

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: WILHELM KNAPPE

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

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

Rok X

WARSZAWA, 20 KWIETNIA 1933 R.

Nr. 16

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

(Z przychodni skórno-wenerycznej Kasy Chorych w Warszawie)

O bizmutowym zatorze tętniczym.

Embolia cutis arterialis (medicamentosa) bismutica.

Podał

Józef Izidor MERENLENDER (Warszawa).

Leki wszelkiego rodzaju, wprowadzone w postaci wstrzykiwań domięśniowych, mogą — jak wiadomo — spowodować szereg zjawisk ubocznych miejscowych. Poza zdarzającymi się naciekami w miejscu wstrzyknięcia przetworów przeciwkłębowych, znane są, jeżeli chodzi o przetwory bizmutowe, następujące rzadkie stosunkowo powikłania miejscowe:

1) głębokie ropnie jałowe, występujące (w 1 do 3-ch miesięcy) po zabiegu domięśniowym i objawiające się w postaci twardych nacieków, bolesności, podwyższonej ciepłoty, przebiegające ropy nazewnątrz z wytworzeniem przetoki; przyczyną jest nie, raz rodzaj przetworu (np. wodorotlenek bizmutu); 2) ropnie posocznicze, jako skutek zakażenia pierwotnego; 3) obrzęk anafilaktyczny (*Gougerot*), występujący w kilka godzin po wstrzyknięciu w postaci twardego obrzmienia ropowiczego z nagłą wysoką ciepłotą; objawy cofają się po 1—2 dniach; 4) zapalenie włókniste mięśni (*myositis sclerotisans*) w postaci deskowatego stwardnienia mięśni, występujące przeważnie u chorych, którzy otrzymali już dużo wstrzyknięć domięśniowych; 5) torbiele oleiste wskutek wadliwego, niedostatecznego wessania się podstawy danego przetworu; 6) zator tętniczy skóry (*embolia cutis arterialis*), należący do niezmiernie rzadkich zjawisk.

Klinika bizmutowego zatoru tętniczego.

Bezpośrednio po wstrzyknięciu domięśniowym albo też w kilka godzin po zabiegu występuje w pośladku niezwykle silny ból, który może również promieniować do odpowiedniej kończyny. Ból ten jest długotrwały i tak dokuczliwy, że wymaga stosowania środków nar-

kotycznych. Podwyższona ciepłota (nawet do 39°) bywa niekiedy spostrzegana, ale nie jest objawem stałym, znamionym. Niebawem następuje obrzmienie pośladka; zjawia się osobliwe, charakterystyczne krwawo-czerwone zabarwienie skóry, które stopniowo przekształca się w osutkę siatkowatą. Niekiedy w osutce tej odróżnić można 3 okręgi (*Barthèlemy*): a) wewnętrzny — na początku bledy, później czerwono-fioletkowy, otoczony b) charakterystycznym pasmem marmurowatym, przypominającym siność (*livedo*); c) zewnętrzny, pokrzywkowaty. W przypadkach mniej nasilonych siność objawia się w postaci siatki, składającej się z niebieskawo czerwonych, nienacieczonych, ale rozgałęzionych pasm z okrągłymi pętlami, otaczającymi skórę niezmienną (*Freudenthal*). Całość niekiedy przypomina zmiany skóry, występujące po dłuższym używaniu poduszek nagrzewających (*Gaupp*). W dalszym przebiegu tego zespołu bóle stopniowo ustają, a marmoryzacja staje się mniej wyraźna i przechodzi w pigmentację. W większej części przypadków sprawa kończy się zupełnym wyleczeniem w ciągu 2 — 4-ch tygodni. Często jednak sprawa wkręca się w zgorzel. W cięższych przypadkach owrzodzenie zgorzelinowe może trwać długo, a zagojenie następuje po 2 — 3 miesiącach, nieraz dopiero po wyłyżeczkowaniu całej powierzchni (*Gougerot, Quenu*). Niekiedy mogą się dołączyć wtórne ciężkie zmiany mięśni lub też porażenia nerwów obwodowych (nerwu strzałkowego w przyp. *Gambella*), o ile wstrzyknięcie było dokonane w pobliżu pnia nerwowego.

Zależnie od nasilenia *Barthèlemy* ustalił 4 postacie omawianej sprawy: a) miejscowa osutka zatorowa (*l'exanthème embolique local*); b) osutka wybroczynowa i pryszczkowata (*le placard ecchymotique et phlycténulaire*); c) zapalenie skóry z sinością i zgorzelą (*la dermite livedoïde et gangréneuse*); d) głęboka zgorzel podskórna lub mięśniowa (*la gangrène profonde hypodermique ou musculaire*).

Podział natomiast *Sezaryego* jest następujący: a) postać łagodna — występowanie jedynie ognisk wybroczynowych; b) postać średnia — wybroczynowa, pryszczkowata; c) postać ciężka — martwica i zgorzelinowa. Stopień zmian skórnych, oczywiście,

zależy od średnicy nakłutej tętnicy i od ilości wstrzyknętego bizmutu.

K a z u i s t y k a. Obrazy, odpowiadające klinicznemu objawom zatoru tętniczego, notowane były już dawno; niebawem po wprowadzeniu wstrzykiwań domięśniowych przetworów rtęciowych do lecznictwa przeciwiłkowego spozstrzegali je N i k o l s k i, E. L e s s e r i W e l a n d e r.

F r e u d e n t h a l był pierwszy, który spozstrzegł (1923 r.) zator tętniczy po przetworze bizmutowym, a w 1925 roku N i c o l a u również podał takie spozstrzeżenie. Od czasu zjawienia się opisów autorów powyższych ogłoszone zostały podobne spozstrzeżenia przez N a g e l a, B e t t m a n n a, B a r t h è l e m y, J e a n s e l m e a, L e v y, H u e t, S é z a r y, G o u g e r o t a, Q u é n u, G a m m e l a i G l i n n e r a; w piśmiennictwie polskim, z wyjątkiem krótkiego pokazu N a d l a, nie ogłoszono dotąd pracy, poświęconej temu przedmiotowi.

Przypadki wymienionych autorów zostały opisane pod rozmaitemi zbliżonymi nazwami: „*Embolia arterialis*”, „*Embolia cutis medicamentosa*”, „*Dermite live-doide et gangréneuse*” i t. p.

Jak już wspomniano, zaliczamy bizmutowy zator tętniczy do zjawisk ubocznych bardzo rzadkich. P e t g e s i J o u l i a naliczyli w piśmiennictwie (do 1930 roku) 30 takich przypadków. Oczywiście, liczba ich jest prawdopodobnie o wiele większa, gdyż w wielu przypadkach sprawa nie zostaje należycie rozpoznana, z drugiej zaś strony nie wszystkie przypadki zostają ogłoszone. P e t g e s i J o u l i a sami spozstrzegali 5 przypadków: na 12000 wstrzyknięć w przychodni zdarzyły im się 2 przypadki, a w praktyce prywatnej — 3 przypadki.

Co się tyczy osobistego doświadczenia, to na mniej więcej 16000 wstrzyknięć, dokonanych w ciągu 8 lat u mnie w przychodni, spozstrzegałem jedno tylko takie zdarzenie (p. własne spozstrzeżenie). Większą odsetką rozporządza L o m h o l t, który spozstrzegł 8 przypadków na 20000 wstrzyknięć.

Na zebraniu dermatologów francuskich w Strassburgu (1930 r.), poświęconem leczeniu kiły bizmutem, podali komunikaty o podobnych spozstrzeżeniach, poza P e t g e s e m i J o u l i a: B u r n i e r, B a r t h è l e m y, M e y n e t - B o u i s s e t, H u f s c h m i t t — po 1 przypadku; P a y e n v i l l e, C a s t a g n o l — 4 przypadki.

Pozatem znalazłem w dostępnym mi piśmiennictwie ostatnich 3-ich lat opisy następujących autorów: L o m h o l t (8 przyp.); G r e g o r i o, C o r d i v i o l a, G a y, P r i e t o, W e i s - B i c h a t, B u r n i e r - C a r t e a u d, M a r t i n s d e C a s t r o, T a t a r u (po 1 przyp.); G r e g o r i o y G a r c i a - S e r r a n o, S a n n i c a n d r o, A l e x a n d r a t o s (po 2 przyp.), G a m m e l (5), M o n c o r p s (3).

Dotychczas więc ogłoszono 72 przypadki bizmutowego zatoru tętniczego.

Spozstrzeżenia własne *).

I p r z y p a d e k.

N. M. lat 40, robotnik. Z wywiadów wynika, że poza zakażeniem kilowem, które miało miejsce w 1921 roku, cho-

rób poważniejszych nie przechodził; do 1928 r. pobrał 7 lezeń swoistych mieszanych i znosił je dobrze. Chory zgłosił się do mnie 4.X.1930 r. z powodu silnych bólów głowy oraz szumu w uszach; WaR + +.

Przeprowadzono od X do XII.1930 r. leczenie (ósme), składające się z 15 wstrzyknięć bizmutowych (Jod — bizmut — chinina) oraz 10 Neosalvarsanów; rtęci chory nie znosił. Pacjent zgłosił się ponownie 15.VIII.1931 r., narzekając na dokuczliwe i nieustające bóle głowy. Badanie układu nerwowego ośrodkowego (Dr. L e s n i o w s k i) zmian chorobowych nie wykryło. WaR + + +. Przeprowadzono leczenie dziewiąte (15 Jod - bizmut - chininy + 10 Neosalvarsanów à 0,4), które zakończono 10.X.1931 r. W przerwach chory otrzymywał jod. Po każdorazowym leczeniu dolegliwości podmiotowe ustępowały na krótki czas.

W styczniu 1932 r. chory zgłosił się z prośbą o przeprowadzenie ponownego leczenia wobec powtarzających się bólów głowy; WaR nadal dodatni (+ + +). Badanie ukł. nerw. ośrodk. i tym razem nie wykazało zmian chorobowych. Wobec uporczywych bólów głowy i nieustępującego dodatniego odczynu W a s s e r m a n n a zaproponowałem leczenie bodźcowe (Pyretoterapia, w kombinacji z leczeniem swoistem). 15.I. chory otrzymał pierwsze domięśniowe wstrzyknięcie jodbizmut — chininy (lewy pośladek, miejsce zwykle, t. j. zewnętrzny górny kwadrant); były przytem, jak zwykle, przestrzegane znane środki ostrożności, t. j. zdjęcie (z igły długiej) strzykawki, dopilnowanie, aby naczynie nie było trafione i t. d.

Nazajutrz, 16.I, chory zgłosił się, skarżąc się na wybitnie silny ból w lewym pośladku i ogólne osłabienie. Chory podaje, że po powrocie do domu, mniej więcej w 1/2 godziny po zabiegu, poczuł nagle silny bardzo ból poniżej miejsca wstrzyknięcia; zaznacza on, że samo miejsce ukłucia nie jest bolesne; nie odczuwa również bolesności lewej kończyny dolnej; noc spędził bezsenność, siedzieć nie może, dlatego też przeważnie stoi.

S t a n o b e c n y: Chory wzrostu wysokiego, budowy prawidłowej, miernie odżywiony, o śluzówkach błędnym, robi wrażenie człowieka poważnie chorego, silnie cierpiącego.

Jama ustna, mocz, krew (morfologia), narządy wewnętrzne (Dr. P u s z e t), układ nerwowy ośrodkowy (Dr. L e s n i o w s k i) — odchylen od normy nie wykazują. Dostępne gruczoły chłonne — niepowiększone.

S t a n s k ó r y p o ś l a d k a l e w e g o: na przestrzeni, odpowiadającej wielkością dłoni dorosłego człowieka i umiejscowionej w okolicy dolnego wewnętrznego kwadranta, skóra jest wybitnie zaczerwieniona i nieco obrzękła, przyczem występuje wyraźny rysunek naczyń. Stwierdza się ogromną bolesność tego odcinka, zwłaszcza przy dotyku. Poza opisanym ogniskiem widoczne jest jeszcze drugie podobne, ale znacznie mniejsze (wielkości monety 50 groszowej); znajduje się ono nazewnątrż od 1 w odległości 8 cm. (Ryc. 1).

Choremu zalecono spokój i okłady.

P r z e b i e g c h o r o b y: ciepłota przez cały czas prawidłowa.

18.I. Naskutek działania okładów (Thiol 3%) obrzęk nieco ustąpił; wyraźnie ciemno-czerwone zabarwienie ogniska trwa.

19.I. Wygląd ogniska przypomina zmiany, widywane w rumieniu wysiękowym wielopostaciowym: środek sinoczerwony, obwód szarawo-czerwony.

20.I. Nastąpiła przemiana stanu zapalnego w stopień wyższy, w y b r o c z y n o w y. Pod wpływem okładów (*Burow + Spir. camphor.*) bolesność zmniejszyła się; stan ogólny natomiast — niezadawalający; bezsenność trwa.

22.I. Chory podaje, że naskutek wyczerpania i braku apetytu stracił w ciągu ostatniego tygodnia 4 kg. na wadze. W obrębie ogniska wyczuwa się nieznaczny naciek; skóra —

*) Demonstrowano w Warszawskim Tow. Dermatologicznym dn. 9.III. oraz 12.X. 1932 r.



Ryc. 1. I przypadek. Obraz kliniczny.

napięta, twardawa; miejscami wystąpiły drobne nadżerki. Chory otrzymał „propidon” (1,5 gr.).

25.I. Odczyn po „propidonie” — znaczny; wylew krwawy w obrębie ogniska — mniej wyraźny.

27.I. Pomimo poprawy przedmiotowej — zblednięcia ogniska, ustąpienia zmian ostrych zapalnych, chory skarży się nadal na dokuczliwy ból pośladka, wymagający środków narkotycznych.

I.II. Skóra w obrębie ogniska zmieniła wygląd na ciemnobrunatny, przyczem wystąpił wyraźny rysunek siatkowaty. Ból pośladka nie ustępuje. Chory nadal nie jest w stanie siedzieć. Pomowne badanie neurologiczne również nic nie wykrywa. Chory otrzymuje leki kojące i nasenne. Okładów nie znosi, a jedyną ulgę sprawia choremu smarowanie miejsca zbolanego czystą wazeliną.

8.II. Dolegliwości ustępują zwolna; jednakże siedzieć na pośladku lewym chory jeszcze nie może.

Przystąpiono do dalszego leczenia bizmutowego, które pomyślnie zostało doprowadzone do końca.

Wynik badania rentgenologicznego (Dr. Kaltman).

Zdjęcie miednicy przednio - tylne:

I Zdjęcie 20.I.1932 r.

Ślady metalu w postaci słabo wysyconych pasemek i obłoczków cieniowych w miękkich częściach pośladka lewego. Cienie powyższe widoczne są na wysokości 2-ch dolnych kręgow krzyżowych, nazewnątrz od linii stawu krzyżowo - biodrowego w miejscu, odpowiadającym dolnej połowie pośladka. Ponadto widoczny jest flebolit. (Ryc. 2).

II Zdjęcie 12.II.32 r.: ślady wyżej opisane są znacznie słabiej zaznaczone.

Poza powyższym, dokładnie (od początku do końca) spostrzeganym przypadkiem miałem okazję, dzięki wyjątkowemu zbiegowi okoliczności, w sierpniu 1932 r. badać jeszcze 2 dalsze, co prawda, ze zmianami już końcowymi, wzgl. pozostałościami po zatorze bizmutowym; przypadki dotyczyły chorych, którzy podczas wystąpienia objawów byli pod opieką innych lekarzy.

II P r z y p a d e k: 38-letni ślusarz CH. A. zgłosił się do mnie dn. 11.8.1932 r. z prośbą o dokończenie leczenia swoistego, rozpoczętego u innego lekarza, który wyjechał na urlop. Chory zwrócił uwagę, że po jednym z wstrzyknięć bizmutowych (Jod - bizmut - chinina) doznał wielkiego bólu i długotrwałego obrzmienia pośladka z wylewami krwawymi. Jak z wywiadów wynika, zakaził się on kilką w 1923 roku i przecho-

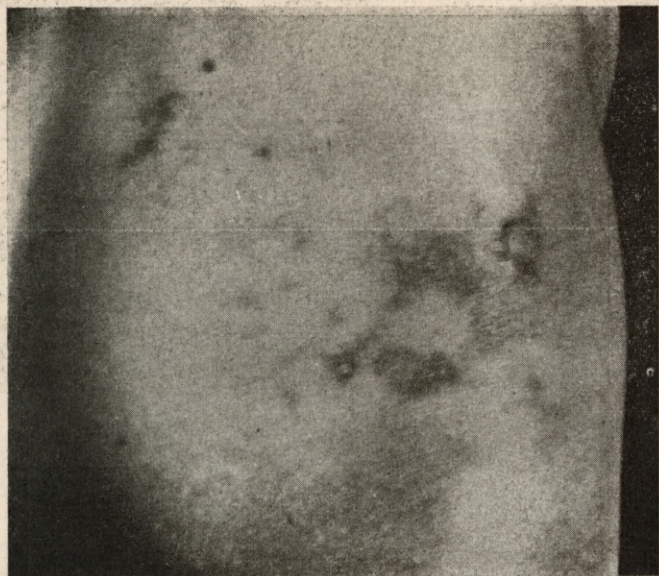


Ryc. 2. I Przypadek. Rentgenogram.

dził do 1932 r.: 4 leczenia przeciwickłowe, na które każdorazowo składały się mniej więcej 8 wstrzyknięć NSalwarsanu oraz 16 bizmutowych. Wszystkie leczenia znosił dobrze. Ostatnie leczenie zakończył w kwietniu 1932 r. Chory rozpoczął 1.VII.32 r. V leczenie. W 2 godziny po drugim wstrzyknięciu bizmutowym (Jod - bizmut - chinina), które otrzymał 4.VII do prawego pośladka, wystąpiły u chorego dreszcze (w dalszym przebiegu podwyższonej ciepłoty nie było), a po dalszych 2 godzinach — wybitny ból nie tylko w miejscu ukłucia, ale i w całym pośladku. Ból do tego stopnia się wzmógł, że noc tę, jak i zresztą i dalsze 4 noce, spędził chory bezsenne. Dolegliwości, które trwały cały tydzień i uczyniły chorego niezdolnym do pracy, ustępowały zwolna pod wpływem gorących okładów. Obecnie pośladek jest jeszcze nieco bolesny, pomimo, że już upłynęło 5 tygodni od tego zdarzenia. Po ustąpieniu objawów ostrozapalnych chory otrzymał dalsze 4 wstrzyknięcia tegoż przetworu bizmutowego, które znosił dobrze.

Dr. Z a w i s z a, który przypadkowo chorego widział w okresie nasilenia sprawy zapalnej odtworzył łaskawie ówczesny obraz kliniczny w sposób następujący: prawy pośladek był w całości obrzmiały, uderzający natomiast był uwypuklony rysunek naczyń żylnych podskórnych (jakby napęczniałych) na całym pośladku; rysunek przypominał siność groniastą (*livido racemosa*); zdaleka całość czyniła wrażenie krwawej osutki siatkowatej.

S t a n o b e c n y (11.8.32 r.). W okolicy prawego pośladka widoczne są, (Ryc. 3) powyżej i poniżej miejsca wstrzyknięcia, 2 obszary skóry zmienionej: 1) wielkości dłoni dziecka, znajdujący się w odległości 6 cm. nazewnątrz od kości ogonowej; 2) wielkości dłoni człowieka dorosłego, znajdujący się w odległości 10 cm. nazewnątrz od ogniska pierwszego i otaczający krętarz duży.



Ryc. 3. II Przypadek. Obraz kliniczny.

W obrębie ognisk widoczne są krwawo - czerwone plamy, nie znikające pod uciskiem, oraz pasma ciemno - brunatne, ułożone w pętłe (wygląd siatkowaty); skóra poza tem gładka, na pozostałych powierzchniach skóry zmian patologicznych nie stwierdza się. Leczenie dalsze (12 wstrzyknień bizmutowych) chory znosił dobrze.

III Przypadek dotyczy 50-letniego służącego J. W., u którego podczas oględzin na pierwszej wizycie w przychodni (dn. 23.8.1932 r.), stwierdziłem liczne plamy brunatne na prawym pośladku. Chory podaje, że zakażenie kilowe miało miejsce 22 lata temu; leczyl się on wówczas systematycznie w ciągu 3-ich lat (serie wstrzykiwań rtęciowych oraz pojedyncze wlewania NSalwarsanu).

1½ roku temu wystąpiło u niego porażenie połowicze, następstwem czego rozpoczął nanowo leczenia przeciwkılowe (Jod. bizmut - chinina + NS.). Latem 1931 r. w trakcie II leczenia — 6-te wstrzyknięcie bizmutowe było „nieudane”. Mianowicie już podczas zabiegu wystąpił znaczny ból pośladka; ból ten szybko się wzmagał, tak, że chory z trudem dowlókł się do domu; 3 noce nie spał, a w ciągu 10 dni nie był zdolny do pracy. Według słów chorego, na prawym pośladku, zwłaszcza dookoła miejsca wstrzyknięcia, widoczny był wówczas wylew krwawy; po 2-tygodniowej przerwie chory zniósł pomyślnie dalsze leczenie bizmutowe.

Stano b e c n y (23.8). W obrębie górnej połowy prawego pośladka, aż do okolicy krętarza dużego, widoczne są plamy i pasma brunatne, ułożone w siatkę; pozatem zmian patologicznych w innych okolicach nie stwierdza się.

Zestawienie kliniczne.

Spostrzegano zatem 3 przypadki, w których po domięśniowych wstrzyknięciach przetworu bizmutowego (Jod. Bizmut - Chinina) wystąpił zespół objawów (osutka charakterystyczna na pośladku krótko po zabiegu, znamieny silny ból, brak podwyższonej ciepłoty, przebieg nieco przewlekły), znany w piśmiennictwie pod nazwą „*embolia cutis arterialis (medicamentosa) bismutica*” wzgl. „*Dermite livedoide*”.

W I-ym przypadku, dotyczącym chorego na kılę z objawami serologicznymi (WaR + + +) uporczywymi, który poprzednie leczenia (9) przeciwkılowe do-

brze znosił, zator nastąpił prawie natychmiast po pierwszym dopośladkowym wstrzyknięciu przetworu bizmutowego. Zmiany przedmiotowe były względnie łagodne, gdyż nie doszło do zgorzeli. Natomiast dolegliwości podmiotowe były dość znaczne i przetrwały objawy skórne ostre.

Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu: 1) na wystąpienie zmian skórnych nie w miejscu wstrzyknięcia dopośladkowego, lecz w miejscu oddalonym, odpowiadającym zaopatrzeniu odnośnego naczynia tętniczego pośladkowego (kwadrant wewnętrzny); 2) wystąpienie zmian chorobowych już po pierwszym zabiegu; 3) wykazanie złogów bizmutowych w obrazie rentgenowskim; złogi te, wyraźnie uwidocznione, umiejscowione były w okolicy zmian skórnych; rentgenogramy wykazały, że sprawa chorobowa była uwarunkowana wtargnięciem bizmutu do (naczyń) dolnego bieguna pośladka.

W II przypadku klasyczne objawy zatoru wystąpiły po 2-gim wstrzyknięciu bizmutowym. Chory zgłosił się w okresie końcowym, w 5 tygodni po zdarzeniu, gdy objawy zapalne ostre ustąpiły, a pozostał tylko znikomy ból pośladka oraz wyraźne zmiany w postaci 2 dużych czerwono - brunatnych plam siatkowatych, również poza obrębem miejsca wstrzyknięcia.

W III przypadku widoczne były wyraźne ślady charakterystyczne, świadczące o przebytych zatorze tętnicznym pomimo, że zdarzenie miało miejsce rok temu; przypadek ten pokazuje, że zmiany końcowe barwikowe po zatorze są dość trwałe.

Po ustąpieniu objawów miejscowych zapalnych — ostrych zostało przeprowadzone u wszystkich 3-ich chorych dalsze leczenie tym samym przetworem bizmutowym bez żadnych przeszkód.

Pierwsze z powyższych spostrzeżeń, odbiegające pod względem umiejscowienia od klasycznego obrazu zatoru tętniczego, należy do wyjątkowo rzadkich i atypowych (Naegeli).

W dostępnym mi piśmiennictwie znalazłem tylko kilka, częściowo podobnych opisów.

W dwóch przypadkach Castagnola i Payenvillea rozprzestrzenienie zmian zgorzelinowych nastąpiło w kierunku narządów płciowych:

1) u kobiety powiększyła się w objętości duża warg sromna, która pozatem usiana była ogniskami zgorzelinowymi; miało to miejsce jednocześnie ze zjawieniem się podobnych zmian na pośladku tej samej strony,

2) u mężczyzny — pasmo zgorzelinowe na całej długości moszny z ogniskiem na napletku prącia oraz na żołądki, obok zmian charakterystycznych (obrzęku i t. d.) pośladka.

W jednym z 5-ciu spostrzeżeń Gammella trafiona została tętnica pośladkowa dolna (*a. glut. inf.*); następstwem wtargnięcia soli bizmutowej do zespolenia z tętnicą sromową wewnętrzną (*a. pudenda interna*) powstały wybitne objawy pęcherzowe i jelitowe. Pozatem spostrzegali autor ten w 2 przypadkach między innymi porażenie nerwu strzałkowego następstwem wtargnięcia bizmutu do *arter. comitans n. ischiadici*.

W przypadku (III) Moncorpsa wystąpiły po n i ż e j miejsca wstrzyknięcia 2 ogniska rumieniowe wielkości dłoni; przyczem jedno z nich było umiejscowione w okolicy wewnętrznego kwadranta, a drugie (dalszy ciąg pierwszego) zajmowało cały zewnętrzny brzeg pośladka.

Inny (II) przypadek *M o n c o r p s a* jest jedyny w swoim rodzaju i zasługuje na szczególną uwagę. Autor ten stwierdził u kobiety objawy zatoru tętniczego zarówno po 14-em, jak i po 15-em wstrzyknięciu bis-

mogenolu. Próbné wstrzyknięcie tegoż przetworu w innych miejscach nie wykazało u tej pacjentki nadwrażliwości szczególnej w stosunku do bismogenolu.

(Dok. nast.).

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Kliniki Psychjatrycznej Uniwersytetu Warszawskiego.

(Dyrektor: Prof. Dr. Jan M a z u r k i e w i c z).

Przyczynę do badań nad bliźniętami homologicznymi.

Podał

Dr. Karol MIKULSKI (Warszawa).

(Ciąg dalszy — patrz Nr. 15).

II.

Już *G a l t o n* zwrócił uwagę na wielkie podobieństwo losów bliźniąt fizycznie do siebie podobnych oraz na różnicę losów bliźniąt fizycznie różnych. A jeśli bliźnięta pierwszego typu wyróżniają się czasem między sobą, zresztą b. rzadko, to nie z własnej — jak twierdził — wolnej woli.

L a n g e był pierwszy, który w sposób ścisły i naukowy podkreślił wielkie podobieństwo losów bliźniąt jednojajowych, który zwrócił uwagę na doniosłość badań nad bliźniętami, badań, polegających, między innymi, na stałej obserwacji biegu ich życia. W pracy p. t. „Zbrodnia jako przeznaczenie” *L a n g e* stwierdza przeważającą rolę skłonności osobniczych w przyczynach, ujawniających czyny zbrodnicze. Tak na 13 par bliźniąt jednojajowych stwierdził *L a n g e* w 10 parach czyny zbrodnicze u obu partnerów, nawet wówczas, gdy bliźnięta te nie żyły ze sobą razem. W pozostałych trzech parach j. j. stwierdził *L a n g e* czyny przestępcze tylko u jednego z partnerów bliźniaczych. Natomiast na 17 par bliźniąt dwujajowych, z których jedno było przestępcze, zbieżność czynów przestępczych u obu partnerów stwierdził *L a n g e* tylko w 2 parach. Zatem na 17 par d. j. tylko w 2 parach stwierdzono przestępczość obu partnerów, co odpowiada mniej więcej stosunkom, spotykanym u rodzeństwa przestępczego — niebliźniaczego. Badania nad bliźniętami, w płaszczyźnie zainteresowania się ich losami przeprowadzali również *H. M a y e r*, *L o t t i g* i inni.

Z piśmiennictwa wiadomem jest, że choroby wieku dziecięcego przebiegają u bliźniąt homologicznych w tym samym mniej więcej czasie, co spotyka się jednak również i u rodzeństwa niebliźniaczego, jako wyraz jednoczesnej infekcji. Już znacznie ciekawsze są obserwacje, stwierdzające jednoczesność występowania u bliźniąt homologicznych takich spraw, jak zapalenie wzrostka robaczkowego, zapalenie nerek lub gruźlica. Jednakże dopiero psychopatologia i psychologia rzucają dalsze światło na sprawy, nas interesujące.

W. M a u s s i *H. K. K a h l e* cytują parę jednojajowych męskich bliźniąt, które już za czasów szkolnych mieszkały osobno. Bliźnięta te zachorowały niemal w jednym czasie na schizofrenję, jeden stopniowo, drugi nagle. W okresie choroby nastąpiła wzajemna indukcja, i objawy kliniczne niezwykle się upodobniły. Po rozłączeniu bliźniąt różnice w obrazie klinicznym wystąpiły jasno. Nie przeczy to jednak fakto-

wi, że choroba wybuchła tu mniej więcej jednocześnie. Tę jednoczesność występowania schorzenia widzieliśmy również i w niektórych przypadkach bliźniąt epileptycznych, co zdarza się jednak w zakresie schizofrenji czasem i u bliźniąt dwujajowych (*J. J a c o b i*). U rodzeństwa niebliźniaczego zbieżność tej choroby bywa również czasem obserwowana. Ale i te fakty nie mogą obniżyć znaczenia jednoczesności wybuchu psychozy u szeregu bliźniąt homologicznych.

H. H a r t m a n n i *F. S t u m p f l* opisują dwie pary jednojajowych schizofreniczek. Temperament u obu par bliźniąt był zbieżny, w charakterze stwierdzało się pewne nieznaczne odchylenia. Natomiast początek, przebieg oraz symptomatologia choroby wykazywały wyraźne podobieństwo u partnerek bliźniaczych, i jedynie omamy u jednej pary nie wykazywały tego podobieństwa.

J. M o r a w s k i opisał parę bliźniąt jednojajowych płci żeńskiej, które przebywały w Kobierzynie z rozpoznaniem: *Imbecillitas*, *schizophrenia*. Jedna z bliźniaczek zachorowała na schizofrenję w maju 1923 roku, druga w lutym 1925 roku. A więc i tu można przyjąć pewną jednoczesność wybuchu psychozy, bowiem jedna zachorowała po drugiej zaledwie po upływie roku i 10 miesięcy, a zważywszy, że początek psychozy mógł być przez otoczenie (środowisko wiejskie) niezauważony, odstęp ten możemy z pewnem prawdopodobieństwem zredukować, zwłaszcza, że pierwsze objawy schizofrenji mogły tu być kładzione jeszcze na karb niedorozwoju umysłowego, i dopiero silne podniecenie, u jednej wcześniejsze, u drugiej późniejsze, skierowało dziewczęta do zakładu psychjatrycznego.

W. R i c h m o n d opisuje również parę bliźniąt jednojajowych, które, pomimo że mieszkały oddzielnie, zachorowały na schizofrenję. Natomiast *H. B u r k h a r d t* podaje przypadek 74 letnich bliźniąt j. j. płci żeńskiej, z których jedna była psychicznie zdrowa, druga — parafronczka.

Zestawienie kazuistycznych przypadków schizofrenji u bliźniąt j. j. przemawia za zbieżnością tego cierpienia u wspomnianej grupy bliźniąt. Pogląd o zgodności schizofrenji u partnerów bliźniaczych j. j. pierwszy wypowiedział *L a n g e* w 1928 roku. Tegoż zdania jest *L a n g e* i w stosunku do psychozy manjakałno-depresyjnej, w której brak zbieżności cierpienia spotyka się zgola wyjątkowo.

S m i t h J e n s C h r. wspomina o bliźniętach jednojajowych płci żeńskiej, które z usposobienia były typami hipertymicznymi. U jednej z nich w 19 roku życia po zapaleniu sutka, połączonym z wysoką ciepłotą, wystąpiła psychoza depresyjna, która powtórzyła się następnie w 59 roku życia po zapaleniu płuc. Druga bliźniaczka zachorowała w 61 roku życia po grypie na psychozę manjakałną. Przypadek tych bliźniąt potwierdza obecne zapatrywania na manję i melancholję, jako dwa różne stany tej samej choroby, oraz wskazuje na znaczenie wywołujące czynników egzogennych w powstawaniu tego cierpienia. Nie będzie zapewne rzeczą

niedopuszczalną, jeśli przypuścimy, że brak infekcji u drugiej bliźniaczki w okresie jej młodości uratował ją od psychozy w tym okresie życia.

Zestawienie wyników, jakie daje metoda kazuistyczna badań nad bliźniętami z metodą seryjną, zwraca w poniżej podanej tablicy, zaczerpniętej z prac L a n g e g o i L u x e n b u r g e r a, naszą uwagę na pewne różnice wyników, uzyskanych przez jedną i drugą metodę. Liczby, w tablicy podane w nawiasie, oznaczają wyniki badań seryjnych, bez nawiasu — materiał kazuistyczny.

Psychoza	j. j.		d. j.	
	zbieżne	rozbież.	zbieżne	rozbież.
Schizofrenja	31. (52).	3. (11).	3. (3).	5. (47).
Psych. man. depr.	24. (31).	1. (2).	1. (1).	1. (15).

Jak wynika z powyższej tablicy, metoda kazuistyczna doprowadziła, mówiąc słowami L u x e n b u r g e r a, do monstualnej wybiórczości przypadków zbieżnych, i wobec tego nie możemy, opierając się na niej wyłącznie, wyciągać dalej idących wniosków w zakresie dziedziczenia. Oczywiście, kazuistyka posiada swą doniosłość, ale dla zagadnień dziedziczenia ostatnie słowo zostaje przy metodzie seryjnej. Tak więc metoda seryjna zaprzeczyła, zdaniem L u x e n b u r g e r a, bajeczne o fotograficznym podobieństwie przebiegu schizofrenji u j. j. i wykazała, że u 25 — 30% bliźniąt schizofrenicznych j. j. nie stwierdza się zbieżności tej psychozy. Tak samo początek psychozy niezawsze bywa jednoczesny, aczkolwiek spotyka się dość często. Według L a n g e g o, przeciwna różnica wybuchu psychozy u jednego i drugiego bliźniaka j. j. wynosi 16 miesięcy, przy maksymalnej rozpiętości — 11 lat.

Poza psychozami opisano cały szereg cierpień neurologicznych, występujących zgodnie u bliźniąt jednojajowych. Jednakże poglądy na etiologię tych spraw są tu może jeszcze bardziej rozbieżne, niż w dziedzinie zaburzeń psychicznych. Tak np. prof. St. K. P i e ń k o w s k i ogłosił ciekawy przypadek jamistości rdzenia u dwóch braci bliźniaków j. j., u których choroba rozpoczęła się mniej więcej w tym samym okresie życia, mianowicie, u jednego w 32 roku życia, u drugiego w 28 roku. Przebieg cierpienia był u obu podobny. Opisany przypadek popiera, zdaniem P i e ń k o w s k i e g o, teorię wrodzonego pochodzenia choroby. Natomiast W. W e i t z, opisując jamistość rdzenia u jednej z partnerek bliźniaczych, z których druga była zdrowa, dochodzi do wręcz przeciwnego wniosku i uważa syringomyelię za chorobę paratypiczną (cyt. wg. P i e ń k o w s k i e g o).

Z pogranicza neurologiczno - psychiatrycznego ciekawe jest doniesienie H. S c h u l t e g o. Autor ten opisuje parę 37 letnich bliźniąt j. j. płci żeńskiej, u których od czasu pierwszego porodu wystąpiły ataki migreny typu przedmiesiączkowego. Coprawda, przebieg tych ataków nie wykazywał podobieństwa u obojga bliźniąt, niemniej typ napadów był wspólny.

Wśród autorów, zajmujących się psychologią bliźniąt, możemy wyróżnić tych, którzy zajmowali się przede wszystkim charakterologią bliźniąt, tych, którzy zaj-

mowali się ich rozwojem intelektualnym, czy też wreszcie tych, którzy zajmowali się ich linią życiową.

Co się tyczy badań charakterologicznych, to L o t t i g w swej pracy habilitacyjnej wykazuje u bliźniąt jednojajowych wielkie podobieństwo w materji i jakości charakteru, mniejsze w strukturze (terminologia K l a g e s a)⁷⁾. Natomiast L a n g e podkreśla, że charakter bliźniąt jest różny. W swym ogromnym materiale znalazł L a n g e tylko u jednej pary bliźniąt taki sam charakter.

M. L a s s e n, badając stosunek bliźniąt do siebie, do rodziny, kolegów, do pracy, religji i t. p., wykazała, że u bliźniąt j. j. spotykamy podobieństwa znacznie bliższe, niż u bliźniąt d. j. Wyniki tych badań przemawiają, zdaniem autorki, za tem, że wspomniane cechy są w przeważającym stopniu uwarunkowane dziedzicznie. Referując powyższe badania L o t t i g a i L a s s e n, nie wypowiadam własnego zdania ze względu na zbyt skromny materiał, jakim dotychczas rozporządzam. Teoretycznie rzecz biorąc, można tu mieć pewne zastrzeżenia, zwłaszcza co do znaczenia wpływów środowiska i wzajemnego oddziaływania bliźniąt na siebie. Co się tyczy tego wzajemnego stosunku bliźniąt do siebie, to na swoim materiale zauważyłem pewną ciekawą rzecz, a mianowicie: jedno bliźnięt uważa się zwykle za starsze od drugiego i często z dumą stwierdza: ja urodziłem się o pół godziny wcześniej, o 15 minut wcześniej, więc jestem starszy. Drugi bliźniak (bliźnięta homologiczne) nader często uznaje supremację pierwszego i nieraz go naśladuje, rzadziej staje doń w opozycji. A d l e r o w s k i e mechanizmy są tu wyraźne.

Pewne uzdolnienia specjalne możemy, zdaniem niektórych badaczy, odnieść do masy odziedziczonej. I tak V e r s c h u e r cytuje dwie jednojajowe bliźniaczki, uzdolnione muzykalnie, które wślawiły się, jako jedne z międzynarodowych mistrzyń gry w szachy. W przypadku tym jednak, zgodnie z zapatrywaniem psychologii indywidualnej A d l e r a, możemy rzecz odwrócić i powiedzieć, że zainteresowanie do gry w szachy padło na równie podatne podłoża i było przyczyną osiągniętych rezultatów. Do nadmienia jest, że ojciec tych pań sam był zamiłowanym szachistą.

E. S t e r n stwierdza taki sam iloraz inteligencji u pary bliźniąt płci męskiej w wieku 6 lat i 11 mies. S t e r n podkreśla jednak brak zgodności w rozwiązywaniu poszczególnych testów i większe uzdolnienia motoryczne u jednego z bliźniąt. Autor ten widzi zatem pewne różnice w profilach psychologicznych tych bliźniąt.

Jest rzeczą ciekawą, że np. charakter pisma bliźniąt j. j. nie jest, wg. niektórych badaczy, podobny. G a l t o n i L a n g e znali tylko po jednej parze jednojajowych o takim samym charakterze pisma. Natomiast L o t t i g wykazuje tu cały szereg cech wspólnych.

H. H. N e w m a n badał trzy pary bliźniąt testami S t a n f o r d - B i n e t a i O t t i s a. Badania wykazały, że bliźnięta j. j., wychowywane oddzielnie, różnią się więcej między sobą, niż bliźnięta tego rodzaju, wychowywane razem. Bliźnięta j. j., wy-

⁷⁾ Ogólnie rzecz biorąc, K l a g e s a do materji zalicza wszelkie dyspozycje i uzdolnienia, w jakości, rodzaju charakteru widzi pewne nastawienie na cel, pewne zainteresowania, a do struktury zalicza dawne temperamenty.

chowowane oddzielnie, odznaczały się niektórymi cechami podobieństwa takimi, jak bliźnięta d. j., wychowywane razem. N e w m a n przyjmuje, że wpływ r ó ż n e g o środowiska przy jednojajowości odpowia-

da wpływowi t e g o s a m e g o środowiska przy dwujajowości. Trzeba jednak zaznaczyć, że materiał N e w m a n a był dość skromny.

(Dok. nast.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

O współczesnych badaniach nad nowotworami złośliwymi.

Podał

M. PŁONSKIER,

prosektor Szpitala Starozakonnych na Czystem (Warszawa).

Badania nad działaniem rakotwórczym smoły wskazują, że mają tutaj znaczenie dwa czynniki: jeden lokalny, polegający na częstokrotnym smołowaniu określonego miejsca, np. skóry, i wywołujący w tem miejscu stan przewlekłego podrażnienia tkanek i, co najważniejsze, często powtarzające się zjawiska odnowy tkanek; drugi—ogólny, polegający na działaniu toksycznym tejże smoły na cały organizm. Istnieją badania, potwierdzające na drodze doświadczalnej konieczność współdziałania obydwóch czynników. S i m o e s - R a p o s o wstrzykiwał 500 królikom dożylnie (raz w tygodniu) smołę czynną, rakotwórczą. Większa część zwierząt zginęła w ciągu pierwszego roku; 31 królików żyło przeszło rok, 24 — przeszło dwa lata, 17 — przeszło trzy lata. Ani jeden z królików nie dostał raka. Tak więc ogólne działanie smoły na organizm zwierzęcy nie pociąga za sobą powstania raka; potrzebne jest jeszcze działanie czynnika lokalnego, uszkadzającego tkanki w określonym miejscu. K l e e - R a w i d o w i c z wstrzykiwała myszom podskórnie zawieszinę smoły w oliwie, a po pewnym czasie wstrzykiwała tym samym myszom zawieszinę z tkanki zarodkowej myszy: w miejscu wstrzyknięcia tkanki zarodkowej powstawały dość często nowotwory złośliwe. I w tym przypadku współdziałały przy powstaniu nowotworów dwa czynniki: zamiast długotrwałego, ściśle umiejscowionego, uszkadzającego działania smoły — podawano jednorazowo zawieszinę komórek zarodkowych, obdarzonych znaczną siłą rozrostawą; a przecież prawdopodobnym się wydaje, że w tych miejscach, gdzie przez długotrwałe smołowanie tkanki, stale uszkadzane, są stale zmuszane do odnowy, — powstają stopniowo nowe pokolenia komórkowe, w których zdolność do odnowy, a więc i siła rozrostawowa jest coraz większa. Pod tym względem zacierają się różnice pomiędzy komórkami zarodkowymi i komórkami, zmuszanymi do stałej odnowy. A przecież nie udaje się wywołać nowotworów złośliwych tylko przez stałe uszkadzanie tkanek lub tylko przez wstrzykiwanie zawiesziny komórek zarodkowych.

U n o S h u wstrzykiwał królikom do jamy opłucnowej smołę pogazową. Pod wpływem drażnienia powstawało najpierw zapalenie przewlekłe, a później rozrost nabłonka opłucny; w niektórych przypadkach powstały raki z przerzutami.

S c h a b a d wstrzykiwał świnkom smołę do tchawicy poprzez cięcie operacyjne: wiele zwierząt ginęło w krótkim czasie po operacji, — niektóre żyły do 14 mie-

sięcy. Autor stwierdził zmiany zapalne oraz rozrost nabłonków w oskrzelach i w pęcherzykach; zmian nowotworowych nie spostrzegał. Jednakże K i m u r a już wcześniej stwierdził u świnki morskiej raka płuc po jednorazowym wprowadzeniu smoły do tchawicy.

F i n d l y pendzlował zwierzęta smołą i jednocześnie naświetlał je promieniami pozafiołkowymi: raki powstawały o wiele wcześniej, aniżeli u zwierząt nienaświetlanych. C a s t i g l i o n i naświetlał promieniami R o e n t g e n a miejsca na skórze, uprzednio pendzlowane smołą: raki powstawały po 3 — 4 miesiącach; kiedy stosowano smołę i promienie R o e n t g e n a w różnych miejscach, to raki powstawały po 6-ciu miesiącach w miejscach, pendzlowanych smołą. S e d g i n i d s e przeprowadzał podobne badania w trzech serjach. W pierwszej serji myszy naświetlano promieniami R o e n t g e n a; w drugiej serji myszy naświetlano przez czas dłuższy promieniami R o e n t g e n a, a potem pendzlowano smołą; wreszcie w trzeciej serji, odwrotnie, myszy pendzlowano przez 3 miesiące smołą, a potem naświetlano. W 1-ej serji po 6 miesiącach u jednej myszy z 11-tu stwierdzono raka; w 2-iej serji z 19 myszy u jednej wystąpił rak; w 3-iej serji z 11 myszy u 6 zjawily się raki.

