

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE

Prof. dr Ksawery LEWKOWICZ

Kraków

Złośliwa wszechgruźlica zapalna. — Gruźlicze rozsiane, głównie kłębuszkowe, krwotoczno-ropne zapalenie nerek złośliwe. — Gruźlicze krwotoczne zapalenie nerek dobrotliwe.

Z Kliniki Dziecięcej U. J. w Krakowie

Jakiegokolwiek nowe zapatrywanie, czy nowa teoria tym więcej zasługują na zaufanie, im częściej prowadzą do logicznie z nich wychodzących badań, płodnych w ważne wyniki. Moje w r. 1934 z klinicznych spostrzeżeń wysnute, ale dopiero w roku 1937 ogłoszone, nowe pojmowanie przebiegu spraw gruźliczych (2, 4 i 5) może się poszczycić już trzema takimi wynikami: 1) stwierdzeniem doszczętnego niszczenia prątków gruźliczych w zmianach rumienia guzowatego przez rozbijanie tych zarazków na ziarenka kwasooporne w jedno- i wielojądrowych listocytach (1, 3 i 5), tym samym obaleniem dotychczas ogólnie przyjętej, czysto toksycznej teorii powstawania tych zmian¹⁾; 2) utworzeniem w niniejszej pracy nowego pojęcia złośliwej, czysto zapalnej wszechgruźlicy i 3) stwierdzeniem, co ma być przedmiotem późniejszego szczegółowego doniesienia, w zmianach gościcowych ziarenek kwasoopornych zawartych w listocytach. Co do drugiego wyniku, to dotyczące spostrzeżenie kliniczne stanowi chyba niewątpliwie unikat w piśmiennictwie, a omawiane cierpienie prawdopodobnie w tej krańcowej złośliwości jest bardzo rzadkie. Nie wyłączone jest jednak, że, zwłaszcza w postaciach łagodniejszych, sprawa ta nie jest wcale wyjątkowa, ale że tak klinicysta jak i anatomo-patolog przechodzą obok niej — pouczający przykład znajduje się na końcu niniejszej pracy — obojętnie, zadawalając się zdawkowymi rozpoznaniem w rodzaju podostrego, mocznicotwórczego zapalenia nerek o pochodzeniu toksycznym, odnoszonym przeważnie do działania paciorkowców i ich toksyn. Tymczasem chodzi tu bezpośrednio o działanie prątka gruźliczego jako takiego, występującego co prawda w szczególnej, ziarnistej postaci — a nie samych tylko jego toksyn — i o szczególne oddziaływanie komórkowe ustroju na to zakażenie.

Chłopiec 11-letni (A. R., nr 9/36) zgłosił się do nas najprzód ambulatoryjnie dnia 4. I. 1936 r., podając, że od dwóch lat kaszle, a od 2^{1/2} tygodnia gorączkuje do 39,6°, poci się, chudnie i kaszle. Żadnej wysypki lekarz badający wtedy nie zauważył. Dnia 8. I. zgłosił się chory ponownie i został przyjęty do Kliniki z prawostronnym przywłękowym naciekiem splenopneumonicznym, z ogólnym nieżytnym oskrzelowym i z rumieniem guzowatym, którego matka nie zauważyła, który zatem musiał się rozwinąć między 4. a 8. I. Wybitniejsza bolesność zmian wystąpiła dopiero dnia 15. I., a wycięcia celem przeprowadzenia badania histologicznego dokonano — po uzyskaniu zgody rodziców — dopiero dnia 16. I. Roentgen wykazał dnia 8. I. obok prawostronnego przywłękowego nacieku płucnego linią bliższą między prawym płatem górnym a średnim. Ważny ten szczegół należy uważać za dowód, że podawane w wywiadach poprzednie, dwa lata się ciągnące przypadłości były przyrody gruźliczej; tym samym rumienia nie można uważać u naszego chorego za gruźlicę początkową.

Poza nieważnym powiększeniem śledziony i wątroby, lichym odżywieniem (ciężar ciała 25,8 kg zamiast 29,6), niedokrwistością o cechach bledniczych (5,480.000 krwinek czerwonych, 71° = 89% hemoglobiny, wskaźnik 0,81, 5.400 krwinek białych) innych zmian w narządach wtedy nie stwierdzono, w szczególności moczu, poza śladzikiem białka, obecnością w osadzie ślu-

zu i leukocytów (po kilka w polu widzenia) oraz lekkim wzmożeniem zawartości urobilimogenu i urobiliny przedstawiał się prawidłowo.

