsowa (Łódź) — Z działań poradni dla matek Tozu w Łodzi. 39. Dr. M. Mayzner — Drogi i cele opieki społecznej nad nieletniem dzieckiem opuszczonem. 40. Dr. M. Szwalbe (Łódź) — Zadania społeczno - lekarskie w dziedzinie opieki nad dziećmi opuszczonemi, oddanemi do prywatnego wychowania.

III. **Sekcja Opieki Lekarsko-Higienicznej w szkołach.** 41. Dr. J. Süsswein (Przemyśl) — Choroby nerwowe w wieku szkolnym. 42. Dr. H. Higier — Dzieci intelektualnie i moralnie upośledzone oraz przestępcy nieletni a szkoły specjalne i domy wychowawcze. 43. Dr. A. Uryson (Łódź) — Stan sanitarny i zdrowotny dzieci żydowskich w szkołach m. Łodzi, objętych sekcją higj. szkoln. Tozu. 44. Dr. M. Szwalbe (Łódź) — Rola współpracy opieki szkolnej w akcji kolonij letnich oraz higieny szkolnej. 45. Dr. L. Wulman — Na marginesie 10-letniej pracy Tozu w dziedzinie kolonij letnich. 46. Dr. J. Gelbfisz — 10 lat walki ze strupieniem wśród dzieci w wieku szkolnym i przedszkolnym (spostrzeżenia z działalności stacji przeciwstrupniowej Tozu w Warszawie). 47. Dr. H. J. Landau — Nawykowe zaparcie u dzieci szkolnych i środki wychowawczo - zapobiegawcze. 48. Dr. M. Goldinberg — Powikłania uszne w chorobach zakaźnych u dzieci (w świetle statystyki szpit. Starozak. za ostatnie 10 lat). 49. Dr. I. Silberstrom (Łódź) — Zasady szerzenia idei wychowania fizycznego wśród Żydów, ze szczególnem uwzględnieniem szkół żydowskich.

Zakończenie obrad sekcji o godz. 15-ej po południu.

C z w a r t e p l e n a r n e p o s i e d z e n i e . Początek o godz. 17-ej. 50. Dr. G. Kremer (Otwock) — Zagadnie-

nie walki z rakiem i zadania Tozu. 51. Dr. L. Müller (Kalisz) — Istota ostrego gościca i jego znaczenie jako zagadnienie społeczne.

Sprawozdanie z posiedzeń i obrad sekcji.

Dyskusja nad sprawozdaniami.

Powzięcie uchwał oraz sprawy organizacyjne. Zakończenie o godz. 19. m. 30.

Zamknięcie Zjazdu. Przedstawienie w teatrze.

R e g u l a m i n Z j a z d u.

1. Posiedzeniami plenarnymi Zjazdu kieruje Prezydium Zjazdu, wybrane przez Członków Zjazdu. Posiedzeniami sekcji kieruje Prezydium sekcji w składzie: przewodniczącego, jego zastępcy i sekretarza, wyznaczonych przez Prezydium Zjazdu.

2. Posiedzenia Plenarne Zjazdu oraz posiedzenia sekcji rozpoczynają się i kończą się w ściśle oznaczonym w programie czasie. Referenci zabierają głos w porządku, ustalonym przez Komitet Organizacyjny Zjazdu.

3. Dla każdego referatu wyznaczone jest maximum 15 minut, z wyjątkiem referatów na pierwszym plenarnym posiedzeniu, dla których Komitet Organizacyjny ustalił maximum 20 minut.

4. Członkowie Zjazdu mają prawo zabrać głos w dyskusji nie więcej niż 2 razy, przyczem za pierwszym razem — 5 minut, za drugim — 3 minuty. Rerefentom wyznacza się dla repliki maximum 10 minut.

5. Członkowie Zjazdu, uczestniczący w dyskusji, mają treść swoich przemówień podać na piśmie, na specjalnych kartach dyskusyjnych Zjazdu celem następnego wydrukowania w pamiętniku Zjazdu.

6. Referaty, wygłoszone na Zjeździe, mają być w ciągu miesiąca przesłane na piśmie do Centrali Tozu dla wydrukowania w pamiętniku Zjazdu.