D r o s c h l opisuje bardzo szczegółowo przypadek raków na palcach ręki u 54-letniego lekarza, stykającego się stale z radem od 1911 roku: już w 1913 roku wystąpiły zaburzenia czucia palców, a potem nadmierne rogowacenia i zaniki w skórze; w 1930 roku wystąpił rak środkowego palca prawej ręki, — w 1931 rok dużego palca, a ostatnio rak palca wskazującego. W a k e l e y opisał przypadek raka radowego ręki u 65-letniego mężczyzny, który od 1904 roku stykał się stale z radem: w 1913 roku wystąpiła suchość skóry i zaburzenia czucia, — w 1920 brodawki, a w 1923 — rak.

R o f f o sprawdzał badania nad działaniem rakotwórczym tytoniu; dym spalonego tytoniu wdychiwano do ucha królikom: u jednego z 10 królików po 3 latach powstał rak. W drugiej serji doświadczeń tenże autor wprowadzał królikom do pęcherza moczowego różne produkty, powstające przy spalaniu tytoniu i spostrzegał w pęcherzu różne rodzaje nowotworów od brodawczaków — do raków.

P e t r o v i K r o t k i n a podają ostateczne wyniki badań doświadczalnych nad wywoływaniem raków pęcherzyka żółciowego. Badania te rozpoczęto w 1924 roku; w 1928 r. autorzy ogłosili pierwsze wyniki swych badań, z których wynikało, że udało się im za pomocą czynników drażniących wywołać w pęcherzyku żółciowym u świnek morskich zmiany przedrakowe. Ostatnio w dalszym biegu doświadczeń stwierdzili powstawanie prawdziwych raków pęcherzyka z przerzutami. Świnkom morskim wprowadzano do pęcherzyków żółciowych małe szklane rurki, zatopione z obu stron; w jednej serji doświadczeń rurki były puste, jałowe, —

w drugiej serji rurki były wypełnione radem. U 4-ech świnek morskich z 19-tu, wziętych do doświadczenia, wystąpiły nowotwory złośliwe z przerzutami; w dwóch przypadkach u świnek z rurkami pustymi, — w pozostałych dwóch — u świnek z rurkami, zawierającymi rad. Najczęściej spostrzegano nowotwór w 16-ym miesiącu po operacji, — najpóźniej w 39-ym miesiącu. Pod względem budowy histologicznej wszystkie nowotwory okazały się rakami (*Ca. simplex, adenoca., ca. scirrhosum*), punktem wyjścia dla nowotworów był często nabłonek pęcherzyka żółciowego, — niekiedy nabłonek przewodów żółciowych. Autorzy podkreślają, że jedynie długotrwałe działanie ciał obcych (rurek szklanych) wywoływało powstawanie nowotworów złośliwych u świnek morskich, i że nie działały w tym przypadku żadne czynniki inne, jak chemiczne lub infekcyjne. Wyniki badań Petrova i Krotkiny pozwalają przypuszczać z większym, niż dotychczas, prawdopodobieństwem, że i u ludzi raki pęcherzyka żółciowego powstają w następstwie długotrwałego działania kamieni żółciowych (ciał obcych).

Zagadnienie wpływu zaburzeń przemiany materji na powstawanie i rozrost nowotworów złośliwych bywa ostatnio coraz częściej przedmiotem badań całego szeregu autorów. Pisaliśmy niejednokrotnie o próbach wywoływania u zwierząt zwiększonej dyspozycji nowotworowej przez odpowiednią zmianę pożywienia. Ogólną uwagę zwróciły w swoim czasie doświadczenia de Raadta, który stwierdzał niejednokrotnie nowotwory złośliwe u myszy, odżywianych materiałami zasadowymi. Ostatnio Anna Goldfeder sprawdziła ponownie badania de Raadta. Myszy karmiono w ciągu 9-ciu miesięcy pożywieniem zasadowym: wśród 100 myszy, wziętych do badania, nie stwierdzono nowotworu ani razu. W drugiej serji doświadczeń autorka karmiła takim samym pożywieniem myszy chore na nowotwory złośliwe: okazało się, że u tych myszy guzy rosły o wiele szybciej i dochodziły do rozmiarów o wiele większych, aniżeli u myszy chorych na nowotwory i karmionych zwykłym pożywieniem. Wydaje się więc prawdopodobnem, że pożywienie o charakterze zasadowym należy zaliczyć do czynników, sprzyjających rozwojowi nowotworów złośliwych. W innej pracy ta sama autorka stwierdziła na rakach i mięsach szczurzych, że naświetlanie promieniami Roentgena wywołuje przesunięcie Ph w kierunku kwaśnym w tkance nowotworowej i w tkankach niezmiennych patologicznie. Liechti jeszcze w 1926 roku stwierdził, że pod wpływem promieni Roentgena odczyn w tkance podskórnej zmieniał się w kierunku kwasoty. Potwierdzili to w następnym roku Kaplansky i Soloweitschik; podają oni, że to samo zjawisko występuje pod wpływem działania promieni pozajądłowych. Anna Goldfeder stwierdziła pozatem, że i działanie emanacji radowej przesunęła odczyn w tkance nowotworowej w kierunku kwaśnym; wraz z obniżeniem wartości Ph w tkance nowotworowej złośliwej guzy się zmniejszają. Ciekawe są wyniki badań nad własnościami tłumikowymi (buforowymi) tkanki nowotworowej. Okuneff i Tschistowitsch podają, że czynność tłumikowa w raku piersi ludzkiej jest o wiele większa, aniżeli w odpowiedniej tkance, niezmiennionej patologicznie; w raku myśm szczeniowym czynność ta jest jeszcze większa, aniżeli w raku ludzkim. Powyższa własność tkanki nowotworowej ma być jakoby zależna od

związków potasowych, dwuwęglanów oraz od fosforanów nieorganicznych. Pojemność tłumikowa w tkance nowotworowej jest bardzo duża w porównaniu z jednocześnie określaną ilością kwasu mlekowego. Według Okuneffa kwas mlekowy wywiera szkodliwy wpływ na komórki nowotworowe; dzięki sile tłumikowej tkanki nowotworowej zostaje usunięte w guzie miejscowe zakwaszenie; ciała zasadowe, warunkujące tę siłę, chronią w ten sposób komórki nowotworowe od szkodliwego wpływu kwasu mlekowego. Okuneff zwraca uwagę na to, że należy próbować powstrzymać rozrost nowotworów złośliwych przez pozbawienie tkanki nowotworowej jej ciał tłumikowych; należałoby próbować leczenia zakwaszającego. Anna Goldfeder w końcu swej pracy podkreśla, że z omówionych tu własności tkanki nowotworowej należy korzystać przy wysiłkach leczenia nowotworów. „Ponieważ guzy złośliwe rozwijają się i rosną w odczynie zasadowym, — to należy wnioskować, że środek, który może zmieniać odczyn środowiska, może być skuteczny w leczeniu nowotworów złośliwych”.

Już dawno zwrócono uwagę na znaczenie potasu w zjawiskach rozrostu w tkankach prawidłowych. Stwierdzono, że w odradzających się tkankach ilość potasu jest o 30 — 40% większa, niż w tkankach prawidłowych. Beebe jeszcze w 1905 roku znalazł, że w nowotworach ludzkich i zwierzęcych znajdują się większe ilości potasu. Później okazało się, że podawanie potasu przyspiesza rozrost nowotworów złośliwych u zwierząt; nowotwory szczepione przyjmowały się lepiej u zwierząt, którym podawano potas. (Negre i Händel), Waternan podaje, że nowotwory złośliwe ludzkie zawierają więcej potasu, aniżeli nowotwory łagodne; w guzach z obfitym mięszem było więcej potasu niż w guzach z obfitem podścieliskiem; w skórze prawidłowej głównym składem potasu są elementy nabłonkowe; w tkance łącznej znajdują się tylko bardzo nieznaczne ilości potasu. Epstein badał 52 nowotwory złośliwe ludzkie i stwierdził, że zawierają one więcej potasu, aniżeli odpowiednie tkanki prawidłowe; pomiędzy zawartością potasu w guzie i złośliwością danego guza istnieje zupełnie wyraźny związek; wraz z złośliwością guza wzrasta zawartość potasu. Okazało się, że raki śluzówek i narządów gruczołowych zawierają więcej potasu, niż raki skórne. Raki ze skąpym podścieliskiem zawierają większe ilości potasu; w rakach z obfitem podścieliskiem zawartość potasu jest o wiele mniejsza. Epstein przypuszcza, że tkanki, otaczające nowotwór i pozornie niezmiennione, są źródłem potasu, znajdującego się w guzie i w tym sensie biorą one udział w procesie nowotworowym; w miarę oddalania się od guza autor znajdował coraz mniejsze ilości potasu w tkankach. Pod wpływem promieni radu ilość potasu w guzie na początku wzrasta i dopiero od czwartego dnia począwszy zaczyna się stopniowo zmniejszać; guzy, zawierające większe ilości potasu okazały się bardziej wrażliwe na promienie radu.

Collier i Cohn przeprowadzali badania nad wpływem soli kuchennej i wapnia na rozrost nowotworów złośliwych; doświadczenia były wykonywane na przeszczepialnym raku królika (nabłoniak Brown-Pearce). Przy podawaniu podskórnym 10% roztworu soli kuchennej autorzy stwierdzili zwiększenie złośliwości nowotworu. Sole wapnia nie miały żadnego wpływu na stopień złośliwości tego samego nowotworu.

Zagadnienie wpływu witamin na powstawanie

i wzrost nowotworów złośliwych jest jeszcze w wielu punktach niejasne. Wyniki badań doświadczalnych w tej dziedzinie są często sprzeczne lub niewyraźne. Witamina D ma jakoby hamować rozrost nowotworów złośliwych (Barelli). Caspari i Ottensoon zwrócili uwagę na to, że Vigantol (zawierający czynną ergosterynę), używany do badań doświadczalnych na zwierzętach, — zawiera duże ilości oleju sezamowego; jak się okazuje, już wcześniej stwierdzono, że oleje wpływają hamująco na rozwój nowotworów. Autorzy powyżsi przeprowadzili badania na kilku serjach myszy rakowych, z których część karmiono zwykłym pożywieniem, innym dodawano Vigantol lub olej. Okazało się, że olej hamuje rozrost nowotworów, podczas gdy witamina D, podawana przez czas dłuższy, przyspiesza ich rozwój. Pierwotne wyniki, jakie otrzymano przy podawaniu Vigantolu, należy położyć na karb hamującego działania zawartego w nim oleju. Caspari słusznie podkreśla, że trudności, jakie się piętrzą przy badaniach nad wpływem witamin na nowotwory złośliwe, są przedewszystkiem związane z trudnościami w utrzymaniu witamin w czystej postaci. Dla oznaczenia np. działania witaminy A — podaje się najczęściej zwierzętom masło lub tran; przy badaniu wpływu witaminy B na nowotwory autorzy karmią często zwierzęta drożdżami lub wyciągami z drożdży. Jasne jest, że ciała powyższe zawierają poza witaminami wiele innych substancji, których działanie jest nam nieznane. Szczególniej zawiła staje się sprawa przy badaniach nad witaminą B, która składa się najprawdopodobniej z kilku różnie działających ciał; pewnym jest, że zawiera ona dwa czynniki: przeciwdziałający zapaleniu nerwów (B₁) oraz przeciwdziałający rumieniowi lombardzkiemu (*Pellagra*) lub zapaleniu skóry; niektórzy uważają, że witamina B zawiera 3 lub 4 czynniki. Caspari otrzymał od Jansena (z Amsterdamu) czynnik B, w czystej postaci; według Jansena czynnik ten przyspiesza znacznie rozwój młodych zwierząt. Caspari karmił myszy rakowe pożywieniem, całkowicie pozbawionem witamin, a po pewnym czasie podawał im czynnik B, w roztworze. Okazało się, że szybkość rozrostu nowotworów, znacznie zahamowana u zwierząt, pozbawionych witamin, — bardzo znacznie wzrastała pod wpływem podawania czynnika B, i to w miarę powiększania podawanej dawki. Wydaje się prawdopodobnym, że wszystkie witaminy poza ich własnościami swoistymi posiadają własność przyspieszania spraw rozrostowych w organach zwierzęcych; własność ta może być nieraz nie bezpośrednia, lecz tylko pośrednia. Wydaje się również prawdopodobnym, że nadmierna zawartość wszystkich witamin w pokarmach może mieć wpływ sprzyjający przyspieszający powstawanie i rozwój nowotworów złośliwych. To też niejednokrotnie nawoływano do nienadużywania tak modnych obecnie jarskich potraw; nadmiar witamin może być szczególnie niebezpieczny w starszym wieku, kiedy to nie odgrywają one w przemianie materji roli pierwszorzędnej i nie są potrzebne do celów właściwych w tak dużej ilości (Ludwig, Funk). Gerreb twierdzi, że pokarmy o małej zawartości witamin wyraźniej hamują wzrost nowotworów u zwierząt, aniżeli całkowite usuwanie z pokarmu jakiegokolwiek jednej witaminy. Według Gerreba w drugiej połowie ciąży oraz w okresie karmienia występuje u zwierząt nowotworowych zahamowanie wzrostu guzów. Gordon tłumaczy zjawisko to w ten sposób, że w tych okresach,

kiedy to rozwój zarodka, a później oseska postępuje bardzo szybko i to wyłącznie kosztem organizmu matki, — u tej ostatniej zmniejsza się znacznie ilość witamin; to zaś hamuje rozwój nowotworu u matki. Przemawia za tem spostrzegane zjawisko, że gnilec nie występuje prawie nigdy u osesków, karmionych piersią matki (nawet, gdy ta jest chora na skorbut), — gdyż oddaje ona dziecku swoje witaminy, wzgl. ich resztki. Gordon spostrzegł, że w zakładach karnych raki występują bardzo rzadko (w przeciwieństwie do gruźlicy); podaje, że jakoby w latach wojny śmiertelność z powodu raka była znacznie mniejsza; stwierdzano wreszcie niejednokrotnie, że u zwierząt głodzonych wzrost nowotworów złośliwych jest o wiele powolniejszy. Można przypuszczać, że we wszystkich tych przypadkach idzie głównie o brak witamin, względnie ich małą ilość, i że ogólne niedostateczne odżywianie miało tu znaczenie drugorzędne.

Hoffmann, a następnie Williams przypuszczają, że większą częstość występowania raka wśród ludów cywilizowanych należy wiązać z nadmiernie obfitem pożywieniem. Hoffmann badał częstość raka wśród barwnych ludów w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej i stwierdził, że dawniej występowanie raka wśród nich było rzadkiem zjawiskiem, i że w miarę zmiany trybu życia tych ludów z pierwobytnego na bardziej cywilizowany — liczba raków wzrastała. Roffo zwraca uwagę na nadmiar cholesteroliny w pożywieniu ludów, u których rak występuje częściej. W Argentynie szczególnie często chorują na raka baskowie i irlandczycy, którzy używają pokarmów, zawierających szczególnie dużo cholesteroliny (mięso, wędliny i tłuszcze wieprzowy, dużo jaj).

Caspari i Freundi Kaminer na zasadzie długoletnich badań starają się ustalić przepisy dietetyczne dla chorych rakowych. Według Caspariego dieta rakowych powinna być bardzo skąpa, nie powinna zawierać węglowodanów, a szczególnie świeżych jarzyn i cukru; białka i tłuszcze mogą być podawane w dowolnych ilościach. Freundi Kaminer radzą nie podawać wcale tłuszczów zwierzęcych, ani węglowodanów; wskazane jest natomiast według nich używanie w pokarmach białka bezwęglowodanowego, oliwy i zasad. Widzimy więc, że podczas gdy Caspari nie uważa za szkodliwe używanie tłuszczów (bez różnicy pochodzenia), — to Freundi i Kaminer uważają tłuszcze zwierzęce za szkodliwe dla chorych rakowych. W celu wyjaśnienia powyższej sprzeczności Caspari karmił myszy dużymi ilościami palmityny, która jest zawarta w dużych ilościach we wszystkich tłuszczach zwierzęcych, i spostrzegł wpływ na wzrost guzów. Należy podkreślić, że Freundi i Kaminer twierdzą, że palmityna jest tem ciałem macierzystym, z którego powstaje „kwas rakowy“, chroniący komórki rakowe przed rozpuszczaniem. Caspari w swoich badaniach stwierdził, natomiast że podawanie palmityny u myszy nie przyspiesza wzrostu nowotworów złośliwych: odwrotnie, pod wpływem palmityny nowotwory rosły wolniej, aniżeli u myszy, prawidłowo żywionych. Należy przypuszczać, że dalsze badania pozwolą bliżej wyjaśnić i tę sprawę. Narazie trzeba pamiętać o tem, że zarówno Caspari, jak i Freundi i Kaminer uważają świeże jarzyny i cukier za ciała, sprzyjające wzrostowi nowotworów złośliwych.

Wraz z rozwojem nauki o gruczołach wydzielania

wewnętrzny starano się wielokrotnie ustalić, jaki jest wpływ tych gruczołów na powstawanie i wzrost nowotworów złośliwych. Istnieją pojedyncze spostrzeżenia z patologii ogólnej nowotworów i gruczołów wydzielania wewnętrznego, które wskazują na związek pomiędzy czynnością tych gruczołów i zjawiskiem powstawania lub wzrostu nowotworów. Już dawno zwrócono uwagę na grasicę, która jakoby ma hamować rozwój nowotworów. Rzeczywiście okazało się, że wyciągi z grasicy znacznie silniej rozpuszczają „*in vitro*” komórki nowotworowe, aniżeli wyciągi z innych narządów lub surowica (Kaminiński i Morgensztern), i że u ludzi w starszym wieku, u których grasica nie zanikła, — surowica silniej rozpuszcza komórki nowotworowe, aniżeli surowica ludzi z zanikającą grasicą. W związku z częstszym występowaniem raka u ludzi starszych, a więc w okresie stopniowego zanikania czynności gruczołów płciowych, — możliwym wydawało się, że te ostatnie w okresie pełnej czynności chronią organizm od raka; potwierdziło to w pewnym stopniu spostrzeżenie, że największa liczba raków u mężczyzn przypada na okres od 60 do 80 lat, — podczas gdy u kobiet, u których zmiany w

gruczołach płciowych zjawiają się wcześniej, najwięcej raków występuje między 40 i 50 rokiem życia. Ciekawe jest spostrzeżenie Lauteborna: u starych jeleni występują w miejscu prawidłowych rogów rozległe, miękkie, gąbczaste rozrosty kostne; w większości zbadanych szczegółowo przypadków stwierdzono u tych jeleni zanik jąder.

Wielokrotnie podawano, że rak jest częstszy w tych okolicach, gdzie ludność choruje na wole (Bayard). Teilhafer opisał rodzinę, w której wszyscy członkowie mieli wole, i w której babka oraz połowa dzieci i wnuków zachorowali na raka. Niektórzy autorzy przypuszczają, że istnieje związek pomiędzy zaburzeniem czynności nadnerczy i rakiem; mają wskazywać na to zmiany barwnikowe w skórze, stwierdzane wielokrotnie u chorych na raka, a szczególnie u chorych na raka żołądka. Weiss już dawno zwrócił uwagę na możliwość istnienia związku pomiędzy zaburzeniem czynności wewnątrzwydzielniczej trzustki i powstawaniem raka: w trzech, szczegółowo zbadanych przypadkach raka stwierdził on zmiany mikroskopowe w wyspach Langerhansa.

(Dok. nast.)

Streszczenia pojedyncze

Patologia kliniczna i doświadczalna.

F. BAMATTER. Badania anatomo - kliniczne nad konstytucyjną rodzinną żółtaczką hemolityczną. (Le Sang N. 2, 1932 r.).

W pracy swej kresli autor drzewo genealogiczne rodziny, pochodzącej ze Szwajcarii włoskiej, w której stwierdza się 5 następujących po sobie pokoleń członków, dotkniętych konstytucyjną dziedziczną żółtaczką hemolityczną. Autor opisuje szczegółowo jeden przypadek, niepowikłany innymi chorobami, który przeżył 56 lat, a do obserwacji klinicznej jego dołącza szczegółową analizę anatomo - patologiczną. Szpik kostny jest w stanie nadczynności, zwłaszcza erytropoietycznej. Nadmierną czynność erytropoietyczną wyraża się w nienormalnie zwiększonej liczbie normoblastów (do 60% elementów jądrzastych szpiku) i dużej liczbie mitoz. Obfitość jąder w stanie *caryorhexis* w jądrzastych czerwonych ciałkach krwi wskazuje na przyspieszenie procesów dojrzewania. Mała liczba megakaryocytów tłumaczy, być może, zmniejszenie się liczby płytek krwi. Duża śledziona przedstawia prawie patognomiczny obraz „przekrwienia powrozków Billrotha z niedokrewnością zatok”. Jest ona usiana guzkami żelazisto - włóknistymi, przyczem barwnik, zawierający żelazo, występuje tutaj pod postacią hemosyderyny i fosforanu żelaza. Ten ostatni układa się w łańcuszki lub drobne krzaczki, a na skrawkach, barwionych metodą Turnbulla, daje obraz „cieni grzybów”. Śledziona, szpik kostny i wątroba są bogate w barwnik, zawierający żelazo; nerki, płuca i nadnercza zawierają jedynie ślady barwnika. Osobliwości anatomiczne opisywanego przypadku polegają na: 1) czaszce pyrgocefalicznej, niesymetrycznej z zupełnym brakiem prawego szwu wieńcowego, zniekształceniem, znalezionem w sposób zupełnie identyczny u siostrzeńca opisywanego chorego, który był niedawno obdukiowany w instytucie patologicznym; 2) bujaniu okostny kości czołowej, która miejscami zajmowała 4/5 grubości kości; 3) karcinoidzie w górnej części jelit krętych, który można umieścić wśród licznych oznak zwyrodnienia, znanych w tem schorzeniu konstytucyjnym; 4) czynności myelopoietycznej gruczołów chłonnych pozaotrzewnowych pnia kręzki; 5) istnieniu nowotworów myeloidnych

heterotopowych w okolicy przedkręgosłupowej, podobnych do znanych z piśmiennictwa dzięki spostrzeżeniom Sallabeyego i Płóńskiera. Jest bardzo możliwe, że przedkręgosłupowe „myelomaty”, spostrzegane przez Werthema, jak również jądra „limfosarkomatyczne”, opisane przez Guizattiego, oba razy w żółtaczce hemolitycznej konstytucyjnej, należą do tej kategorii ognisk myeloidnych pozaszpikowych o tak osobliwej topografii. Badania autora wskazują, że w przypadku konstytucyjnej żółtaczki hemolitycznej na pierwszym planie w obrazie anatomo - patologicznym stoją zmiany w szpiku kostnym. Autor podziela zdania tych badaczy, którzy uważają żółtaczkę hemolityczną za pierwotną, konstytucyjną chorobę szpiku kostnego, w szczególności czerwonych ciałek krwi. Powiększenie śledziony jest tylko objawem dodatkowym, wtórnym w procesie chorobowym. Chodzi tutaj o „hipersplenję względną”, skutek wytwarzania nienormalnych czerwonych ciałek krwi w szpiku kostnym. Ten znowu stara się wyrównać swą znaczną nadczynnością utratę ciałek krwi, być może, wskutek wzmoczonej czynności erytrofocytarnej śledziony; wysilek ten ujawnia się jeszcze w pojawianiu się nowotworzeń myeloidnych przedkręgosłupowych i ognisk myelopoietycznych w gruczołach chłonnych pozaotrzewnowych. Autor kładzie nacisk na fakt, że nie znalazł ani w śledzionie, ani w wątrobie ani śladu metaplastyki myelopoietycznej, aczkolwiek są to narządy predylekcyjne, w których spotyka się powrót do czynności hematopoietycznej w pewnych chorobach krwi, jak *anaemia myelogenes* (na przykład rak szkieletu). Uderzające jest, że stwierdza się brak tego odczynu myelopoietycznego w narządach, najbogatszych w żelazo, tych, które uczestniczą w najsilniejszym stopniu w niszczeniu czerwonych ciałek krwi. Można by było przyjąć, że z jednej strony czynność hemolityczna, z drugiej zaś hamująca w stosunku do powstawania ognisk hematopoietycznych w obu tych narządach są związane z istnieniem wspólnego czynnika.