Przebieg kliniczny: zmiany skórne ustąpiły, ciepota odbytnicowa powoli opadała i wahała się w końcu między 36,7 a 37,6°, ciężar ciała podniósł się prawie o 4 kg (do 29,6) i dziecko w tym stanie wybitnej poprawy, chociaż przy utrzymujących się, nieznacznych już tylko zresztą zmianach naciekowych prawego płuca zabrano dnia 1. II. do domu.

Przypadek ten odróżnia się od innych spostrzeganych przez nas przypadków rumienia guzowatego kilkoma ważnymi cechami: 1) Chodziło tu nie o rumień początkowy, tylko o popoczątkowy, który wystąpił u dziecka już parę lat przed tym porażającym się z gruźlicą. Wybuch rumienia mógł być wywołany zakażeniem grypowym, ale nieżył oskrzelowy mógł być także wyrazem zakażenia swoistego. 2) Na naszych 9 przypadków, podobnie badanych, jest to jedyny przypadek, w którym krew chorego wstrzyknięta podskórnie śwince, spowodowała śmierć zwierzęcia i to stosunkowo szybko, gdyż w ciągu czterech miesięcy, a mianowicie przez wywołanie w płucu czwernych rozległych zmian serowatych, zawierających typowe prątki, i guzków gruźliczych w wątrobie; musiała więc ona zawierać prątki w pełni zjadliwe. 3) Biopsynie stwierdzono wprawdzie w guzach podskórnych wielojądrzaste komórki listocytarne zawierające ziarninę kwasooporną, podobne do komórek ryc. 9 mojego doniesienia o rumieniu guzowatym (1), ale były one bardzo nieliczne. Uderzało przy tym — należy jednak brać pod uwagę, że wycięcie wykonano późno — że nacieki w tkance podskórnej — w przeciwieństwie do tego, co widziano w opisywanym poprzednio przypadku (1) — nie były wcale ropne, tj. złożone z leukocytów wielojądrzastych, lecz — jak wykazuje ryc. 6 obecnej pracy — składały się z histiocytarnych komórek jednojądrzastych, zbliżonych do komórek nabłonkowych. Leżące w tym nacieku komórki olbrzymie wykazywały znów niekiedy wielkie zbiorowiska jąder zageśczonej, silnie zabarwionych i przez ściśle przyleganie do siebie zlewających się pozornie w jedną ciemną masę. — Szczegóły te są o tyle ważne, że świadczą o niezwykłej postaci oddziaływania układu listocytarnego i mogą wskazywać na to, w jaki sposób powstało jego wyczerpanie, którego następstwa wystąpiły w niespełna dwa lata później.

Po opuszczeniu Kliniki zgłaszał się chory do nas kilkakrotnie ambulatoryjnie, to z wymiotami i kaszlem, to znów z kaszlem i brakiem łaknienia, a dnia 5. VII. 1937 r. ze świnką. Dnia 5. XI. 1937 r. został znów przyjęty (nr 277/37), gdyż od trzech dni wystąpiła u niego gorączka dochodząca do 40,3°, ból głowy, ból brzucha, wymioty i zupełny brak łaknienia. Bezpośrednio jednak przed tym ostatnim zachorowaniem wprawdzie nieco pokaszliwał, ale na ogół czuł się dobrze i chodził do szkoły. Sprawa zatem miała znamiona ostrej choroby zakaźnej o nagłym początku.

W Klinice stwierdzono na wargach opryszczki, co zasługuje na uwagę ze względu na to, że objaw ten na ogół nie towarzyszy sprawom gruźliczym; wszechgruźlica zapalna może go jednak widocznie wywoływać.

Wynik badania krwi: Krwinek czerw. 4.600.000, białych 16.800 (segment. 62, pałeczk. 27, eozyn. 0, bazof. 0, limfocyt. 5, monocyt. 4, młodych 2%). Hemoglob. 61° = 76%, wskaźnik 0,83.

Dnia 13. XI. wstrzyknięto podskórnie 5 cm³ krwi pobranej z żyły śwince morskiej. Świnka ta do chwili obecnej jest zupełnie zdrowa. Widocznie ta postać zarazka, w którą, jak to będziemy widzieli, obfitowała krew narządów, w szczególności nerki, odznacza się bardzo niską zjadliwością i żywotnością.