7. Wnioski mogą być przez uczestników Zjazdu zgłaszane po uprzednim przedstawieniu ich do rozpatrzenia Prezydium Zjazdu.

8. W sprawie kart wstępu na Zjazd, ulg kolejowych, teatralnych, hotelowych i t. p. winni Członkowie Zjazdu zwracać się do odpowiednich stoisk w lokalu Zjazdu, wyznaczonych przez Komitet Zjazdu.

— Wycieczka do Londynu 1933. 13.VII. — 31.VII. na III Międzynarodowy Zjazd Pedjatrów.

Pragnąc umożliwić Kolegom i ich Rodzinom zwiedzenie Londynu, jego instytucji szpitalnych i społecznych, oraz udział w III Międzynarodowym Zjeździe Pedjatrów w dniach 20, 21, 22 lipca 1933 Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego organizuje wycieczkę statkiem Polsko Brytyjskiego Towarzystwa Okrętowego S. A.

W razie zgłoszenia się 50 osób uczestników Zarząd Gł. P. Tow. Ped. uzyskuje zniżkę za przejazd statkiem i pośredniczy w uzyskaniu tanich mieszkań w Londynie.

Koszta drogi z Gdyni do Londynu i z powrotem wraz z utrzymaniem na statku wyniosą:

Klasa I — ca. Zł. 315.— (£ 10.10.0).

Klasa II — ca. Zł. 255.— (£ 8.10.8).

Udział w wycieczce uprawnia do 50% zniżki kolejowej w drodze powrotnej z Gdyni do miejsca zamieszkania.

Koszta zamieszkania w czasie Zjazdu od dn. 17 do 27.VII. ca. Zł. 60.— dla uczestników, którzy zamówią dla siebie mieszkania w pokojach umeblowanych uprzednio w Zarządzie Gł. P. Tow. Ped.

Koszty utrzymania i zwiedzania będą wahały się od 15 do 20 zł. dziennie, czyli od 150 — 200.— za pobyt, w zależności od stopy życiowej.

Koszta organizacyjne 15.— zł. od osoby.

Koszta ogólne wycieczki za 10 dni wyniosą wobec powyższego ca. 480 do 590 zł.

Paszport zbiorowy załatwia Polsko-Brytyjskie Towarzystwo Okręt. S. A.

Program wycieczki:

13 lipca odjazd z Gdyni

16 lipca przyjazd do Londynu

17 do 27 lipca pobyt w Londynie

27 lipca odjazd z Londynu

31 lipca przyjazd do Gdyni.

Zapisy przyjmuje od dnia 1 stycznia 1933 r. Kancelaria Kliniki Chorób Dziecięcych Uniwersytetu Warszawskiego — Warszawa, ul. Litewska 16, tel. 8-29-43. Należność wpłaca się: zł. 150.— przy zapisie, zł. 150 w miesiąc później, reszta wypadająca z rozrachunku po porozumieniu.

W interesie zgłaszających się leży jak najwcześniejsze zapisanie, ze względu na liczne czynności związane z organizacją wycieczki.

(—) M. Michałowicz

Prezes Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego.

— Stacja szczepień przeciwgruźliczych wg. metody Calmette'a (B. C. G.).

Szczepienia przeciwgruźlicze B. C. G. wprowadzone przez Calmette'a we Francji, a przyjęte obecnie już prawie w całym świecie, stosowane są w Polsce od lat 6-ciu. Zapoczątkowane zostały w r. 1926 przez Polski Komitet Szczepień (w skład którego weszli przedstawiciele nauki) i Polski Związek Przeciwgruźliczy, jako badania naukowe i stosowane były początkowo w ograniczonej liczbie. Od r. 1928 szczepienia wprowadzone zostały na szeroką skalę i stosowane są obecnie w Warszawie prawie we wszystkich Zakładach położniczych, tak iż w chwili obecnej liczba zaszczepionych dzieci w Warszawie wynosi przeszło 8.000.

6-cio letnie stosowanie szczepień, oraz dokładna obserwacja dzieci szczepionych pozwala nam na ocenę tej metody zapobiegawczej. Sprawozdanie naukowe z wyników szczepień zostało ogłoszone w czas. „Gruźlica” 1932 r. VII Nr. 1 i Pedj. Polska 1. XII 22-3. Sprawozdanie to stwierdza zupełną nieszkodliwość szczepień, opierając się na ścisłych badaniach klinicznych, poza tem podkreśla zapobiegawcze znaczenie szczepień w gruźlicy dziecięcej, pod warunkiem, że szczepienia te przeprowadzone są ściśle według zasad z zastosowaniem ochrony dziecka przed zakażeniem w ciągu 4 tygodni po szczepieniu.