Henryk J. Landau.

K. GUTZEIT. Ciężkie anemie po całkowitem wycięciu żołądka. (Klin. Woch. N. 9, 1932).

Różne schorzenia przewodu pokarmowego prowadzą do niedokrewności, najszybciej anemia rozwija się po całkowitem

wycięciu żołądka (*anaemia gastrica* — M o r a w i t z a). Autorzy wycinali żołądek psom; zwierzęta po zabiegu żyły 4 do 7 miesięcy. Na początku psy nawet przybierały na wadze; po pewnym czasie notowano spadek wagi o 20 — 40%. Tuż po zabiegu cyfra hemoglobiny i erytrocytów wzrastała, poczem stopniowo rozwijał się obraz ciężkiej anemii o charakterze aplastycznym i hipochromowym. W moczu operowanych psów stwierdzano znaczną indykanurję. Leukocyty i trombocyty nie przedstawiały odchyłań od normy.

Jakób P e n s o n.

A. JEZBER. Patogeneza pozanerkowej retencji mocznika. (Klin. Woch. N. 9, 1932).

Azotemja niezależna od uszkodzenia nerek, towarzyszy zwykle stanom zubożenia ustroju w chlorki; zdaniem B l u m a związki azotowe w tych przypadkach zostają zatrzymane we krwi dla zachowania ciśnienia osmotycznego krwi. Autor stwierdził chloropenję w 12 przypadkach zewnątrzwydzielniczych zaburzeń trzustki, zależnych od nowotworów, zaników i chronicznych zapaleń trzustki; stanom chloropenji towarzyszyła dość znaczna azotemja, dla której nie znajdowano uzasadnienia w nerkach. Także w cukrzycy często spostrzegano azotemję bez zmian nerkowych; autor sądzi, że tego rodzaju azotemja z chloropenją zależy od zaburzenia gospodarki chlorków, spowodowanej uszkodzeniem trzustki. Autor u chorych na cukrzycę, której towarzyszyła azotemja, stwierdził na autopsji rozległe zmiany anatomiczno - patologiczne w trzustce. R o b e n s, M e y e r - B i s c h stwierdzili u psów po wycięciu trzustki, spadek chloremji ze wzrostem azotemji. Autor sądzi, że trzustka odgrywa ważną rolę w regulacji chlorków; uszkodzenie czynności (wewnątrz- lub zewnątrzwydzielniczych) trzustki prowadzić może do azotemji niezależnej od nerek.

Jakób P e n s o n ...

Choroby narządów trawienia.

BOAS. Nowe drogi w leczeniu wrzodów żołądka i dwunastnicy (D. m. W. N. 45, 1932).

W przeciwieństwie do imponujących postępów w rozpoznawaniu wrzodów peptycznych, leczenie tych spraw chorobowych nie uczyniło takich postępów. Należy sobie jasno uświadomić kilka punktów. Leczenie wrzodów będzie tem skuteczniejsze, im wcześniej zostaną one rozpoznane i dlatego wczesne rozpoznanie jest tutaj równoznaczne z wczesnem leczeniem. Jeżeli spotykamy stałą i nie ustępującą zgagę, lub palenie w żołądku (*pyrosis gastrica*), okresowe występowanie bólów nocnych, nawet w lekkiej formie, to nie można tego ujmować, jak dawniej, jako nerwicy, ale trzeba mieć podejrzenie w kierunku nadżerek lub wrzodu. Należy także ściśle odróżniać wyniki lecznicze natychmiastowe i późniejsze. Natychmiastowe skutki winny być osiągnięte wszelkimi dostępnymi nam środkami djetetycznymi i farmakologicznymi. Proste formy wrzodu mają bowiem b. dużą skłonność do gojenia się. Inaczej przedstawia się sprawa uzyskania długotrwałych wyników leczniczych, które jak wiadomo, b. trudno uzyskać. Przyczyna bowiem wrzodów żołądka jest b. skomplikowana; oprócz błędów djetetycznych, mechanicznych, konstytucjonalnych i dziedzicznych, wchodzi w grę rozległe przyczyny psychiczne. Trudno nam, przy dzisiejszym stanie wiedzy, przewidzieć nawrót sprawy chorobowej, natomiast możemy uchwycić i leczyć jego początek. Dla oceny leczenia b. ważne jest ustalenie, czy nastąpiło wyleczenie lub zbliźnowacenie wrzodu czy też nie. Najbardziej wskazówki daje nam tutaj objaw bólowy. Duże znaczenie ma rentgenoskopia i gastroskopia; ta ostatnia praktycznie jednak niezawsze może być zastosowana. Brak krwawienia utajonego nie wyłącza obecności wrzodu, a zniknięcie krwi w kale nie dowodzi jego wyleczenia. O wiele dokładniejsze dane daje nam w tym kierunku

obecność stercoporfiryny. Stwierdzenie denteroporfiryny przy wrzodzie ma poczwórne znaczenie. Przedewszystkiem udaje się ją stwierdzić tam, gdzie zawodzą najsilniejsze odczyny peroksydazy. Po drugie udaje się ją stwierdzić w tem stadium, gdy odczyny peroksydazy wypadają ujemnie. Dalej jesteśmy w możności na tej zasadzie odróżnić objawy nieżytu żołądka od wrzodu, oraz uchwycić nawroty wrzodu już w pierwszych okresach. Doświadczenie osobiste autora przemawia za tem, że zbyt optymistycznie oceniamy czas wyleczenia wrzodu żołądka. W przypadkach przewlekłych ten okres czasu wynosi nie tygodnie, a miesiące. Po ściśle przeprowadzonym leczeniu denteroporfiryna znika dopiero po 6 — 8 tygodniach. W związku z tem należy sądzić, że zbyt często rozpoznajemy nawrót, podczas gdy jest to obostrzenie sprawy, niedostatecznie wyleczonej. Djetetyczne postępowanie w przypadkach wrzodu winno się składać z diety kalorycznie wystarczającej, możliwie ubogiej w sole i nie drażniącej, a zawierającej tłuszcze i witaminy i utrzymującej przez to koncentrację jonów wodorowych soku żołądkowego na niskim poziomie. Na tej zasadzie opiera się też leczenie alkalkjami. Atropina i preparaty belladonny działają jako środki łagodzące i jedynie od przypadku do przypadku, w razie niewystarczającego leczenia poprzednimi środkami. Każdą metodę leczniczą należy łączyć z leżeniem w łóżku. W leczeniu nieżytu żołądkowego wchodzi w grę jeszcze *argentum* i tannina. W przypadkach *ulcus callosum* autor stara się zapomocą środków cieplnych doprowadzić do krwawienia i leczyć wówczas dietą i leżeniem. O wynikach osiągniętych zapomocą odżywiania dwunastniczego i jelitowego, B. nie posiada własnego doświadczenia, a dla praktyki metoda wydaje się być jeszcze zbyt świeżą. Ciężka praca fizyczna, która jest b. często momentem powodującym nawroty, winna być, o ile możliwe, zaniechana. Rokowanie w przypadkach wrzodów krwawiących wydaje się być lepszem niż we wrzodach niekrwawiących.

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

J. BAUMNEL i G. ROUX. Zapalenie samoistne surowicówki przewodu pokarmowego. (Arch. des Mal. de l'App. Dig. N. 9, 1932).

Samoistne zapalenia surowicówki przewodu pokarmowego (*perivisceritis digestiva essentialis*) stanowią złożony co do swego pochodzenia i swych postaci klinicznych zespół chorobowy. Dokładna jego patogeneza nie jest dotąd znana. Przebieg choroby zbija często z tropu najlepiej zorganizowane leczenie. Z jednej strony widuje się pomyślne wyniki leczenia wewnętrznego, chirurgicznego lub mieszanego, z drugiej zaś — spotyka się przypadki odporne na wszelkie metody leczenia. Odwrotnie czasem następuje brutalne wprost wyleczenie, wprawiające w osłupienie, wtedy, kiedy utracono już, jakby się zdawało, wszelką nadzieję.

Henryk J. L a n d a u.

NONNENBRUCH. W sprawie wchłaniania w zapaleniu jelit. (D. m. W. N. 41, 1932).

Zaburzenia wchłaniania przy zapaleniu jelit są spowodowane przez zmiany w mechanizmie przepuszczania treści pokarmowej z dwunastnicy do jelit, przez przepełnienie jelit oraz złe rozmieszczenie w nich treści pokarmowej. Do tego wszystkiego przylączy się przyspieszone wogóle przechodzenie masy pokarmowej. Zwiększona warstwa śluzu na ścianie jelit ma najróżniejszy wpływ na zjawiska wchłaniania. Według jednych autorów w śluzie jelitowym znajdują się substancje hydrotropowe, które, przez ułatwienie wytwarzania ciał łatwo rozpuszczalnych z trudno rozpuszczalnych, ułatwiają wchłanianie. Inni twierdzą, że śluz zarówno mechanicznie jak fizycznie utrudnia resorbcję. Zwykle przekrwienie i lekkie zapalenie ułatwiają resorbcję, ciężkie podrażnienie i zapalenie — utrudniają ją. Przy *peritonitis* stwierdzono przyspieszone wysysanie, przy *ileus* — znaczne za-

burzenia. Jest także zupełnie możliwe, że uszkodzona błona śluzowa powodować może i ilościowe zmiany w swej przepuszczalności, tak, że pewne ciała trujące, dotychczas nieprzepuszczalne, mogą przenikać i powodować cały szereg zaburzeń ogólnych. Coraz dokładniejsze spostrzeżenie spraw, toczących się w jelitach, doprowadziły do ustalenia podłoża zapalnego, *gastroenteritis*, w wielu sprawach czynnościowych: dyspepsja gnilna, biegunki przy *B a s e d o w i e*, marskości wątroby. Rozpoznanie *enteritis* jest pośrednie, i wynika ono z badania rentgenowskiego, stolca i treści jelitowej.

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

Choroby dzieci.

N. A. SMORODINCEW. O pierwotnej błonicy sromu i pochwy w wieku dziecięcym. (Zbl. Gynaek. N. 35, 1932).

Istotne właściwości rozpoznawcze i kliniczne pierwotnego błoniczego zapalenia sromu i pochwy dadzą się ująć w poniżej podane zasadnicze cechy. 1) Na pierwszym planie stoi bolesne oddawanie moczu. Jest to najważniejsza przyczyna zwrócenia się do lekarza. Natomiast w rzeżączkowym zapaleniu sromu i pochwy przedmiot skarg matki stanowi zabrudzona ropą bielizna. 2) Osłabienie obok niepokoju nerwowego. Ciężota ciała normalna lub tylko nieznacznie podniesiona. 3) Zewnętrzne narządy rodne są silnie obrzękłe. Obrzęk bywa tutaj o wiele silniej wyrażony, niż w postaciach rzeżączkowych, gdzie wogóle bywa tylko rzadko spostrzegany. 4) Twardego obrzmienia pachwinowych gruczołów chłonnych nie brak nigdy. 5) Istnieje nieznaczna, przeważnie surowiczko-krwawa śluzowa wydzielina, podczas gdy w rzeżączce wydzielina jest obfita, ropna lub śluzowo-ropna. Rzadkiej wydzieliny ropnej w dużych ilościach nie spostrzegali autor w pierwotnej błonicy narządów rodnych, a opisy takie kładą na karb wtórnej błonicy narządów rodnych, gdzie taka wydzielina rzeczywiście bywa i może być wytłumaczona przez uprzednie osłabienie ustroju. Również autor spostrzegał takie przypadki. 6) Autor stwierdzał zawsze na błonie śluzowej sromu błoniste naloty o szarej do szarozielonkawej barwie, mocno zrośnięte z leżącą poniżej tkanką, krwawiącą przy próbach zdjęcia. 7) W rzeżączkowym zapaleniu sromu i pochwy bywa przeważnie dobrze wyrażone przekrwienie błony śluzowej, podczas gdy dla błonicy jest charakterystyczne ciemniejsze zabarwienie sinawe. 8) Z reguły istnieją rozmaicie głębokie nadżerki błony śluzowej narządów rodnych. Błona dziewicza ulega przeważnie zniszczeniu przez martwicę lub też bywa zachowana w skąpych szczątkach u wejścia, przyczem zostaje zastąpiona przez tkankę łączną. Nasuwa się myśl, że niektóre wrodzone pochwy zarośnięte lub zwężone można położyć na rachunek błonicy w wieku dziecięcym. Podane powyżej wskazówki wystarczają do różniczkowania między błoniczem a rzeżączkowym zapaleniem sromu i pochwy. W razie ewentualnych wątpliwości rozpoznawczych mamy do dyspozycji wreszcie badanie bakteriologiczne. Leczenie błoniczego zapalenia sromu i pochwy wymaga zachowania ogólnych zasad leczenia błonicy. Bardzo ważnym jest dawkowanie surowicy. Ogólnie mówiąc, zasługują na pierwszeństwo duże dawki. Przedawkowanie nie pociąga za sobą tak poważnych skutków, jak zastosowanie zbyt małych dawek. Przeciwyjady, podane wśródmięśniowo, mają działać prawie 6 razy silniej, niż podane podskórnio. W ciężkich przypadkach można robić wśródżylnie wlewania.

H. L.

H. SCHÖNFELD. W sprawie leczenia ogólnego *erythrodermia desquamativa*. (Monatschr. f. Kinderheilk. t. 54. Zeszyt 4).

Erythrodermia desquamativa daje dotychczas znaczny procent śmiertelności, wynoszący w najpomyślniejszych obli-

zeniach około 30. Wiadomo powszechnie, że zbyt energicznie prowadzone leczenie miejscowe może dziecku zaszkodzić i że nie sama sprawa skórna prowadzi do śmierci, lecz związana z nią skłonność do infekcji i zaburzenie gospodarki wodnej, prowadzące do znacznych spadków wagi. Autor podaje rezultaty leczenia ogólnego 120 dzieci, dotkniętych *erythrodermia desquamativa*. Wbrew zdaniu znacznej liczby lekarzy, którzy żądają odstawienia dziecka od piersi, opierając się na spostrzeżeniu, że *erythrodermia desquamativa* jest przeważnie dermatozą dzieci, karmionych piersią, — autor uważa za błąd sztuki pozbawienie dziecka pokarmu naturalnego. Niemniej dokarmia niemowlęta masłanką z klejem ryżowym, której ilość wynosi 1/3 całkowitej ilości pożywienia (reszta w postaci mleka kobyiego). Masłankę stosuje w tej myśli, że pokarm, bogaty w sole i białko, może przeciwdziałać zbyt gwałtownym spadkom wagi. W cięższych przypadkach autor stwierdził poszczególne działania zastrzykiwania krwi domięśniowo lub dożylnie. Niekiedy już w kilka godzin po zastrzyknięciu widać znaczną poprawę w ogólnym stanie dziecka. Czasem jednak działanie to jest przejściowe i po krótkotrwałym podniesieniu wagi następuje znowu znaczny spadek. W tych przypadkach udawało się nieraz osiągnąć poprawę przez ponowienie zastrzyknięcia. Do iniekcji (zazwyczaj dożylnych) autor brał 10 — 20 ccm. krwi z cytratem. W 120 przypadkach, leczonych w powyżej opisany sposób, śmiertelność wyniosła 7%, była zatem w porównaniu z innymi statystykami niebywale niska.

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

L. de CASTRO FREIRE. Pyretoterapia w płasawicy. (Arch. de Méd. des Enf. N. 9, 1932).

Rozpatrując pomyslnie działanie nirwanolu w leczeniu płasawicy, autor podkreśla, że w przypadkach wyleczonych obserwowano zawsze bardzo silny odczyn na nirwanol w postaci gorączki i wysypki. Te dwa czynniki mogą, według autora, działać oddzielnie, to też sprobował on leczenia przez wywoływanie gorączki (pyretoterapia). W tym celu stosował zastrzyknięcia domięśniowe sufrogelu (preparat siarkowo - żelatynowy), powtarzane zazwyczaj 6-krotnie w odstępach parodniowych. Ciężota podnosiła się w przeciągu 24 godzin do 39° a nawet 40° i dość szybko wracała do normy. Autor podaje opis 10 przypadków, w których pomyslnie działanie tego preparatu uważa za niewątpliwie. Leczenie to, zdaniem autora, niemoże w ciężkich przypadkach zastąpić nirwanolu, ale zasługuje na to, aby było zastosowane uprzednio, tembardziej, że nie naraża chorego na żadne niebezpieczeństwo.

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

NEDELMANN. Endocarditis lenta u dzieci. (D. m. W. N. 48, 1932).

Cierpienie to spotyka się u dzieci częściej, aniżeli dotąd przypuszczano. W wywiadach znajdujemy zwykle skargi na bóle w stawach, dreszcze, ociężałość oraz wadę serca. Nasilenie się tych objawów oraz wystąpienie duszności, gorączki i kaszlu zmuszają do zasięgnięcia porady lekarskiej. Wreszcie rozwijają się ogniska zatorowe w skórze, śledzionie, nerkach, mózgu, płucach i narządzie krążenia. W obrazie klinicznym zazwyczaj jak i u dorosłych, stwierdzamy wadę serca, powiększoną śledzionę i gorączkę, obok tego charakterystyczne są poniekąd i inne objawy jak powiększenie wątroby, nasilenie się anemii, krwimocz, tętniaki i najważniejsze — wykrycie paciorkowca zieleniejącego w posiewie z krwi. Dodatni wynik badania krwi ustala dopiero rozpoznanie. W rozpoznaniu różniczkowym należy uwzględnić ostry gościec stawowy i gruźlicę. Rokowanie niepomyślne, pomimo iż opisywane są przypadki wyleczenia. Przyczyną

zejścia śmiertelnego jest przeważnie zator w mózgu. Czas trwania cierpienia krótki. Leczenie nieskuteczne pomimo stosowania wielu środków. Zapobiegawcze usuwanie migdałów i spróchniałych zębów jest bez znaczenia. Środki przeciwbakteryjne, trans-

fuzja krwi, usuwanie śledziony nie daje żadnych wyników. Długi okres poprawy, osiągnięty przez autora w jednym przypadku, należy uzależnić od stosowania detoksyny i kakodylanu sodu.

Wanda L u x e n b u r g o w a.

Oceny książek.

Dr. M. GIRSZOWICZ. Krótki zbiór recept dla lekarzy praktyków, Wilno 1933. Skład główny w Księgarni Rutkieskiego, stron 197.

Praca zbiorowa dziewięciu lekarzy specjalistów, wydana pod redakcją dra M. G i r s z o w i c z a, znanego już naszym czytelnikom z poprzednich jego prac, jako to: „Jak należy odżywiać się i zachowywać w chorobach serca”, wydanej w r. 1931 oraz „Jak żyć i odżywiać się należy, aby zachować zdrowie” (1930). Obecna praca poświęcona jest pamięci prof. dra Karola D e h i o, dyrektora polikliniki w Dorpacie, który pragnąc dać praktykantom i młodym adeptom sztuki lekarskiej do rąk fundament zapisywania recept, wydał w r. 1888 książeczkę, zatytułowaną „In der Dorpater Poliklinik gebräuchliche Recepte und Verordnungen”, która doczekała się kilku wydań. Książeczka ta miała stron 38 i obejmowała 273 recepty, możliwie najprostsze i najtypowsze, ugrupowane według działów medycyny wewnętrznej; w większości recepty obejmowały tylko jeden środek, który już w następnych receptach się nie powtarzał. Receptariusz ten okazał się bardzo praktyczny właśnie dzięki temu, że był nieprzeładowany; posłużył on koledze G i r s z o w i c z o w i za wzór, gdyż i w jego wydaniu dział chorób wewnętrznych obejmuje zaledwie 219 recept, najtypowszych i wypróbowanych. Rozmiary książki urosły przez to, że redaktor który sam opracował dział wewnętrzny, dołączył działy: chorób dziecięcych (Dr. Z. B a r a n o w s k i), chorób położniczo-ginekologicznych (Dr. G. G i e c o w), chorób skórnych (Dr. D. Z e l d o w i c z), chorób wenerycznych (Dr. E. G l o b u s), chorób narządów i dróg moczowych (Dr. E. C h o l e m), chorób ocznych (Dr. I. R u c z n i k), chorób chirurgicznych (Dr. C. Z a r c y n), chorób uszu, nosa i gardła (Dr. S. L e w a n d e), wreszcie w osobnym dziale zebrane zostały „potentica i wody mineralne”. Wobec tytułu działów przyznać trzeba, że rozmiary książeczki są nader skromne (stron 197), co zawdzięcza się głównie temu, że wszyscy autorowie starali się być możliwie zwięzli i rzeczowi, unikając zbytecznego balastu. Do balastu lekarskiego zaliczyć musimy te niezliczone, do dziesiątków tysięcy dochodzące środki patentowane, z którymi współczesny przemysł farmaceutyczny wyprawia istne orgie już od dwudziestu lat, i przeciwko którym buntują się nareszcie i lekarze i sami farmaceuci. Tego balastu autorowie w receptach unikali i zepchnęli go słusznie do końcowego działu na pociechę amatorów. Receptariusz Dra G i r s z o w i c z a jest renomowany, t. j. obok każdej niemal recepty umieszczone zostały *petitem* uwagi co do wskazań, ograniczeń, wartości recepty i najlepszego jej stosowania. Przy każdej receptce dodana została cena apteczna, obłożona przez mag. farm. J. F r u m k i n a. Trudno mi uwierzyć, żeby ktokolwiek z lekarzy praktyków mógł uznać tak opracowany zbiór recept dla siebie za zbyteczny. Każdy z nas nosi w głowie pewien zapas nazw leków, którymi w praktyce operuje; pamięć jednak często zawodzi: niekiedy trudno jest sobie przypomnieć nazwę środka krajowego lub skład mikstury, którą się przed rokiem przepisywało, a do której chciałoby się obecnie powrócić po doznaniem niepowodzenia stosowania rozreklamowanych środków patentowych. W takich razach pomocą będzie „zbiór recept”. A już wprost niezbędny się staje, jeżeli chodzi o wkroczenie w obcą specjalność. Niemożliwym jest, żeby lekarz prak-

tyk nie był zmuszony przekraczać działu swojej specjalności: jeżeli przy badaniu chorego dostrzeże na skórze grzybek (*pitiriasis versicolor*) nie będzie odsyłał chorego do dermatologa; jeżeli pacjentka jest jednocześnie w ciąży i zada lekarzowi pytanie co do kąpeli, to nie może jej odsyłać do akuzera; jeżeli obłożnie chory dostanie odleżyn, to nie będzie do niego wzywał chirurga; jeżeli w grypie mężczy chorego katar, to nie wezwie na konsylium laryngologa — na wszystkie takie komplikacje każdy z lekarzy praktyków musi być przygotowany; może się nieraz znaleźć w kłopotcie, i sięgnie do „zbioru recept”. Tylko zarozumiały lekarz wzruszy ramionami na widok „zbioru recept”, ale zarozumiałość u lekarza jest wadą, nie zaletą. Książkę można polecić każdemu lekarzowi; osobiście rokuje jej duże powodzenie, gdyż istotnie na nie zasługuje. Na okładce autor zachęca czytelników do nadsyłania uwag w celu uzupełnienia następnego wydania. Korzystając z tego pozwalam sobie na następujące uwagi: 1) Pożądany jest na końcu spis środków z podaniem numeru recepty, na wzór receptariusza prof. D e h i o; 2) niezbędna jest lepsza korekta, żeby uniknąć lokciwego spisu błędów ważniejszych, przytoczonych na ostatniej karcie, i liczniejszych jeszcze błędów drukarskich, szpecących książkę („*tales*” zamiast „*tabes*”); 3) należy ujednolajnić mianownictwo, t. j. zdecydować się na spolszczenie nazw chorób lub utrzymać terminologję łacińską, żeby nie stały obok siebie takie miana, jak zapalenie płuc i *asthma bronchiale* (Nr. 190), skoro mamy nazwę poleką „*dychawica oskrzelowa*”, 4) poprawić łacinę, np. *sine signo* (nie: *sine signe*), *pneumonia cruposa* (nie *crouposa*), a przede wszystkim zaprosić do współpracy polonistę, żeby uniknąć takich zwrotów, jak „najbardziej energiczny” (Nr. 175) zamiast najenergiczniejszy, przy zapaleniu płuc, zamiast w zapaleniu, „grzałki”, zamiast ogrzewacz. Zaznaczyć należy, że najpoprawniej pod względem lingwistycznym opracowane są działy: chorób położniczo-ginekologicznych, skórnych, ocznych i laryngologicznych, 5) w dziale „*Potentica*” należy nie pomijać niektórych fabrykatów krajowych; nie znajduję wytworów firmy Laokoon (Jodlysin), Gaseckiego (Jodpepton), Tlen. W celu ułatwienia autorowi pracy odsyłam do własnego spisu środków lekarskich („*Warszawski Kalendarz Lekarski*”); 6) w dziale chorób wewnętrznych przy omawianiu cukrzycy autor zbyt szafuje insuliną, na co trudno się zgodzić. Jednak leczenie dietetyczne w cukrzycy nic dotąd nie straciło na wartości, pomimo insuliny, która jest kosztowna, i której stosowanie jest kłopotliwe, a najważniejsze — że często zawodzi, pomijając już też okoliczność, że wymaga skrupulatnej kontroli chorego co do analiz krwi, moczu i stanu ogólnego (skleroza). Pożądane jest zmodyfikowanie tego według współczesnych poglądów krytycznych.

W. K n a p p e.

Dr. Stefan KRAMSZTYK. Krótki rys współczesnej organoterapii dla lekarzy i studentów medycyny. Z 48 rycinami w tekście, z przedmową doc. dra Władysława S t e r l i n g a. Warszawa 1933, str. 75.

Pomimo że piśmiennictwo polskie zawiera niemało prac oryginalnych z dziedziny endokrynologii (P e c h k r a n o jeszcze przed F r ö h l i c h e m opisał zespół zwyrodnienia tłuszczowo-płciowego, G a j k i e w i c z i H i g i e r —

zmiany pola widzenia w akromegalii, S t e r l i n g a prace o eunuchoidyzmie, B y c h o w s k i e g o o obrzęku śluzowym i schorzeniach przysadki mózgowej i t. d. i t. d.), nie było u nas dotychczas książki obejmującej całokształt współczesnej endokrynologii, która obejmuje coraz szersze dziedziny patologii ogólnej i szczegółowej. (Do jakiego stopnia dochodzi nieznajomość albo lekceważenie polskiego piśmiennictwa przez polskich autorów, dowodzi ogłoszona przed kilkoma tygodniami w „Medycynie” praca o guzach przysadki mózgowej i ich leczeniu, w której autor cytuje tylko dwie prace polskie, bezpośredniego związku z całym zagadnieniem, zresztą, nie mające). Dobrze więc zrobił znany z swojej pracowitości i erudycji kol. K r a m s z t y k, że wydał swój „krótki zarys”, który zachęci prawdopodobnie niejednego studenta i lekarza do bliż-

szego zainteresowania się wielolicznymi zagadnieniami endokrynologicznymi. Autor krótko omawia fizjologję każdego poszczególnego narządu endokrynnego i zespoły kliniczne, które jego schorzenie może wywołać. Ze względu na rozmiary książki autor jest nieraz już zbyt lakoniczny i niektóre zespoły kliniczne, na przykład schorzenia z powodu nadmiernej czynności przytarczyc (chor. R e c k l i n g h a u s e n a, M a r i e) pomija milczeniem. Ale naogół jest to książka bezsprzecznie pożyteczna, której należy życzyć jaknajszerszego rozpowszechnienia. W następnym wydaniu należałoby rozmiary powiększyć, co niezawodnie się przyczyni do spopularyzowania endokrynologii wśród lekarzy. Pożądana też jest lepsza reprodukcja rycin. Niestety, powagę książki obniżają znajdujące się na okładce ogłoszenia firm reklamujących swoje preparaty organoterapeutyczne.

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

Wskazówki praktyczne

Trudności w rozpoznawaniu różniczkowym między *gruźlicą a kłtą skóry* polegają, zdaniem S l a d k o w i t s c h a na niedostatecznym badaniu klinicznym, przecenianiu wartości odczynów W a s s e r m a n n a i P i r q u e t a jakoteż specyficzności leczenia promiennego i tuberkulinowego, a niedocenianiu specyficznego leczenia próbnego przeciwkółowego. Do przeprowadzenia takiego leczenia próbnego poleca S. szczególnie jodek potasu w kombinacji z miejscowym stosowaniem maści lub plastrów rtęciowych. (Acta Dermato-venerol. T. XIII. Z. 2).

—o—

T r e i b m a n n poleca w leczeniu trądzika Puder Sulfodermowy, odznaczający się przyjemnym zapachem i nie rzucający się w oczy z powodu łagodnego koloru. Stosować go należy często i obficie. Ludziom, pocącym się mocno, zaleca się

sypanie pudru do koszuli nocnej, aby uchronić skórę pleców od trądzika. (M. m. W. 1932 N. 43).

—o—

Najlepszym środkiem przeciwko *gorączce siennej* jest według H a n s e n a, desensybilizacja za pomocą wielowarzonego wyciągu z pyłków roślinnych *Helisen 1932*. Zapobiegawczo powinno leczenie to być rozpoczęte z wczesną, pomiędzy 1 lutego a 1 kwietnia, a ukończone około połowy maja. (D. m. W. 1933. N. 6).

—o—

G r o t h i J e g o r o w polecają *djatermię*, wzgl. *djatermię krótkofalową* szyjnych nerwów współczulnych i przywspółczulnych *we wrzodzie żołądka, w padaczce i dławicy piersiowej oraz w schorzeniach narządów miednicy i kończyn dolnych*. (M. m. W. 1933. N. 9).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dnia 28 czerwca 1932 r.

Początek o godzinie 20-tej punktualnie.

Obecnich członków T-wa — 20, wprowadzonych gości — 29.

1. Protokół zebrania naukowego z dn. 21 czerwca 1932 r. przyjęto.

2. Kol. P r e z e s odczytał wykaz prac nadesłanych do Biblioteki Towarzystwa.

3. Kol. C h o d k o w s k i K., członek T-wa, przedstawił przypadek „Wrzodu dwunastnicy u 2-letniego dziecka” (streszczenie własne): przypadek dotyczy 2 letniego chłopca (syn szewca), który przybył do Szpitala św. Stanisława (Oddział obserwacyjny, ordynator Doc. Dr. med. W. F i l i Ń s k i) dnia 23 kwietnia 1932 roku z podejrzeniem na dur brzuszny. Zachorował przed 5 dniami. Ciężota była jakoby podniesiona; stolce początkowo były wolne, potem — zaparte. Przed rokiem przechodził „nieżyt jelit”.

Zwraca uwagę dobry stan odżywiania. W narządach wewnętrznych zmian nie stwierdzono. W moczu znaleziono składniki prawidłowe. W pierwszych dniach pobytu w oddziale wystąpiły objawy zapalenia opon mózgowych, stan ogólny chorego stale się pogarszał. Pod koniec życia jakoby miał czarne stolce. Zmarł 6.V. 1932 r. Rozpoznanie kliniczne: g r u Ź l i c z e z a p a l e n i e o p o n m ó z g o w y c h.

Podczas badania pośmiertnego w dniu 7 maja 1932 r. (Prosektorjum Szpitala św. Stanisława, obducent K. C h o d k o w s k i) stwierdzono:

1) gruźlicze zapalenie opon miękkich podstawy mózgu z towarzyszącym mu wodogłowiem wewnętrznym,

2) pierwotny zespół gruźliczy ognisko pierwotne w górnym płacie prawego płuca, serowaciejący górny gruczoł limfatyczny tchawiczno-oskrzelowy po stronie prawej; zapalenie naczyń limfonośnych, wiodących od ogniska do gruczołu.

3) ogólną gruźlicę prosówkową płuc, śledziony, nerek i wątroby.

4) wrzód trawienny dwunastnicy wielkości monety 10 groszowej, w tylnym ścianie tuż poniżej odźwiernika. Wrzód był okrągły, miał ostro ścięte gładkie brzożgi w odcinku zwróconym ku brodawce dwunastniczej — schodkowane dno jego stanowiła częściowo cienka, prawie przezroczysta warstwa tkanek, częściowo głowa trzustki. Wrzód ten spowodował nadzwyczaj obfity krwotok do jelit.

W żołądku stwierdzono dużo śluzu, ściśle przylegającego do powierzchni.

Badanie mikroskopowe ściany wrzodu potwierdziło rozpoznanie makroskopowe (znak gruźlicy nie znaleziono). Odczyn zapalny był zaznaczony dość skąpo skupieniami krwinek białych z jądrami wielopłatowymi (leukocyty), co mogło wskazywać na ostry przebieg wrzodu. Przyczyny rozwoju wrzodu nie udało się ustalić. Należy zaznaczyć, iż dziecko przed przybyciem połknęło żelazne gwoździe szewckie (wiadomość uzyskana od matki zmarłego). Nie wyłączone, iż wrzód rozwinął się na temle (uraz). Związek przyczynowy z gruźlicą, która istniała w ustroju dziecka, jest możliwy, lecz mało prawdopodobny.

Chorobę wrzodową w wieku dziecięcym spotyka się na ogół znacznie rzadziej, niż u dorosłych. Tak przynajmniej wynika z danych sekcyjnych. Choroba wrzodowa najczęściej występuje u noworodków, następnie we wczesnych latach dzieciństwa, po 10 r. ż. zdarza się rzadko. Zmiany najczęściej zajmują dwunastnicę, rzadziej żołądek. W dwunastnicy wrzód zawsze zajmuje odcinek powyżej brodawki Vatera.

Klinicznie część przypadków choroby wrzodowej dwunastnicy ma przebieg utajony (krew utajona w kale). Niekiedy przejawia się krwawymi wymiotami i krwawymi stolcami. Śmiertelne krwawienia w chorobie wrzodowej dwunastnicy u dzieci zdarzają się często wskutek nadżarcia ściany tętnicy dwunastniczo-trzustkowej. U noworodków jest ona najczęstszą przyczyną krwawych stolców (*melæna vera*). Rzadziej wrzód przebiega i wywołuje zapalenie otrzewny. Część wrzodów goi się, niekiedy bardzo szybko.

Patogeneza wrzodów trawiennych w wieku dziecięcym dotychczas jest niewyjaśniona. U noworodków duże znaczenie prawdopodobnie mają zaburzenia w krążeniu krwi. Pewną rolę odgrywa także ucisk na dwunastnicę ścianą tętnicy dwunastniczo-trzustkowej, co powoduje niedokrwienie ściany; krwawe doszluzówki i podszluzówki; wrzód powstaje wtórnie z zadziałania soku żołądkowego (Aschoff). U dzieci poza zaburzeniem w krążeniu znaczenie w powstawaniu wrzodu mają:

- a) oparzenia powłok skórnych (już nawet w I stopniu),
- b) zaburzenia w odżywianiu (dekompozycja, pedatrofja).

Pewne znaczenie mają także czynniki rodzinne (występowanie wrzodu u dzieci z jednej i tej samej rodziny).

Rozprawy:

Kol. Sławiński Z., spozstrzegł 2 przypadki wrzodu dwunastnicy u dzieci po wypiciu ługu.

Kol. Zatorski J., zwraca uwagę na znaczenie zmian zapalnych ściany żołądka w patogeniezie wrzodowej.

Kol. Filiński Wl. uważa tło urazowe wrzodu (połknięte gwoździe) w przedstawionym przypadku za mało prawdopodobne. Wrzód przypuszczalnie, rozwinął się na tle zmian gruczołowych w naczyniach krwionośnych (*endo et periarteriitis*).

Kol. Chodkowski K. członek T-wa, (streszczenie własne): podaje, że badanie mikroskopowe żołądka nie wykazało zmian chorobowych w żadnej z warstw ściany, ani też w zwojach i nerwach. Związku przyczynowego wrzodu z gruczołową wyłączyć z całą pewnością nie można.

4. Kol. Filiński W., członek T-wa, wygłosił odczyt p. t.: „W sprawie zmian organicznych w ośrodkowym układzie nerwowym w przebiegu włośnicy” (streszczenie własne): F. opisuje przypadek włośnicy u kobiety, lat 32, u której w okresie zwolnienia gorączki i ogólnej poprawy wystąpiły objawy oponowe i porażenie połowiczne. Nakłucie lędźwiowe wykazało płyn mózgowo-rdzeniowy krwawy. Choroba skończyła się śmiercią.

Przy badaniu sekcyjnym stwierdzono zakrzep zatok mózgowych i ognisko rozmięknienia czerwonego. F. omawia wogóle zmiany w centralnym układzie nerwowym we włośnicy i przechodzi do rozważań nad rolą samego pasorzyta w powstawaniu zakrzepów, a szczególnie zakrzepów zatok mózgowych. Uważa za możliwe miejscowe działanie samych włośni, które według ostatnich spostrzeżeń atakują nie tylko układ mięśniowy, ale przenikają do szeregu innych narządów.

5. Kol. Hrom St. omówił „Ciśnienie średnie w odciesnieniu do ciśnienia tętniczego maksymalnego i minimalnego na podstawie badań oscylograficznych” (streszczenie własne): prelegent przedstawił swoje spostrzeżenia dokonane w klinice prof. Clerca w szpitalu Lariboisière w Paryżu, dotyczące ciśnienia tętniczego średniego Vaqueza, w odniesieniu do ciśnień tętniczych maksymalnego i minimalnego. Posługiwał się w swoich badaniach przyrządem oscylograficznym odtwarzającym na papierowej taśmie po dwie krzywe przy każdym badaniu: jedną dla określenia ciśnienia maksymalnego z zastosowaniem mańkiety dwukieszonkowej, typu Galavardina, drugą — ciśnienia średniego i minimalnego przy zastosowaniu mańkiety jednokieszonkowej. Ogółem wykonano czterysta badań. Przy zestawieniu uwzględniono: 1. Skale ciśnień maksymalnego, średniego i minimalnego, 2. Stan % ciśnienia średniego normalnego, 3. Częstość zachodzącej zgodności poziomów ciśnienia średniego, na kończynach górnych i dolnych, 5. Stan % pewnych wyników ciśnienia minimalnego, 6. Obecność plateau, 7. Obecność anizosfigmii oraz, 8. Umiejscowienie ciśnienia średniego w stosunku do ciśnienia maksymalnego lub minimalnego. W niektó-

rych brana była pod uwagę płeć. Uwzględniając przy określaniu powyższych wyników pewne poprawki nasuwające się przy odczytywaniu przez różnych badaczy, autor podzielił otrzymane wyniki na trzy grupy, celem oparcia wniosków na większym materiale liczbowym. Pierwsza grupa tyczyła się osób zdrowych, druga — chorych, nawiedzonych zaburzeniami ze strony układu oddechowego, krążenia, pokarmowego i moczowego bez nadciśnienia maksymalnego, trzecią stanowili nadciśnieniowcy z nadciśnieniem maksymalnym czyto pochodzenia samoistnego, czy też miażdżycowego. We wnioskach stwierdzono, że ciśnienie średnie wykazuje większą stałość u ludzi, niż ciśnienie maksymalne lub minimalne, tem niemniej waha się ono w dość szerokich granicach, zwłaszcza u nadciśnieniowców; wahania powyższe zaobserwowano również na kończynach różnoimiennych. Ciśnienie minimalne daje się dokładnie określić jedynie w 30 — 38% przypadków. Spostrzeżenie dotyczące się nadciśnienia samoistnego należy do niezmiernie rzadkości. Wobec powyższego autor proponuje posługiwać się w klinice dwoma pomiarami ciśnienia: maksymalnym oraz średnim, wobec trudności związanych z dokładnym określeniem ciśnienia minimalnego.

Kol. Latański H. (streszczenie własne): wydaje się niesłusznym zestawienie przez Dra Hroma ciśnienia średniego, które daje się określić prawie zawsze, z ciśnieniem maksymalnym i minimalnym, które oznaczyć można tylko w pewnych odsetkach przypadków. Porusza sprawę określania ciśnienia maksymalnego metodą oscylometryczną i podaje, że na podstawie jego badań ciśnienie to metodą oscylometryczną określić można tylko w 30% przypadków.

Podaje na podstawie badań nad ciśnieniem średnim, przeprowadzonych w 2-iej klinice chorób Wew. Uniwer. Warsz. że ciśnienie średnie nie jest stałą fizjologiczną, waha się w różnych stanach fizjologicznych, wahania te są jednak w bardziej wąskich granicach, niż ciśnienie maksymalne. Wobec łatwego oznaczania poziomu ciśnienia średniego i pewnego stosunku do ciśnienia minimalnego (Różnica między ciśnieniem średnim a minim. wynosi na podstawie badań z 2-giej Kliniki 2 — 3), mierzenie ciśnienia średniego powinno być wprowadzone do metod badań klinicznych.

Kol. Gorecki Z. uważa ciśnienie średnie za równoznaczne z ciśnieniem optymalnym. Dowody, uzasadniające ciśnienie średnie, nie są jeszcze ogólnie przyjęte. Może ono mieć znaczenie praktyczne, nigdy jednak jego oznaczanie nie zastąpi ciśnienia maksymalnego i minimalnego. Każde z tych ciśnień ma inne znaczenie i o czym innemu mówi. Należy bezwzględnie zachować ciśnienie maksymalne, gdyż jest ono najlepszym wykładnikiem zmian w układzie krążenia. Nie należy starych metod pewnych i dobrych zastępować nowymi jeszcze niepewnymi.

Kol. Higier St. jun. omawia znaczenie ciśnienia średniego i jego zmienność w przypadkach nadciśnienia (30% przypadków — ciśnienie średnie prawidłowe, — 70% — zmienne). Wskazuje także na pewną rozbieżność w przedstawionych tablicach.

Kol. Krajewski Z. (streszczenie własne): Praca ta nie posunęła naprzód zagadnienia o ciśnieniu średnim. Odczytywanie „krzywych” jest zadaniem wysoce subiektywnym.

Sądzi, że jedyna korzyść, aczkolwiek niedostatecznie doowiedziona, to wykazanie, że ciśnienie średnie nie jest wielkością stałą, jak to podaje Vaquez, co zwłaszcza wyraźnie zaznacza się przy porównywaniu krzywych z kończyny górnej i dolnej tej samej osoby.