Dotychczas szczepienia stosowane były w Warszawie jedynie na oddziałach położniczych szpitali, w których szczepiono bezpłatnie na życzenie rodziców, w pierwszym rzędzie noworodki z otoczenia chorych na gruźlicę poza tem ze środowisk zdrowych.

Obecnie Polski Związek Przeciwgruźliczy pragnie udostępnić publiczności w szerszym zakresie korzystanie ze szczepień i w tym celu otwiera Stację Szczepień przeciwgruźliczych. Zamierzając spopularyzować szczepienia Polski Związek Przeciwgruźliczy kieruje się jednak wytyczną podaną jako wniosek ostateczny w naukowym sprawozdaniu ze szczepień, a która brzmi „III Szczepienia należy stosować jako jedną z metod walki z gruźlicą w wieku dziecięcym. O ile mają one osiągnąć swój cel, muszą być przeprowadzane prawidłowo t. zn. musi być bezwzględnie przestrzegana ochrona dziecka przed zakażeniem w pierwszych tygodniach po szczepieniu. Dlatego też masowe szczepienie może mieć zastosowanie jedynie tam, gdzie stosunki miejscowe dają gwarancję, że pomimo szerokiego stosowania szczepionki wszelkie warunki, od których zależy pomyślny wynik, będą dokładnie przestrzegane. Powinny one być przeprowadzone wyłącznie przez instytucje powołane do walki z gruźlicą przy pomocy odpowiednio zorganizowanego aparatu pielęgniarstwa lekarskiego”.

W myśl powyższej wskazówki zostaje zorganizowana Sta-

cja Szczepień przeciwgruźliczych i wydane nast. objaśnienie dla rodziców:

Rodzice chcący zaszczepić swe dziecko przeciwko gruźlicy powinni zgłosić swe życzenie osobiście Stacji szczepień przynajmniej na kilka dni przed spodziewanym porodem wzgl. po urodzeniu dziecka, przyczem winni udzielić stacji dokładnych informacji o swych warunkach mieszkaniowych, składzie rodziny i współmieszkańcach oraz ich stanie zdrowia.

Naskutek zgłoszenia stacja wydeleguje do mieszkania rodziny dziecka swoją pielęgniarkę, w celu stwierdzenia czy kto z rodziny lub współmieszkańców nie nasuwa podejrzenia, że jest chory na gruźlicę. Osoby takie pielęgniarka skieruje na koszt stacji do zbadania u specjalisty chorób płucnych. O ile badanie lekarskie stwierdzi u kogoś z współmieszkańców zakaźną postać gruźlicy, rodzice dziecka winni zobowiązać się do odosobnienia niemowlęcia od osoby chorej na okres 4 tygodni od daty zaszczepienia. Odosobnienie to o ile warunki mieszkaniowe rodziny (2 pokoje lub więcej) pozwolą, może się odbyć w mieszkaniu, w przeciwnym razie poród musi się odbyć w zakładzie położniczym, w którym noworodek zostanie zatrzymany na 4 tygodnie lub też oddany będzie na specjalny oddział izolacyjny szpitala dziecięcego.

Szczepienie noworodka musi nastąpić w ciągu pierwszych 10 dni po urodzeniu, a więc w 3, 5, 7; lub — 4, 6, 8, lub — 5, 7, 9, dniu po urodzeniu.

Szczepienie w domu wykona pielęgniarka Stacji.

Dziecko szczepione podlega badaniom lekarskim 1 lub 2 razy w ciągu roku, w terminach oznaczonych przez lekarza stacji szczepień.

Cena szczepień 10 zł. obejmuje szczepionkę, badanie osób podejrzanych o gruźlicę z najbliższego otoczenia dziecka, oraz okresowe badanie lekarskie dziecka szczepionego, w terminach oznaczonych przez Stację. Niezamożnym będą robione daleko idące ustępstwa.

Rodzice chcący zaszczepić dziecko obowiązani są do pisemnego wyrażenia zgody na powyższe warunki.