Kol. Hrom St. (streszczenie własne): w odpowiedzi zaznacza, że niewątpliwie ciśnienie średnie Vaqueza wykazuje pewną analogię do znanego w Niemczech ciśnienia optymalnego, określanego za pomocą sfigmobiometrii. O możliwości błędów subiektywnych w określaniu ciśnienia średniego prelegent nadmieniał w swym referacie, i to stało się przyczyną wprowadzenia odpowiednich poprawek przy ustalaniu jego poziomów; wyniki uzyskane w ten sposób przez jednego badacza, na większej liczbie krzywych, upoważniają do wyciągnięcia wyżej wspomnianych wniosków. Ścisłej granicy między normalnym ciśnieniem maksymalnym a nadciśnieniem maksymalnym nie można ustalić, to też prelegent kierował się stanem ciśnienia na kończynach górnych i dolnych; w przypadkach, gdy różnica wynosiła więcej niż 3 cm. Hg. przewagi na kończynach dolnych, już przypadki z ciśnieniem maksymalnym 15 na kończynach górnych odnosił do grupy nadciśnieniowców.

Na podstawie tego grupę nadciśnieniowców stanowiły w 70% przypadki z ciśnieniem maksymalnym wyżej 16 cm. Hg, w 60% — z ciśnieniem wyżej 17 cm. Hg. oraz w 40% przypadki z ciśnieniem maksymalnym wyżej 18 cm. Hg.

Kol. O r ł o w s k i W. stwierdza, że ciśnienie średnie jest obecnie jednym z największych zainteresowań na Zachodzie (Francja). Posiada ono niewątpliwie znaczenie kliniczne, przytem oznaczanie jego jest znacznie łatwiejsze niż oznaczanie ciśnienia optymalnego, a nawet minimalnego.

6. Kol. P ł o Ń s k i e r M. omówił „*Badania doświadczalne nad wpływem czynników roślinnych na powstawanie guzów złośliwych u szczurów*”, (streszczenie własne): W drugiej połowie ubiegłego roku B e l l o w s i A s k a n a z y stwierdzili, że można wywołać mięsaki jamy brzusznej u szczurów przez wstrzykiwanie zawiesiny z miąższu pomidorów, względnie hodowli pałeczek, którą znajdowali w pomidorach. Nowotwory miały charakter mięsaków J e n s e n a. W naszych badaniach udało się wywołać guzy złośliwe u szczurów przez wstrzykiwanie przez wstrzykiwanie guzy złośliwe: guzy miały charakter nowotworów złośliwych, zbliżonych do mięsaków okrągłokomórkowych i w każdym razie niepodobnych do mięsaków J e n s e n a: w śledzienie, wątrobie i gruczołach limfatycznych klatki piersiowej znaleziono przerzuty. Badania kontrolne z burakami, kapustą i kartoflami dały wyniki ujemne. Inni autorzy, którzy sprawdzali badania B e l l o w s a i A s k a n a z y e g o, otrzymali wyniki ujemne.

R o z p r a w y:

Kol. Z d u n k i e w i c z J. zwraca uwagę na częstsze występowanie nowotworów u szczurów w miarę wygasania szczepu, co możnaby tłumaczyć pokrewieństwem.

Kol. P ł o Ń s k i e r M. uważa, że czynnik pokrewieństwa nie grał roli w występowaniu nowotworów w przebiegu przeprowadzanych doświadczeń.

Posiedzenie zamknięto o godz. 21 min. 50.

Prezes: Witold O r ł o w s k i.

Sekretarz Doroczny: Karol C h o d k o w s k i.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Dolnego Renu w Strasburgu z dnia 17 grudnia 1932 r. (Strasbourg méd. N. 5, 1933) pokazywali G. C a n u y t i M. L a c r o i x przypadek *usuniętego zapomocą ezofagoskopji ciała obcego (gwizdawki) przełyku u 7-miesięcznego niemowlęcia*. Dziecko połknęło metalową płaską gwizdawkę, znajdującą się w gumowej łalce, którą miało zwyczaj trzymać w ustach. Bezsprawnie po fakcie wystąpił napad duszenia się z mdłościami i wymiotami oraz silnym ślinotokiem. Obmacywane okolicy szyjnej nie wykazało nic szczególnego, badanie gardzieli do krtani dało rów-

nież wynik ujemny. Wykonane natychmiast zdjęcie rentgenowskie wykazało obecność metalowego ciała obcego w świetle przełyku, mniej więcej na wysokości obojczyka. W tych warunkach wykonano ezofagoskopję i w odległości mniej więcej 12 cm. od brzegu zębów spostrzeżono ciało obce, które po ostrożnym uruchomieniu dość łatwo wydobyto szczypcami. Ezofagoskopja jest nie do zastąpienia w przypadkach ciał obcych przełyku, powinno ją jednak zawsze poprzedzać zdjęcie rentgenowskie. Należy zwracać uwagę rodziców na niebezpieczeństwo ciał obcych, gdyż pomimo bronchoskopji i ezofagoskopji łatwiej jest zapobiegać, niż leczyć.

Na tem samem posiedzeniu (Strasbourg méd. N. 5, 1932) A. G. W e i s s, B i n d s c h e d l e r i S a c r e z pokazywali przypadek *torbieli krezki u niemowlęcia ze skrętem pooperacyjnym jelit dokoła osi i wycięciem jelit*. 5-letni chłopiec uskarżał się na nieokreślone bóle brzucha; raz jeden podczas silniejszych bólów spostrzeżono wzdęcie brzucha. W 3 tygodnie potem wystąpił nowy napad bólów, tym razem z wymiotami żółciowymi. W tym czasie stwierdzono w klinice: brzuch nienapięty, niebolesny, nieco wzdęty w okolicy okołopępkowej; guza nie wymacało się, nie było widocznej perystaltyki; dziecko chude, odwodnione, bardzo podniecone, ciągle wymiotowało; stolec zaparty, lecz watry odchodziły. Badanie rentgenowskie wykazało naprawo do żołądka rozszerzoną kieszeń z poziomem płynu. Rozpoznano wysokie zwężenie jelita cienkiego i po właniu podskórnem płynu R i n g e r a przystąpiono natychmiast do operacji. Po otwarciu jamy brzusznej w linii środkowej nad pępkiem spostrzeżono żółtą przezroczystą masę o wyglądzie galaretowatym, która zdawała się wypełniać cały brzuch. Po wydobyciu nazewnątrż okazała się ona torbielą krezki o spistości miękkiej, o kształcie podwójnej torby. Jedna z kieszeni torby była wielkości średniego melona, druga — zamkniętej pięści dorosłego. Po wycięciu torbieli pozostał mały otwór w krezce przy brzegu jelitowym. Przez 6 dni po operacji utrzymywała się gorączka, wymioty, nie było stolca. Ponowne badanie rentgenowskie wykazało bardzo duże rozszerzenie żołądka i obrazy poziomów płynu, charakterystyczne dla zwężenia jelita cienkiego, wobec czego zdecydowano się na ponowne wkroczenie. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono jedne pętle rozdarte, inne zapadnięte i stwierdzono skręt dokoła osi jelit dokoła w tem miejscu, w którym przy poprzednim zabiegu zaszyto otwór w krezce. Ponieważ jelito, skrócone dokoła siebie samego, miało wygląd martwiczego, wycięto około 15 cm. jelita, zamknięto z obu końców i nałożono szew boczno-boczny. Tym razem przebieg pooperacyjny był normalny: wymioty ostatecznie ustąpiły, po 3 dniach zjawił się stolec i wyzdrowienie nastąpiło bez żadnych powikłań. Od czasu operacji upłynęło 9 miesięcy, a dziecko czuje się znakomicie.

Korespondencja

Łódź, 7.II.33 r

Odpowiedź na Ankietę w sprawie świadomego macierzyństwa.

Ad 1) Propaganda unikania ciąży przenika bardzo powoli i jest szerzona przez lekarzy.

Ad 2) Stosowaniem metod zapobiegawczych zajmują się lekarze, akuszerki tylko te, które się nie zajmują przerywaniem ciąży.

Ad 3) Liczba przerywań ciąży wzrasta.

Ad 4) Poronienia wywołują lekarze, akuszerki i pokątne „akuszerki”.

Ad 5) Liczba ciężkich zachorowań i śmierci rośnie, gdyż z powodu nędzy kobiety udają się do pokątnych „akuserek”, które im robią poronienia tanio.

Dr. L. E b i n.

Odcinek

Lekarz w literaturze pięknej *).

Podał

Stefan STERLING - OKUNIEWSKI (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 13 - 14).

W okresie po B e y l e u spotykamy się już z poważnem ujęciem medycyny, czy to jako nauki u Z o l i, czy też jako miłośniernej skarbnicy ulgi dla cierpią-

*) Odczyt, wygłoszony dn. 21 marca 1932 r. w cyklu „Wykłady Powszechne Uniwersytetu Warszawskiego”.

cej ludności, jako skarbnicy serca i miłości człowieka, jak to widzimy u D u h a m e l a lub u B a r b u s s e a.

Mało kto jednak piękniej — czy to z naukowego stanowiska, czy też z ogólnoludzkiego stosunku, czy wreszcie ze społecznego odtworzenia stanu lekarskiego — oddał lekarza, niż E m i l Z o l a. Głębia duszy ludzkiej, umiłowanie człowieka, ciekawe zagadnienia biologji i medycyny, nad którymi wielki pisarz francuski niewątpliwie musiał przeprowadzać poważniejsze studia, zanim przystąpił do pisania swojego „Doktora

Pascala" i w jego mózg włożył pewne poglądy naukowe — wszystko to daje nam w tej „naturalistycznej" powieści francuskiej podłoże poważne i naukowe. A jeśli do tego dodamy walkę, jaką prowadzi P a s c a l z otaczającym go kołtuństwem małomiasteczkowym, jeśli zrozumiemy cel, do jakiego dążył Z o l a, podkreślając dwa krańcowe stanowiska: religii i nauki, ich wzajemne wyłączenie się i środki, jakimi posługuje się każda religia w celu usunięcia niepożądanych dla niej wpływów wiedzy ścisłej — otrzymamy całokształt zagadnienia, które w literaturze międzynarodowej niema sobie równego. Jeśli nawet w piśmiennictwie naszym w kilkanaście lat potem ujrzymy postać lekarza, niezwykle wzniosłą i szlachetną — dra J u d y m a, to jednak między obydwojema typami będzie wielka różnica wieku: P a s c a l jest stary, jak starym był Z o l a, gdy go pisał — J u d y m jest młody, jak młodym był Z e r o m s k i, gdy go tworzył. P a s c a l — filozof, biolog, uczony, zbierający przez 30 lat materiały do swej teorii o dziedziczności, powoli opuszcza świat — J u d y m dopiero rozpoczyna życie, jest świecznikiem, który ma oświecić lepszą dla ludzkości przyszłość; P a s c a l — to doświadczenie, to szkiełko mędrca, to przeszłość, J u d y m — to *tabula rasa*, to mroki i tajemniczość, to walka istniejącego zła z upragnionym dobrem. To też, mając taki wzniosły typ starego lekarza, jakim jest P a s c a l, musimy się dłużej nad nim zatrzymać.

Z o l a w swym wielkim cyklu „Rougon - Macquartów", odtwarzając najrozmaitsze postaci społeczeństwa francuskiego w przebiegu blisko stulecia — od wielkiej rewolucji aż do republiki po trzecim cesarstwie — zatrzymał się wówczas na postaci lekarza, pochodzącego z tej rodziny, z której pochodzą inne typy w różnych okresach i różnych zawodach, aż do ministrów i wielkich bankierów. Obdarzył przytem lekarza tego — w przeciwieństwie do prawie samych „czarnych charakterów" z tej rodziny — cechami niezwykle wzniosłymi: w pięknym ciele starca piękna dusza i wielki umysł. Jego 80-letnia matka, pełna jeszcze energii życiowej i żadna karjery dla swego syna, odzywa się o nim z pewnem lekceważeniem: „Wiem dobrze, że P a s c a l nie jest głupcem, że stworzył prace wybitne, że jego komunikaty w Akademii medycyny przyniosły mu nawet pewien rozgłos między uczonymi... Ale czy to może się liczyć, wobec tego, o czem marzyłam dla niego? taka cała piękna klientela miejska, wielka fortuna, odznaczenia, wreszcie honory, pozycja odpowiednia dla rodziny..." Tak, ale P a s c a l nie chciał tego wszystkiego, nie chciał być z „rodziny", to też matka już, jako dziecku małemu, często powtarzała: „Skąd ty jesteś? nie należysz do nas". Bo istotnie, jej syn nie należy do zwykłych zjadaczy chleba: jako społecznik nic sobie nie robi z opinii publicznej, o którą dba tak jego rodzina, jako lekarzowi „często się zdarzało, że dawał swoim chorym pieniądze, zamiast brać od nich zapłatę", myśli tylko o dobru innych, nie żyjąc swoim osobistym życiem. Niepowodzenia lekarskie przeżywa tragicznie: gdy mu umiera pacjent, którego leczy w nieuleczalnym cierpieniu umysłowem swoją metodą (wstrzykiwania wyciągów tkanki nerwowej), rzuca się w swoim pokoju na łóżko i przez 16 godzin leży w rozpaczy. A po kilkunastu latach działalności praktycznej chce się poświęcić czystej nauce, którą kocha do głębi duszy. „Gdy byłam mała" mówi jego wychowanka Klotylda, która go kocha i którą on uwielbia i ma z nią później dziecko:

„i gdy słyszałam, w jaki sposób mówisz o nauce, zdawało mi się, że mówisz o dobrym Bogu, tak gorzałeś nadzieją i wiarą. Nic nie wydawało ci się niemożliwem. Za pomocą nauki możnaby przeniknąć tajemnicę świata i zrealizować doskonale szczęście ludzkości... Według ciebie, zdążało się w tym kierunku krokami olbrzymia. Każdy dzień prowadził do odkrycia, do pewności. Jeszcze 10 lat, jeszcze 50, jeszcze 100 lat, być może, a niebo zostanie otwarte, stanimy twarz w twarz z prawdą... Jednak lata mkną, i nic się nie otwiera, i prawda oddala się." A P a s c a l nato: „Jesteś niecierpliwa — jeśli do tego trzeba dziesięciu wieków, to trzeba ich spokojnie wyczekać" (tłum. własne). Przejęty nauką tworzy na podstawie trzydziestoletnich badań pięciu pokoleń swojej własnej rodziny teorię dziedziczności, którą popiera licznymi spostrzeżeniami ze świata roślinnego i zwierzęcego; pozatem w swych dociekaniach lekarskich wprowadza metodę — dziś tak już rozpowszechnioną i dla nas znaną, jednak nową i oryginalną w okresie, w którym Z o l a pisał swą wielką powieść (1898 r.), mianowicie: wstrzykiwania podskórne wyciągów z tkanki mózgowej. Doprawdy zdziwienie ogarnia co do intuicji pisarza, który potrafił przewidzieć zagadnienia nowoczesnej opoterapii i jej niezmierną doniosłość w praktyce. Niestety, brak czasu nie pozwala nam na dokładniejsze rozpatrywanie szczegółów naukowych, dotyczących teorii dziedziczności bezpośredniej i pośredniej, na podkreślenie szczegółów lekarskich w opisach Z o l i (np. opis samospalenia się ustroju, przesyczonego wyskokiem, opis napadu duszniczy bolesnej, spostrzegany przez P a s c a l a u siebie samego i in.) — ale ciekawe są spostrzeżenia co do załamania się w swej pracy zawodowej P a s c a l a, jego wątpliwości, chwilami utrata wiary w medycynę, walka wewnętrzna, zachowanie się jako lekarza. A potem już dzieje człowieka: miłość do młodej Klotyldy, tęsknota 60-letniego starca do dziecka, światopogląd wolnomysłiciela, którego chcą spętać w sidła drobnomieszczańskie „nie wypada", walka wewnętrzna, chęć stworzenia wielkiej teorii naukowej — i śmierć. Trzeba przyznać, że „Doktor P a s c a l" to jedno z najpiękniejszych studjów, dotyczących stanu lekarskiego, które w swym pozornym naturalizmie owiane jest urokiem poezji, szlachetności i głębi duchowej — i choć kilka dziesiątków lat dzieli nas od chwili napisania tej powieści, jest ona tak świeża, tak pełna czaru, jaki wieje ze starej postaci P a s c a l a i z młodej Klotyldy, iż każdy lekarz powinien ją przeczytać. Toteż nie można się zgodzić ze zdaniem nawet tak wytrawnego znawcy literatury, jakim był Henryk S i e n k i e w i c z *), iż „Docteur P a s c a l" jest najlichszą i najnudniejszą książką z całego cyklu Rougon - Macquartów. „Szereg kart pustych, jałowych — pisze S i e n k i e w i c z w swoich listach — na których nuda bierze się za rękę z brakiem zmysłu moralnego, bładość obrazów z fałszem — oto „Le Docteur P a s c a l". W tej ostrej ocenie naszego mistrza pióra niewątpliwie musiała największą rolę odegrać jego wielka niechęć do ówczesnego naturalizmu i wszystkich jego przedstawicieli, jak również do tych, co poszukiwali nowych dróg, nie wyłączając B o u r g e t a, V e r l a i n e a, nawet M a e t e r l i n c k a a: „Co w nich jest? Poszukiwanie nowej treści i nowych form, gorączkowe poszukiwanie jakiegoś wyjścia, niepewność, dokąd się zwrócić poza wiarą, czy w

*) Pisma Henryka S i e n k i e w i c z a. Tom 26. 1901. Warszawa. Nakład Redakcji Tygodnika Ilustrowanego.

patryotyzmie, czy w ludzkości? Przedewszystkiem jednak widać w nich niepokój ogromny. Wyjścia nie znajdują, bo do tego potrzeba dwóch rzeczy: wielkiej idei i wielkiego talentu, a oni nie mają ni idei, ni potężnego talentu. Tem się więc tłumaczy ta surowa ocena Sienkiewicza.

Na innym miejscu omówimy obszerniej stosunek literatury ostatniego pięćdziesięciolecia do sztuki lekarskiej — w piśmiennictwie każdego narodu znajdziemy różnorodny stosunek do pewnych zagadnień lekarskich, czy to związanych z leczeniem, jak u Manna w „Czarodziejskiej górze“, lub u del'a Serna, czy też z istotą zagadnień biologicznych, jak u Lewisa w „Arrowsmith“, czy też wreszcie w długim szeregu wspomnień o minionej wielkiej wojnie i przeżyć z niej.

Tu jednak musimy się jeszcze dłużej zatrzymać na piśmiennictwie pięknym naszym ojczystym, a zwłaszcza na jednym arcydziele, które głębokością ujęcia zagadnienia społecznego, typem lekarza—bohatera powieści — zasadniczo odbiega od wszystkich innych dzieł tego rodzaju. Mam tu na myśli „Ludzi bezdomnych“ Żeromskiego. Naturalnie, autor ten nie był pierwszym, który poruszał w literaturze naszej osobę lekarza — przeciwnie, podobnie jak w piśmiennictwie francuskim, postać lekarza występuje na scenę już we wczesnem zaraniu również w naszej literaturze, jawia się w „Figlikach“ Mikołaja Reya z Nagłowic, we „Fraszkach“ Kochanowskiego (1584), w „Ogrodzie fraszek“ Wacława Potockiego (1625 — 1696), w „Epigramatach polskich“ Wespazjana Kochowskiego (1633 — 1700), u Jana Andrzeja Morsztyna (1613 — 1693), w bajkach Krasickiego i t. d. W nowszych utworach spotykamy się z lekarzami epizodycznie w literaturze polskiej, np. Bolesław Prus w „Lale“ wprowadza Doktora Szumana, przyjaciela Wokulskiego, jako rezonera, który porusza teoretycznie rozmaite sprawy społeczne, oświetlając je z pewnego punktu widzenia. Ale dopiero Żeromski dał w postaci Judy granitową bryłę, która jak pomnik stać będzie na straży ideału lekarskiego. Polski świat lekarski winien ze specjalnym hołdem złożyć cześć pamięci Tego, który w sposób mocny i twardy dał całemu pokoleniom piękny typ polskiego lekarza, pracującego w imię najszczytniejszych haseł dla dobra społecznego. Ten typ utrwali się w pamięci czytelnika, zespoli się z pojęciem lekarza i zasłoni inny, życiowo niekiedy mniej dodatni obraz prawdziwego lekarza dzisiejszego, a jeszcze bardziej przyszłego.

Jeśli Reymonta można nazwać w „Chłopach“ piewcą ukochania ziemi, to Żeromskiego musimy nazwać w „Ludziach bezdomnych“ piewcą pracy, epikiem, który z niesłabnącą siłą wskazuje jej potrzebę i zadania, myślicielem, który w poszukiwaniu prawdy życia, jego celu i treści czuje konieczność biologiczną tego odziedziczonego „po przodkach nałogu do pracy“, rozumie ów pęd, bez którego życie stanie się pustką i nudą. Praca u Żeromskiego jest twarzą, okrutną, nieugiętą — zarówno praca nędzarzy, duszących się pod ziemią w kopalniach, czy na ziemi w suterrenach i w błocie, jak i praca na wysokich stanowiskach społecznych; jest ona zawsze związana z obowiązkiem, który — jak każdy obowiązek — nastrocza bezustanne wątpliwości, zmagania, owe „burze pod czaszką“, które niweczą pokój duchowy, wywołują bunt i prowadzą do załamań lub do złamań życia. Praca — to symbol „Ludzi bezdomnych“, o których chcę mówić,

to wielka apoteoza instynktu społecznego, którą młody Stefan Żeromski odmalował w sposób niekiedy okrutny i — powiedziałbym — nienawistny, wrogi, a niekiedy — z pietyzmem i ukochaniem.

Początek XX-go stulecia, w którym ukazali się „Ludzie bezdomni“ — to jutrzeńka socjalizmu w Polsce, ten pierwszy szlachetny brzask, któremu nie oparł się żaden wybitniejszy umysł polski, ten świeży powiew ducha miłości bliźniego, niespaczony przez politykę i tarcia partyjne. Ci pierwsi wyznawcy socjalizmu — to czułki duchowe, dla których nędza wielkomiejska i ucisk fabryczny stanowią nieustanne źródło męki wewnętrznej, coraz potężniejszej od beśsilności i bezwładu. Wszystko wokół — to jedno wielkie, bezbrzeżne morze rozpacz, bezwzględnej i krwawej walki o byt — a tylko jak maleńkie, nikłe wysepki, tu lub tam widnieją duchy opiekuńcze, szlachetne jednostki, które poświęciły swój byt osobniczy dla dobra idei, dla stworzenia umiłowanej przez utopistów postaci świata społecznego. Jest więc rzeczą zrozumiałą, że i wielki Żeromski nie oparł się — jako prawdziwy, wzniosły umysł — ponętnym hasłom społecznikostwa: zszedł z wyżyn sztuki w mroczne ostępy codziennego, szarego, nudnego życia i z realizmem Zolli odtworzył językiem, w niczem nie ustępującym sile Flauberta, szereg ponurych i tragicznych obrazów z cywilizacji nowoczesnej, a pod wpływem z sąsiedztwa płynącego pesymizmu tchnął w te obrazy duży zasób tęsknoty, beznadziejności i słowiańskiego „Weltschmerzu“.