Stacja szczepień przeciwgruźliczych Polskiego Związku Przeciwigruźliczego zostaje uruchomiona w marcu r. b. i mieścić się będzie w Klinice Dziecięcej U. W. (ul. Marszałkowska 24).

Polski Związek Przeciwigruźliczy.

SPROSTOWANIE.

W N. 7 „W. Cz. L.” na stronicy 166 i 167 we wzmiance o mającej się ukazać książce prof. W. Orłowskiego, p. t. „Choroby serca i naczyń krwionośnych” mylnie wydruko-

wano, że książka ta będzie małego formatu, powinno być: dużego.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

21.II. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

I. Skłodowski J. i Trojanowski A. Przypadek tętniaka aorty z zanikiem tętna. 2. Freyd A. Gorączka maltańska. 3. Szokalski K. Anaemia secundaria c. achlorhydria.

22.II. Towarzystwo Okulistów Polskich Oddział Warszawski.

I. Odczytanie protokołu posiedzenia z dnia 18-go stycznia b.r. II. Pokazy chorych: a) Dr. J. Neuman. Trzy przypadki oparzenia gałki ocznej leczone operacyjnie. III. Odczyt: a) Doc. Dr. W. Melanowski. Sprawność narządu wzroku zależnie od oświetlenia. IV. Wybór Zarządu i Komisji Rewizyjnej O. W. T. O. P. na rok 1933.

23.II. Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa.

1) Zagajenie Prezesa. 2) „Kwadrans wiadomości i komunikatów ze świata”. 3) Referat dr. T. Mogilnickiego (Łódź): „Kształcąca rola szpitala”. 4) Dyskusja. 5) Wolne wnioski.

23.II. Polskie Towarzystwo Oto-Laryngologiczne.

I. Odczytanie protokołu poprzedniego posiedzenia. 2. Demonstracje chorych i preparatów. a) L. Lubliner — Przypadek raka przełyku. b) B. Karbowski — Zapalenie okostny wyrostka sutkowego na tle grypy. c) Zawadowski i Karbowski — Przypadek raka krtani, leczony rentgenem. d) J. Tencer — Przypadek guza tchawicy. 3. B. Karbowski — Z kazuistyki powikłanych spraw ropnych jam bocznych nosa. 4. Wolne wnioski.

27.II. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja kliniczna.

Pokaz. M. Fejgin i J. Rosenberg. Przypadek tętniaka tętnicy szyjnej wspólnej. Odczyty. a) K. Opaczki. Zwichnięcia patologiczne stawów biodrowych. b) A. Kryński i K. Opaczki. Rozpoznanie i leczenie t. zw. bursitis calcanea. c) L. Lipszowicz. Badania nad odruchem rogówkowo - podbródkowym Flatau.

TREŚĆ: L. JUSTMAN. Klinika nieżytu przewlekłego żołądka. (Dok.) — L. SELLIG. Radjodjagnostyka przewlekłego nieżytu żołądka. (Dok.) — T. STRYJECKI. Zastosowanie odczynu Biernackiego w kile. (Dok.) — J. BERMAN. O t. zw. nacieku wczesnym. (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — S. MILLER. Lekarze i naukowcy w Z.S.R.R. (Dok.). — H. SIEMIENSKA. Czy międzyrododowy handel kobietami i dziećmi istnieje na Wschodzie? — Wiadomości bieżące. — Sprostowanie. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich. SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: L. JUSTMAN. La clinique de la gastrite chronique. (fin). — L. SELLIG. Le radiodiagnostic de la gastrite chronique. (fin). — T. STRYJECKI. L'application de la réaction de Biernacki dans la syphilis. (fin). — J. BERMAN. Sur la soit disant infiltration précoce. (Rev. gén.). — S. MILLER. Médecins et hommes de science en U.S.S.R. (fin). — H. SIEMIENSKA. Est-ce que la traite internationale des blanches et des enfants existe en Orient?

CENY OGŁOSZEŃ:

Okładka tytułowa złotych 500.— Inne okładki oraz ogłoszenia w tekście: cała strona złotych 300.— pół str. zł. 160.—, ćwierć zł. 90.—

Ogłoszenia na miejscach nierezzerwowanych: cała strona zł. 250.—, pół str. zł. 140.—, ćwierć str. zł. 80.—, ósma część str. zł. 50.—

Załączenie wkładki do całego nakładu zależnie od wagi od zł. 200.— do 400.—