Jako bohatera swej powieści „Ludzie bezdomni“ wybrał sobie wielki pisarz lekarza — napewno, nie bez przyczyny. Lekarz w środowisku, z którego wyszedł Żeromski, jak zresztą w całej b. Kongresówce, był zawsze uosobieniem zawodu szczytnego, szlachetnego, mającego na widoku tylko dobro bliźniego; lekarz gardził stroną materialną życia, był apostołem, który docierał do wszystkich zakątków nędzy ludzkiej, krzepił ciało i ducha, był tym jasnym promieniem, który nawet w najmroczniejszych czeluściach podziemi trafi do serc ludzkich, oświecił je, ogrzeje, zawsze doda otuchy, często podtrzyma siły. Nie bez przyczyny więc wybrał Żeromski jako tego, który ma szerzyć piękne myśli społeczne, lekarza. Mógł być wszak wybrać każdy inny wolny zawód, jak inżyniera, który ma przecież ciągle styczność ze światem robotniczym, jak adwokata, który ma być obrońcą uciśnionych i t. p. Zatrzymał się jednak na lekarzu i odtworzył środowisko lekarskie; a choć może nie wszystkich w nim odmalował korzystnie, ale tem bardziej zgodnie z prawdą życiową.

Przedewszystkiem więc za ten wybór winniśmy — lekarze, — zwłaszcza dziś, w okresie niesłychanego upadku stanu lekarskiego, jego zupełnego spauperyzowania i uzależnienia od narzuconych form istnienia, wdzięczność prawdziwą za stworzenie silnego, męskiego typu lekarza-bojownika, który za żadne skarby świata nie odda się w niewolę, który nie odstąpi nigdy od sztandaru, którego broni, który wyrzeknie się nawet szczęścia osobistego, aby nie zdradzić haseł społecznych. Jednocześnie nada Żeromski te wszystkie potężne cechy nie osobnikowi, którego wiekowe tradycje utwierdziły w potrzebie pracy dla narodu, lecz przeciwnie — jednostce wyszłej z ludu, z pogardzonego motłochu, jednostce, przesyconej bólem „klasowym“ w budzącej się walce klas, ale przez to mocnej, nieugiętej, a przytem dziwnie w tej szlachetnej woli do tworzenia nowych form życia prostolinijnej. „Medycyna będzie wykreślała drogi życia masom ludzkim, podniesie i świat

odrodzi" — mówi w uniesieniu dr. J u d y m, gdy ośmieszony w swych szlachetnych zamiarach przez kolegów, powraca z zebrania, na którym przedstawił im pierwsze swe dążenia społeczne po powrocie z Paryża. — Wierzy on święcie, że droga jego ideałów jest słuszną, to też nie wątpi w nie ani na chwilę: „gdyby mi danem było przeżyć na tym świecie pięćdziesiąt lat jeszcze, ujrzałbym wszystko to, o czym dziś mówiłem, jako fakty zrealizowane”. Niestety, codzienne życie szybko usuwa mu grunt z pod nóg i wskazuje, ile było słuszności w twardych a kpiących słowach kolegów z narzucania przez J u d y m a „lekarzowi dzisiejszemu obowiązku ulepszania stosunków społecznych” — gdy głód zaczyna zaglądać do oczu, gdy wszystkie starania o chleb codzienny zawodzą, dr. J u d y m, wskutek szczęśliwego zbiegu okoliczności, po otrzymaniu posady asystenta dyrektora w jednym ze zdrojowisk, opuszcza Warszawę.

Na nowej niwie zaczyna się nowy krąg zmagania idealisty już nie z utopijnymi mrzonkami, a ze sprawą istniejącą, realną: uzdrowisko stoi na bagnach, zamiast zdrowia szerzy zimnicę. Występuje więc J u d y m w obronie najprostszych zasad uczciwości i sumienia lekarskiego, zaczyna walczyć o usunięcie szkodliwych moczarów, które zarówno dla przyjezdnych gości, jak i dla miejscowej ludności są zabójcze. Ale walka nie jest łatwa: wchodzi w grę zwykły spryt życiowy strony przeciwniej, umiejętność jej korzystania z ugruntowanego już stanowiska społecznego, z przewagi i ustalenia opinii — jednym słowem, ze wszelkich prerogatyw, jakie posiadają wybitniejsze i znane już w społeczeństwie jednostki. Zaś młody, niedoświadczony, z sutereny pochodzący J u d y m, który zresztą pochodzenia tego nie chce tać, nigdy nie sprostą swemu nowemu otoczeniu, które trzyma się ściśle za ręce i w każdej sprawie, pomimo pozornej dla niej sympatii, zawsze przeciwnika solidarnie potępi. To też J u d y m i w tem zmaganiu się równieź pada. System pracy, który sobie obrał i dzięki któremu stworzył szpital i szerzył wokoło wśród okolicznego włościanstwa dobroczynne skutki swej wiedzy, dał mu wiele jasnych chwil i samopoczucie użyteczności publicznej, ale polityka kunktatorska w stosunku do pracodawców — w nadziei ostatecznego wykazania zgubnych wpływów na zdrowie uzdrowiska i potrzeby osuszenia bagien — zawodzi. Po brutalnym czynie wrzucenia administratora zdrojowiska do bagna, J u d y m traci naturalnie, posadę i pomimo głębokiego bólu — zostawia w okolicy ukochaną Joasię — wyjeżdża „gdzie oczy poniosą”. Biedny tułacz bezdomny... Ł pałającym sercem, z gorącym ukochaniem człowieka — ale bez żadnego planu, bez poparcia „możnych tego świata” rusza w drogę — sam jeden na świecie, ze swym smutkiem i bólem. I tu, jak i poprzednio, jak to zresztą najczęściej w życiu bywa, przypadek pcha go na nową drogę: J u d y m spotyka podczas powrotnej podróży do Warszawy znajomego inżyniera, kolegę z lat uniwersyteckich, który go nakłania do udania się wspólnie do Sosnowca. Ł widoczną niechęcią, prawie pod przymusem wewnętrznym udaje się J u d y m do tej osady fabrycznej i tu zaczyna się trzeci etap jego życia. To, co widzi wokół, napelnia go takim przerażeniem, zmusza do takiego zastanowienia się nad istotą i treścią podobnego życia, że ostatecznym wynikiem tych dociekań, tego grzebania się we własnej duszy jest postanowienie ostateczne, nieodwołalne: zniszczenie własnego szczęścia dla dobra innych, samopalenie ofiarne, które ma odkupić ogrom nędzy ludzkiej, jaki go otacza.

Dr. J u d y m zrywa ze swą narzeczoną, która przejazdem zjawia się u niego w Sosnowcu, chociaż to zerwanie jest dla niego „gorsze od śmierci”; a na zapytanie ukochanej, która jest też człowiekiem bezdomnym, tęskniącym do swego ogniska, do swego dachu i pełnym nadziei, że to życie tułaczce ma się już skończyć, rzuca jej w twarz straszne słowa: „Widzisz... Ja jestem z motłochu, z ostatniej hołoty. I y nie możesz mieć wyobrażenia, jaki jest motłoch. Nie możesz nawet objąć tego dalekiem przeczuciem, co leży w jego sercu. Jesteś z innej kasty... Kto sam z tego pochodzi, kto przeżył wszystko, wie wszystko... Tu ludzie w trzydziestym roku życia umierają, bo już są starcami. Dzieci ich — to idjoci”. Za poprawę tych okropnych stosunków J u d y m uważa siebie za odpowiedzialnego przed swoim własnym duchem, który w nim woła: nie pozwalam! „Jeżeli tego nie zrobię ja, lekarz, to ktoś to uczyni? Tego nikt... Tylko ty jeden? — Otrzymałem wszystko, co potrzeba... Muszę to oddać, com wziął. Ten dług przeklęty... Nie mogę mieć ani ojca, ani matki, ani żony, ani jednej rzeczy, którąbym przycisnął do serca z miłością, dopóki z oblicza ziemi nie znikną te podłe zmyry. Muszę wyrzec się szczęścia. Muszę być sam jeden. Żeby obok mnie nikt nie był, nikt mnie nie trzymał”.

Io poświęcenie się J u d y m a zamyka opowieść jego życia dotychczasowego — przyszłe dopowiada sobie już sam czytelnik, a widzi je w ofiarnej pracy społecznej każdego wybitnego lekarza wszędzie, we wszystkich krajach, a zwłaszcza w Polsce. Nie napisano jeszcze historii filantropji i społecznej pracy lekarskiej na ziemiach polskich; niewątpliwie, znajdzie się kiedyś skrzętny badacz, który z benedyktyńską cierpliwością ułoży spisy imienne tych, co zawsze skłonni do poświęceń, nieśli w ofierze swą pracę, majątek, a niekiedy i życie z najwznioślejszych pobudek posłannictwa lekarskiego. Ale bezimiennych będzie legion cały, oni to — jak żołnierz nieznan — w znojnej pracy codziennej, w troskach i trudach szarego żywota kładli podwaliny pod pracę społeczną, oni dawali bezustanne dowody ukochania człowieka. Czuł to Ż e r o m s k i, tworząc swój typ lekarza-ideologa, miał bowiem dosyć przykładów w otoczeniu nie tylko wśród żyjących, ale i wśród zmarłych, jak lekarz polski odnosi się do chorego: stworzył więc J u d y m a, jako ów ideał młodego lekarza współczesnego.

Nie mamy zamiaru podawać tu analizy typów lekarza w dziełach Ż e r o m s k i e g o — wielki ten pisarz całkiem słusznie odmalował świat lekarski w sposób urozmaicony, umieszczając wybitnie dodatnie jednostki obok mniej korzystnie zarysowanych. Niewątpliwie jednak w oczach Stefana Ż e r o m s k i e g o lekarz był zawsze tym duchem opiekuńczym nędzy, koicielem bólu, otoczonym aureolą poświęcenia. To też w kilkadziesiąt lat, na krótko przed zgonem, gdy chciał ten wielki pisarz odtworzyć wewnętrzną walkę duchową mężczyzny, który stracił jedyne ukochane syna, i zaznaczyć jego stosunek do otaczającego go świata po tej stracie, — znowu wybrał do tego lekarza: nikt bowiem, jak sądzić należy, nie da z siebie według Ż e r o m s k i e g o więcej serca i tklivosti, niż lekarz. Dr. Ż e n o n w „Złem spojrzeniu” — ten właśnie biedny, nieszczęśliwy ojciec — „przesiadywał u wezglowia dzieci ponad wszelką miarę, już nie jako lekarz, lecz jako pielęgniarz. Wydobywał z objęć śmierci głowiny, płonące od ogniów gorączki, i powracał uśmiechy na twarze udręczone. Gdy ojcowie i matki witali jego zjawienie się łzami radości, a zegnali je błogosławieństwem, on sam szedł

wśród tych objawów gnuśny w sobie, zaledwie postrzegając, czego w istocie dokonał". Czy można wznioślej scharakteryzować jakikolwiek zawód?

Zdaje mi się, że już w tych powyżej podanych przykładach dostatecznie uwydatniono, w jak wzniosłą i szlachetną szatę ubierał *Z e r o m s k i* zawód lekarza. „My, lekarze! My, sól ziemi, my, rozum, my, ręka kojąca wszelką boleść"... woła *J u d y m*, a z nim wielki Umarły.

Dlatego też musimy złożyć *Z e r o m s k i e m u* specjalny hołd i podziękę za to, że uczcił nasz stan lekarski w sposób tak głęboki i szlachetny, że nadał mu specjalne piętno męki i społecznego zmagania; musimy kornie pochylić nasze czoła przed Wielkim Mistrzem ducha i słowa, który utrwalił postać lekarza w jednolitej bryle wzniosłych dążeń i dobrych czynów *).

*) *Stefan Sterling - Okuniewski*. Ideal lekarza u *Z e r o m s k i e g o*. Świat. N. 31. 1926.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem *M. KACPRZAKA*

Rak w świetle statystyki, momentu rasowego i walki społecznej z tą chorobą *).

Podał

G. KREMER (Warszawa — Otwock).

(Dokończenie — patrz Nr. 15).

II.

Obecnie zobaczymy, czy moment *r a s o w y* wywiera wpływ na częstość schorzenia rakowego, a więc czy rak u żydów zdarza się częściej, rzadziej, czy też jednakowo?

Nie możemy szukać odpowiedzi na to pytanie, porównując odsetek umieralności globalnej na raka z odsetkiem umieralności żydów na raka. Tu nada się do porównania tylko statystyka umieralności żydów i nieżydów w dużych miastach. Lecz i tu trzeba wnieść poprawkę. Wiadomem jest, że żydzi naogół leczą się więcej i z łatwością jadą z prowincji do dużych miast do powag lekarskich, tembardziej, gdy choroba jest poważna, jak rak lub podejrzenie raka, i jest wskazanie do zabiegu chirurgicznego lub do leczenia energią promienną. To też wśród żydów, zmarłych na raka w dużych miastach, trzeba liczyć na większy odsetek z prowincji, aniżeli u nieżydów. Dla prawidłowych porównań musi być wobec tego liczba zgonów *p r z y j e z d n y c h w y ł ą c z o n a*. Poza tem wobec zwracania się do wybitniejszych specjalistów liczba prawidłowych rozpoznań raka u żydów jest większa (z drugiej strony poniekąd i liczba wyleczeń jest większa). Oprócz tego, jak wynika ze statystyki ostatnich lat, u żydów jest mniejsza umieralność niemowląt, na choroby zakaźne, weneryczne, jak syfilis i jego powikłania, i inne choroby, szczególnie rozwijające się na tle alkoholizmu, jednym słowem, przesuwają się *p r z e c i ę t n a d ł u g o ś ć* życia w kierunku *w y ż s z y m*. Rak zaś jest chorobą przeważnie późniejszego okresu życia, a dlatego też mylnie byłoby sądzić, że żydzi są bardziej skłonni do zachorowań na raka. Tylko porównanie według

Tak się przedstawia w wielkim skrócie — na jaki czas wykładu niniejszego mi zezwolił — stosunek literatury pięknej do lekarza, a zwłaszcza medycyny: to obojętny, to złośliwy lub przynajmniej uszczypliwy, to znów wzniosły — zależnie od okresu twórczości i od artysty ta sama treść ma różnorodne ujęcie. Ale istota rzeczy, jako „prawda” lub przynajmniej dążenie do prawdy — pozostaje zawsze niezmienna: dobro, płynące z medycyny, jej wzniosłe cele i zadania pozostały dziś takie same, jak były w czasach Egiptu lub Grecji, to też, zdaniem naszym, bliżsi *p r a w d y* są *J u d y m* lub *Doktor P a s c a l*, niż ci lekarze ośmieszani i pogardzani: bowiem pierwsi są doskonaleniem ducha ludzkiego, drudzy zaś — cofaniem wiedzy i postępu. A w tych właśnie murach, w których to wygłaszamy, zawsze musi panować wiedza i postęp, a więc dążenie do prawdy.

g r u p w i e k u u żydów i nieżydów, t. j. stosunek np. liczby zachorowań na raka, względnie zgonów na 1000 żydów — mężczyzn w wieku lat 50 — 55 do odpowiednich liczb u nieżydów może mieć znaczenie. Toteż prawdopodobnie wobec niezachowania tych ścisłości spotykamy się z *r a ż ą c e m i* przeciwieństwami w wynikach statystycznych.

Według *d e B o v i s a i v o n K o n i j n e n b u r g a*, *D o e l l i n g e r a*, *B e r t i l l i o n a*, *H o f f m a n n a*, *S o r s b y* i *M e r k o w a* umieralność na raka jest u żydów *m n i e j s z a*, według *B i e n s t o c k a* i *N o w o s i e l s k i e g o*, *T h e i l h a b e r a* jest ona *w i ę k s z a*, według *A u e r b u c h a* i *R o s e n f e l d a* nie wykazuje ona różnicy.

Ilo tych sprzeczności tkwi według mnie prawdopodobnie w wadliwej statystyce porównawczej, jak już zaznaczyłem, ale jednak *S c h a c h t e r* z Bukaresztu, który przytacza te głosy w swej pracy „Cancer et race”, konkluduje, że „*z d a j e* się, że żydzi posiadają pewną odporność rasową wobec raka, lecz mechanizm tej odporności jest nam nieznan”. Na korzyść *S c h a c h t e r a* przemawia również statystyka warszawska. Według *A d a m o w i c z o w e j* w okresie lat 1921 — 1927 umieralność na raka wśród ogółu ludności warszawskiej z wyjątkiem żydów wynosiła 87,2 na 100000, wśród żydów zaś 75,6, co stanowi 11,6 zgonów na korzyść żydów.

Ja pozwolę sobie wobec chwiejności i wątpliwości wyników statystycznych przystąpić do sprawy większej częstości raka u nieżydów lub żydów z innego punktu widzenia: ze strony *u m i e j s c o w i e n i a* raka w narządach. Istnieje pewna, tak rażąca różnica w zgonach na raka *n i e k t ó r y c h n a r z ą d ó w* u żydów i nieżydów, że nie ulega, według mnie, wątpliwości, że bez względu na niedokładności statystyczne ta różnica sama za siebie mówi i każe myśleć o pewnych *w ł a ś c i w o ś c i a c h r a s o w y c h* w stosunku do raka.

Rak *p r ą c i a* u żydów jest niezmierną rzadkością. *F o e d e r l* komunikuje, że w klinice *H o c h e n e g g a* w Wiedniu na 50 przypadków raka *p r ą c i a* nie było ani jednego żyda, i że na 276 przypadków

*) Odczyt wygłoszony 6 marca r. b. na Zjeździe Tozu.

raka, obserwowanych w przeciągu 11 lat w jednym ze szpitali wiedeńskich, nie było ani jednego przypadku raka prącia u żyda. Ciekawem jest, że rak prącia również jest nieznany wśród mahometan w Indjach; według B a i n b r i d g e a, przypuszczalnie dlatego, że wszyscy poddają się obrzezaniu. Dzięki temu unikają oni przewlekłego zadrażnienia przez brud i wydzieliny, zbierające się pod napletkiem. Hindusi nie przyswoili sobie tego zabiegu higieny.

Również r a ż a c a jest różnica co do liczby raków o r g a n ó w p ł c i o w y c h u żydówek i nieżydówek. Według A d a m o w i c z o w e j za okres 1921 — 1927 umierało przeciętnie rocznie w Warszawie chrześcijanek 26,1 na 100000, gdy żydówek tylko 7,0 na raka organów płciowych. Według statystyki raka na terenie Małopolski za 1930 r. stosunek zapadalności na raka organów płciowych u chrześcijanek i żydówek wyrażał się, jak 38,09 : 13,13. Ponieważ zaś rak organów płciowych zajmuje co do częstości u kobiet pierwsze miejsce, według niektórych statystyk stanowi 30% ogółu raków u kobiet, to zdaje mi się, że mniejsza zapadalność żydówek na raka organów płciowych powinna się odbić w sensie mniejszej umieralności żydówek na raka.

P e l l e r i inni autorzy twierdzą nawet, że rak j a j n i k ó w zdarza się częściej u żydówek, a że rak macicy i zewnętrznych części płciowych niezmiernie rzadziej, jednakże potwierdzenia ich pierwszego spostrzeżenia w innych statystykach nie znalazłem.

Co się dotyczy r a k a s u t k a, to istnieje różbieżność poglądów. S a n d e r s, M e r k o w i T h e i l h a b e r znajdują większą zapadalność u żydówek, F r i s c h b e r g i H o f f m a n mniejszą, a H o r o w i t z żadnej różnicy. P e l l e r i S o r s b y twierdzą, że w niektórych okolicach u żydówek jest większa zapadalność na raka sutka, niż u nieżydówek. Według A d a m o w i c z o w e j w Warszawie za okres 1921—1927 stosunek zgonów był u chrześcijanek i żydówek, jak 7,6 : 5, natomiast według W ę c k o w s k i e g o w Małopolsce stosunek zapadalności w 1930 r., jak 11,32 : 28,76 na niekorzyść żydówek.

Pozatem widzimy znaczną przewagę raków w a r g i u nieżydów, aniżeli u żydów, chociaż trudno w tem zjawisku doszukiwać się specjalnych momentów rasowych (czyżby alkohol?, bo przypuszczam, że tytuń żydzi palił w jednakowym stopniu, co i nieżydzi, w każdym razie niema tak wielkiej różnicy; może nieżydzi używają więcej fajek?).

Daje się natomiast zauważyć większą zapadalność zarówno mężczyzn, jak i kobiet żydowskich na raka wątroby, pęcherzyka żółciowego, jelit, otrzewny, co w pewnym stopniu wyrównywa poprzednie odchylenia *in minus*.

Co do raka odbytnicy, to głosy są podzielone. Jedni uważają, że częściej zdarza się u żydów, inni zaprzeczają temu.

Reasumując, zaznaczamy, że, chociaż rzuca się w oczy mniejsza zapadalność, względnie umieralność żydówek na raka organów płciowych, żydów na raka wargi, natomiast istnieje u mężczyzn i kobiet żydowskich nieco większa zapadalność na raka wątroby, pęcherzyka żółciowego, jelit i otrzewny (co zaś do raka odbytnicy, to sprawa zostaje sporną), tem niemniej odnosi się wrażenie, że naogół u żydów umieralność nie jest o wiele mniejsza od umieralności nieżydów na raka.

III.

Czy potrzebna jest zorganizowana akcja społeczeństwa do zwalczania klęski rakowej? Czynniki chorobotwórczy jest nam nieznany, więc jak zwalczać tę chorobę?

Chociaż skutek nieznajomości czynnika chorobotwórczego nie możemy prowadzić akcji, zmierzającej do unicestwienia bezpośredniego szkodnika, jak to czynimy np. w walce z chorobami zakaźnymi, to jednakże inny moment bardzo ważny jest nam już znany na zasadzie długoletniego doświadczenia lekarzy: r a k jest chorobą lokalną, i, gdy go zaatakować na początku jego rozwoju, to jest on uleczalny. Wybitny chirurg paryski F a u r e, który już 40 lat walczy z rakiem, kończy świeży swój artykuł w „Monde Médical” na temat: „Sur le traitement chirurgical du cancer” temi słowami: „la question du cancer est devenue une question de propagande. Il faut instruire les médecins, il faut instruire les masses populaires”, (sprawa raka sprowadza się do sprawy propagandowej, należy oświecać lekarzy, należy oświecać masy ludowe). Toteż przedewszystkiem trzeba prowadzić akcję propagandową w najszerszym tego słowa znaczeniu o w c z e s n y c h o b j a w a c h raka.

Dalej, czy należy ograniczyć się do propagandy?

Choremu, który zauważył pierwsze podejrzan objawy raka, trzeba dać możność gruntownego zbadania i leczenia. Oprócz zwykłego badania, które należy się każdemu choremu, trzeba u takiego chorego, o ile rak nie występuje powierzchownie, przeprowadzić szereg specjalnych badań, a więc zdjęcia rentgenowskie, szczególnie w rakach przewodu pokarmowego (najczęstszych), klatki piersiowej, kośćca, ośrodkowego układu nerwowego i t. d.; poza tem badanie drobnowidzowe podejrzanego guza, a nieraz i wziernikowanie pęcherza i odbytnicy. Procedura dla niezamożnego chorego zbyt kosztowna. Dalej leczenie — zabieg chirurgiczny. Nad tem nie będę się zastanawiał: jest możliwość wstąpienia do szpitala. Ale przytem jeden warunek: musi być dostateczna liczba łóżek chirurgicznych dla takich chorych, albowiem zwłoka w danym przypadku byłaby przestępstwem. Albo drugi rodzaj leczenia: promienioleczenie, ewentualnie nawet po operacji, a więc rad lub R o e n t g e n. To znowu jest bardzo kosztowne i poniekąd dla człowieka niezamożnego niedostępne. Z opisanego wynika, że trzeba stworzyć przychodnie przeciwrakowe, wyposażone w niezbędne środki rozpoznawcze i lecznicze, — rad i aparaty rentgenowskie oraz personel lekarski wyspecjalizowany.

Co się zaś dotyczy tworzenia szpitali, względnie oddziałów przeciwrakowych, to uważam, że chociaż ta sprawa nie schodzi z porządku dziennego komitetów przeciwrakowych, jest ona jednak trudna do zrealizowania i faktycznie mija się z celem. Rak wobec swego umiejscowienia w najrozmaitszych częściach organizmu: na twarzy, w szczególności na wargach, oku, języku, krtani, płucach, przełyku, żołądku, trzustce, wątrobie, jelitach, odbytnicy, pęcherzu, macicy, kościach, mózgu i t. d., wymaga interwencji doświadczonego chirurga, obeznanego doskonale z ogólną chirurgią, a nietylko specjalną, ewentualnie prawdziwego specjalisty, jak okulisty, laryngologa, ginekologa i t. d. Chory nie będzie miał zaufania do kierownika ogólnego oddziału chirurgicznego przeciwrakowego, nie może też ten chirurg być wszechwiedzący i wszechmogący, pójdzie więc

chory do chirurga ogólnego lub specjalisty, do którego ma zaufanie. Według mnie sprawa ta da się rozwiązać tylko, jeżeli przy każdym oddziale chirurgicznym p e w n a l i c z b a ł ó ż e k będzie przeznaczona dla r a k o w a t y c h.

Po zabiegu chirurgicznym w razie potrzeby należy stosować leczenie radem, chory albo jest naświetlany w szpitalu przez specjalistę z przychodni lub też uczęszcza na naświetlania do przychodni. O ile chory jest nieuleczalny, to zazwyczaj należałoby go umieścić w specjalnym przytułku. Dalej, trzeba naukowo badać zagadnienie raka, ażeby dojść do prawdy.

A więc z opisanego widzimy, jakie powinny być e t a p y dla pracy organizacyjnej: p r o p a g a n d a, utworzenie p r z y c h o d n i p r z e c i w r a k o w y c h (zakup radu i aparatów rentgenowskich do głębokich naświetlań), s p e c j a l i z a c j a personelu lekarskiego i zachęcanie do tego przy pomocy stypen-

djów, nagród i t. d., p r z y t u ł k i dla nieuleczalnych, instytuty d o b a d a ń raka.

Io wszystko samo się nie stworzy. Trzeba mieć organizację, któraby to stworzyła. Widzimy też, jak wszędzie w krajach kulturalnych powstały i powstają komitety i ośrodki do zwalczania raka. U nas w Polsce również istnieje od 1921 r. Polski (warszawski) Komitet do zwalczania raka. Takiż komitet istnieje w Łodzi od 1926 r. W 1931 r. powstały komitety we Lwowie i Wilnie. Udział żydów w tych komitetach jest przypadkowy. Niema u żydów zainteresowania dla kwestji raka, jak to widzimy np. w stosunku do gruźlicy. Trzeba to zainteresowanie wzbudzić.

Apeluję w pierwszym rzędzie do Zarządu Tozu, aby sprawą organizacji walki z rakiem na terenie żydowskim gorliwie się zajął i przyłączył się do akcji już istniejących Komitetów.

(Odnosna rezolucja została jednogłośnie przyjęta na Zjeździe).

Wiadomości bieżące

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	26/II-4/III	5/III-11/III	12/III-18/III	19/III-25/III
Dżuma	0	0	0	0
Ospa	0	0	0	0
Cholera	0	0	0	0
Dur brzuszny . . .	143 (8)*	184 (14)	217 (14)	229 (19)
Dur rzekomy	0	2 (0)	0	0
Dur osutkowy . . .	93 (5)	91 (8)	93 (6)	64 (2)
Dur powrotny . . .	0	0	0	1 (0)
Czerwonka	1 (0)	1 (0)	2 (0)	2 (0)
Płonica	358 (12)	317 (15)	396 (12)	358 (7)
Błonica	342 (18)	305 (11)	345 (27)	362 (20)
Zapal. op. mózg. .	16 (3)	19 (4)	17 (5)	13 (3)
Odra	694 (5)	586 (0)	579 (6)	714 (1)
Róża	53 (6)	66 (5)	60 (6)	78 (6)
Krzusiec	74 (9)	156 (9)	130 (6)	57 (0)
Malarja	1 (0)	2 (0)	4 (0)	1 (0)
Posoczn. polog. .	24 (7)	26 (9)	22 (4)	35 (8)
Trąd	0	0	0	0
Jaglica	237 (0)	392 (0)	402 (0)	334 (0)
Wąglik	0	0	0	1 (1)
Nosaczna	0	0	0	0
Włośnica	1 (0)	6 (0)	2 (1)	0
Wścieklizna	0	0	0	0
Zatr. jad. kielb. .	0	1 (0)	0	0
Chor. Heine-Medina .	1 (0)	0	2 (0)	0
Twardziel	1 (0)	1 (0)	0	0
Inne choroby zakaźne	61 (5)	111 (5)	79 (10)	78 (8)

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— Dr. S. R u b i n r o t, autor podręcznika p. t. *Z a r y s R e n t g e n o l o g j i*, podręcznik dla lekarzy i słuchaczy medycyny, prosi nas o podanie do wiadomości Kolegów, że celem udostępnienia szerszemu ogółowi lekarzy nabycia tej książki, cena jej obniżona została do zł. 30 w księgarniach i zł. 25 u autora, konto czekowe P. K. O. Nr. 2.249, adres prywatny, Warszawa, ul. Graniczna 8.

— I F r a n c u s k i Z j a z d p o ś w i ę c o n y L e c z n i c t w u, odbędzie się w Paryżu w czasie od d. 23 do

d. 25 października r. b. Tematy główne są następujące: 1) Leczenie pozajelitowe wrzodu żołądka, 2) Zespoły lecznicze, 3) Leczenie kolibacillozy, 4) Przetwory adrenalinowe, 5) Krótkie fale w lecznictwie, 6) Leczenie zapaleń skóry po naświetlaniach.

— I V Z j a z d P o l s k i e g o T o w a r z y s t w a O r t o p e d y c z n e g o odbędzie się 6 i 7 listopada b. r. we Lwowie.

Pierwszy temat główny: Opieka nad kalekami w Polsce. Referenci: Mieczysław K o s i ń s k i (Kraków) i dr. Henryk C e t k o w s k i (Poznań).

Koreferent: Przedstawiciel Ministerstwa Opieki Społecznej.

Drugi temat główny: Operacje wytwórcze stawów. Referent: Docent dr. Adam G r u c a (Lwów).

Koreferenci: Dr. Juljusz Z a r e m b a (Kraków), Docent dr. A. W o j c i e c h o w s k i (Warszawa).

Termin zgłaszania poszczególnych odczytów mija 10 września b. r. Podczas Zjazdu odbędzie się wystawa narzędzi i przyborów ortopedycznych, aparatów, leków i t. p.

Wszelką korespondencję w sprawie Zjazdu kierować należy do Sekretarza Zarządu P. T. O. Dr. Henryka L e v i t o u x, Warszawa, Nowowiejska 33, w sprawie Wystawy—do Docenta Adama G r u c y, Lwów, Rutowskiego 10.

I I Z j a z d M i ę d z y n a r o d o w e g o T o w a r z y s t w a O r t o p e d y c z n e g o odbędzie się w Londynie od 19 do 22 lipca b. r. Delegata Polski Dra G r o b e l s k i e g o, Dyrektora Zakładu Ortopedycznego w Poznaniu, zastępować będzie na Zjeździe Docent Adam G r u c a, Lwów, Rutowskiego 10. Dzięki uprzejmości Pana Prezesa Polskiego Twa Pedjatrycznego, Rektora Prof. M i c h a ł o w i c z a, życzący mogą uczestniczyć w zbiorowej wycieczce morskiej do Londynu, urządanej przez powyższe Two, terminy zjazdów bowiem pedjatrycznego i ortopedycznego, jak również i miejsce są te same. Program i warunki tej wycieczki były podane do wiadomości w komunikatach w prasie i dla Kolegów Ortopedów są te same, co i dla członków Twa Pedjatrycznego. Program Zjazdu obejmuje jako tematy programowe: Mechanizm ruchów stawowych oraz leczenie gruźlicy stawu biodrowego, ponadto

referaty na luźne tematy, pokazy operacyjne, zwiedzanie i t. p. Koledzy, życzący sobie wziąć udział w Zjeździe, zechcą zawiadomić o tem Docenta Dra A. Grucę, Lwów, Rutowskiego 10.

— VII Międzynarodowy Kongres Medycyny i Farmacji Wojskowej. Madryt, 29.V. — 4.VI.1933 r. II. Międzynarodowy Kongres Lotnictwa Sanitarnego. Madryt, 1.VI. — 4.VI.1933 r. III. Sesja Międzynarodowego Biura Dokumentacji Wojskowo-Lekarskiej. Sewilla, 6.VI. — 8.VI.1933 r.

I.

W dniach od 29 maja do 4 czerwca b. r. odbędzie się w Madrycie VII. Międzynarodowy Kongres Medycyny i Farmacji Wojskowej, oraz równocześnie z nim w dniach od 1 — 4 czerwca b. r. II. Kongres Międzynarodowy Lotnictwa Sanitarnego. Bezpośrednio po zakończeniu tych Zjazdów w terminie od 6 — 8 czerwca b. r. włącznie odbędzie się w Sewilli III. Konferencja Międzynarodowego Biura Dokumentacji Wojskowo-Lekarskiej.

Uczestnictwo w VII. Kongresie Międzynarodowym Medycyny i Farmacji Wojskowej daje tem samem prawo do wzięcia udziału w II Kongresie Międzynarodowym Lotnictwa Sanitarnego bez wypełniania dodatkowych formalności lub opłat. Uczestnicy Zjazdów pragnący wziąć udział w III Konferencji Biura Dokumentacji winni zgłosić swe uczestnictwo; udział w III. Konferencji Biura Dokumentacji jest bezpłatny.

II.

Tematy naukowe wniesione na porządek dzienny obrad VII. Kongresu.

1. Główne zasady organizacji służby zdrowia na wypadek wojny i zastosowanie przepisów Konwencji Genewskiej na różnych szczeblach organizacji służby zdrowia.

Referują: Hiszpania i Szwecja.

2. Szczepienia zapobiegawcze w armjach: lądowej, morskiej i powietrznej

Referują: Hiszpania, Wielka Brytania i Japonia.

3. Leczenie przypadków chirurgicznych nagłych na froncie w czasie wojny ruchowej — koncepcja formacji wyspecjalizowanej w tym kierunku, jej organizacja materialowa i jej użycie z punktu widzenia taktyki.

Referują: Hiszpania, Belgja.

4. Żywność w konserwach, stanowiąca część racji wydawanej czy to w czasie pokoju, czy wojny; sposób przygotowania i analiza jej.

Referują: Hiszpania i Szwajcaria.

5. Studium porównawcze organizacji w armjach: lądowej, morskiej i powietrznej poszczególnych państw:

a) służby dentystycznej,

b) służby administracyjnej.

Referują: Hiszpania, Meksyk i Paragwaj.

III.

Uroczystości, pokazy i wycieczki.

Oprócz posiedzeń naukowych odbędzie się w czasie kongresu pokaz szpitali, zakładów i instytucji naukowych jak również zabytków sztuki i kultury godnych widzenia. Program zapowiada również przyjęcia oficjalne, bankiet, przedstawienie galowe, widowisko ludowe, walki byków i t. d. W czasie Kongresu uczestnicy będą mieli możliwość zwiedzenia bardziej interesujących miast i rezydencji hiszpańskich m. innymi zorganizowane będą wyjazdy do Toledo, Segowji, Aranzuezu, Eskurialu.

Ponadto za specjalną opłatą kongresisti będą mogli wziąć udział w dłuższej wycieczce do Marokka w dniach od 10 — 15 czerwca b. r. via: Madryt — Grenada — Malaga przez Ceutę, Tetuan, Tanger i Melilę; powrót przez Walencję, Baleary do Barcelony. Według posiadanych informacji wycieczka ta ma być zorganizowana na bardzo dogodnych i przystępnych warunkach.

IV.

Uczestnictwo, zapisy, opłaty i pasporty zagraniczne.

W Kongresie mają prawo uczestniczyć oficerowie służby zdrowia zawodowi i rezerwowi (lekarze, farmaceuci, dentyści i lekarze weterynarii) oraz ich rodziny (żona i dzieci).

W celu ułatwienia wyjazdu polskim członkom Kongresu, Departament Zdrowia MSWojsk. w porozumieniu z Naczelnią Izbą Lekarską postanowił zorganizować zapisy uczestników Zjazdów zbiorowo. W toku są starania celem uzyskania ulgowych pasportów dla członków Kongresu i osób towarzyszących.

Zapisy i opłaty powinni skutecznie osobiście lub przez pocztę:

a) oficerowie zawodowi — do Departamentu Zdrowia MSWojsk. — do p. Wyszynskiej, pokój Nr. 346,

b) oficerowie rezerwy — do Sekretarjatu Naczelnej Izby Lekarskiej, Warszawa, ul. Fredry 2, do dr. Pietrasiewicza (godz. 10 — 14).

U w a g a: Zgłaszający się proszeni są o dokładne podawanie adresu.

Ze względu na ograniczoną liczbę miejsc i formalności związane z uzyskaniem ulg pasportowych, zgłoszenia należy składać najpóźniej do dnia 10-go kwietnia b. r.

Opłata za uczestnictwo w Kongresie wynosi 40 zł. dla członków i 24 zł. dla osób towarzyszących (żona, dzieci). (Studentci płacą 12 zł.). Wpisowe daje prawo do otrzymania wydawnictwa Kongresu, uzyskania karty kongresisty oraz uczestniczenia w uroczystościach Kongresowych.

V.

Album Kongresistów.

Z okazji VII. Kongresu będzie wydany album wszystkich uczestników Kongresu. W tym celu każdy kongresista, który zgłosi swój udział i wniesie opłatę jak również osoby towarzyszące mu (żona, dzieci) proszone są o jednoczesne nadesłanie swych fotografii o wymiarach takich, aby głowa była wielkości przynajmniej 3 cm. Każdy uczestnik Kongresu będzie mógł nabyć na własność album VII Kongresu w dowolnej ilości egzemplarzy, za opłatą około 5 zł. za jeden egzemplarz. Uczestnicy Kongresu, chcący nabyć powyższy album, proszeni są o nadsyłanie zamówień jednocześnie ze zgłaszaniem swego uczestnictwa w Zjeździe. Opłata za albumy będzie mogła być uiszczona w Madrycie.

VI.

Udział lekarzy weterynarii w VII. Kongresie.

Po raz pierwszy w VII Kongresie będą mogli wziąć udział lekarze weterynarii. Udział ich w następnych Zjazdach jest uzależniony od decyzji walnego zgromadzenia VII. Kongresu, które wypowie się w tej kwestji.

VIII.

Panie.

Dla pań towarzyszących członkom Kongresu, poza programem oficjalnym Zjazdu, przewidziany jest program specjalny

obejmujący prócz zwiedzania domów mody, tea-room'ów i t. d. również wizytacje instytucji i zakładów wychowawczych, naukowych, społecznych, salonów sztuki i t. p.

Inowacją jest apel ogłoszony do pań — kongresistek przez Komitet Organizacyjny Kongresu, aby zechciały w miarę możliwości zgłaszać krótkie prelekcje na tematy z dziedziny wychowawczej, społecznej, artystycznej, które byłyby wygłaszane przez same prelegentki na zebraniach pań.

VIII.

Strój.

Noszenie mundurów nie jest obowiązujące, jednak organizatorzy VII. Kongresu usilnie proszą o występowanie w mundurach w czasie przyjęć i uroczystości Zjazdowych. Poza-tem na wszystkich zaproszeniach będzie zaznaczone jaki strój obowiązuje zarówno panie jak panów. Oficerowie, występujący w mundurach zabiorą pasy salonowe i służbowe bez szabel i długich butów.

IX.

Koszta przejazdu, hotele i zniżki kolejowe.

Koszt przejazdu ze Zbąszynia do Madrytu najkrótszą drogą (przez Niemcy, Francję) wynosi w drugiej klasie bez zniżek kolejowych 324 zł. 45 gr. w jedną stronę. Koszt ten zmniejszy się, uwzględniając, że wszystkie państwa, przez które odbywać się będzie przejazd na Kongres przyznały zniżki kolejowe w wysokości od 30% — 60%.

Spis i ceny hoteli w Madrycie otrzyma każdy ze zgłaszających się członków Kongresu. W sprawach zniżkowych bile-
tów kolejowych i zamawiania hoteli należy zwracać się do T-wa Wagons - Lits - Cook, które zostało upoważnione do załatwiania tych spraw przez Komitet Organizacyjny Kongresu w Madrycie.

SPROSTOWANIE.

W odezwie Tow. Eugenicznego w Nr. 13-14 w sprawie Sekcji Eugenicznej XIV Zjazdu Lek. i Przyrodn. zamiast: Doc. T r o j a n o w s k i — Rasa a małżeństwo, powinno być: Doc. Stojanowski — Rasa a małżeństwo.

ODPOWIEDZ REDAKCJI.

Drowi X. Redakcji „W. Cz. L.” z pewnością nie mniej, niż Szan. Kol., zależy na tem, aby termin i porządek dzienny

posiedzeń Tow. Lek. podawane były przed ich odbyciem. Nie-
stety, starania Redakcji w tym kierunku nie odnoszą skutku. Zdarzyło się kilka razy, że dwa Towarzystwa komunikowały Redakcji porządek dzienny posiedzeń zawczasu przez telefon, co umożliwiało nam podawanie go do wiadomości czytelników w porę, ale trwało to krótko. Polskie Towarzystwo Pedjatryczne od pewnego czasu nie nadsyła nam zawiadomień o posiedzeniach. Stąd ich brak w piśmie. Jeżeli podajemy porządek dzienny posiedzeń po ich odbyciu, to czynimy to w celach informacyjnych, tak samo, jak to robią inne pisma lekarskie.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

18.IV. Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

P o k a z. D. Szenkier. Cięcie elektryczne wewnętrznych w przypadkach przerostu gruczołu krokowego. Odczyty: 1. M. Fejgin. Istota i znaczenie badania elektrokardiograficznego serca. 2. J. Szwarcmann. O chorobie Banga u ludzi.

23.IV. godz. 10 rano. Polskie Lekarskie Towarzystwo Radjologiczne.

1. Grynkrut B. O świetle chorobotwórczym. 2. Barciński J. Trzy przypadki mięsaków leczone prom. Roentg. 3. Grynbaum M. Wskazania i wyniki lecznicze przegrzewań djatermją krótkofalową. 4. Dyskusja nad odczytem kol. Rubinrota w sprawie tworzenia oddziałów radjologicznych.

24.IV. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. Sekcja kliniczna.

1. F. Łukaszczyk. Leczenie nowotworów złośliwych energią promienistą. Zasady, wskazania i wyniki z uwzględnieniem materiału Instytutu Radowego. 2. J. Laskowski. Rola histopatologii w leczeniu nowotworów złośliwych energią promienistą.

25.IV. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Dworecki I. i Segal M. Przypadek torbieli jajnika, zakażonej prątkami Ebertha. 2. Erlichówna M. O znaczeniu badań sekcyjnych dla klinicysty. 3. Węgieńko J. R. Stany hipoglikemiczne w cukrzycy.

TREŚĆ: J. I. MERENLENDER. O bizmutowym zatorze tętniczym. — K. MIKULSKI. Przyczynek do badań nad bliźniętami homologicznymi. (C. d.) — M. PŁOŃSKI. O współczesnych badaniach nad nowotworami złośliwymi. (Str. pogl.) — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Korespondencja. — ST. STERLING-OKUNIEWSKI. Lekarz w literaturze pięknej. (Dok.) — G. KREMER. Rak w świetle statystyki, momentu rasowego i walki społecznej z tą chorobą. (Dok.) — Wiadomości bieżące. — Sprostowanie. — Odpowiedź Redakcji. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: J. I. MERENLENDER. Sur l'embolie artérielle de bismuth. — K. MIKULSKI. Contributions aux recherches sur les jumeaux homologiques. (suite). — M. PŁOŃSKI. Sur les recherches modernes concernant les néoplasmes malins. (Rev. gén.) — ST. STERLING-OKUNIEWSKI. Le médecin dans littérature. (fin.) — G. KREMER. Le cancer au jour de la statistique, de l'agent de race et de la lutte sociale contre lui. (fin).

WARUNKI PRENUMERATY:

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

SAL DIETETICUM
SINE CI' BR' J' N'
nulla contrindicatio!
ARTISAL
GEO.