Sposobami fizycznymi, ale przede wszystkim rentgenologicznie, stwierdzono po stronie lewej przywłękowo nacieki splenopneumoniczne, który dnia 5. XI. zajmował małą przestrzeń i był względnie wysycony, ale dnia 8. XI. przedstawiał się jako mgliste, niewyraźnie ograniczone zawoalowanie prawie całego dolnego pola płucnego, a od dnia 12. XI. począł się szybko cofać. Roentgen wykazał prócz tego, obok śladów po dawnych zmianach wnątkowych, po stronie prawej przykręgosłupowy cień o łukowatej granicy; odpowiadał on, jak się przy badaniu pośmiert-

¹⁾ W dyskusji do mojego wiedeńskiego wykładu dr H. Baar uznał te wyniki za wielką zasługę, a prof. F. Hamburger stwierdził, że mają one bardzo wielkie znaczenie (Wien, klin. Wschr. 1938, nr 17, s. 491).

nym okazało, znacznie wrzecionowało rozszerzonemu przelykowi.

Równocześnie rozwijała się szybko sprawa nerkowa. Przy chlorkach rozplywnych notowano początkowo w moczu, co utrzymywało się do końca, wprawdzie tylko ślad białka, ale osad zawierał dużo wałeczków szklitych impregnowanych moczanami, a potem także ziarnistych, poszczególne leukocyty i nabłonki płaskie, liczne nitki śluzu i mocznicy bezpostaciowe. Krwinek czerwonych wtedy nie zauważono, a próba benzydynamowa z osadem wypadła ujemnie. Dopiero dnia 14. XI. stwierdzono, że mocz oddany w ilości dobowej 150 cm³ jest nieprzeźroczysty, podobny do popłuczyn mięsnych, a mikroskopowo zawiera w średnio obfitym żółtawo-szarym osadzie obok poprzednio wymienionych składników bardzo liczne krwinki czerwone; w związku z tym próba benzydynamowa z osadem wypadła dodatnio. Krwiomocz ten miał zresztą wyraźną skłonność do zmniejszania się, gdyż dnia 20. XI., tj. na 2 dni przed śmiercią, stwierdzano w osadzie już tylko po 1—2 krwinek w polu widzenia.

Mimo to objawy czynnościowej niedomogi nerek i mocznicy wzmagaly się szybko. Chory wymiotował do 12 razy na dobe. Przede wszystkim zaś zawartość mocznika we krwi, która dnia 9. XI. wynosiła 159 mg % (zamiast prawidłowo 15—40), podniosła się dnia 17. XI. do 319, a więc w dwójnasób. Stała mocznikowydzielnicza *A m b a r d'a* wynosiła wtedy 0,62 zamiast najwyżej 0,08, a przecież już wartości od 0,20 są prognostycznie bezwzględnie niekorzystne.

Także zdolność nerek do zagęszczania mocznika w moczu była wyraźnie obniżona, gdyż przy nadmiernej zawartości tego składnika we krwi i małej ilości wydzielanego moczu (360 w ciągu doby dnia 17. XI.) istniały tu oczywiście warunki do wytworzenia maksymalnego zagęszczenia, które normalnie wynosi 5—5,5%, tymczasem wynosiło ono tylko 2,6%. Ciśnienie krwi (*Riva-Rocci*) dnia 16. XI. 95/70.

Na uwagę zasługuje okoliczność, że równocześnie ze szczytem sprawy nerkowej można było stwierdzić w płynie mózgowo-rdzeniowym szereg odchyień od stanu prawidłowego, które według wszelkiego prawdopodobieństwa świadczą o pojawieniu się w tym samym czasie w spłotach nacyniastych — tej nerce mózgowia wytwarzającej płyn mózgowo-rdzeniowy — zmian równoległych do zmian nerkowych. Jeszcze dnia 5. XI. płyn był zupełnie prawidłowy: ciśnienie początkowe w położeniu leżącym 10 po odpuszczeniu 10 cm³ płynu spadło do 2 mm Hg; ciałek białych 0; białko 0,022%; globuliny 0; cukier prawidłowy; chlorki 0,72%. Tymczasem przy nakłuciu lędźwiowym z dnia 12. XI. zapisano: ciśnienie w położeniu siedzącym (w leżącym nie było wypływu) początkowo tylko 2, po odpuszczeniu 2,5 cm³ płynu spadło do minus 1 mm Hg — szczegóły te świadczą o niebywałym obniżeniu się ilości wydzielanego płynu, co by stanowiło odpowiednik skąpomoczu — ciałek białych 10, czerwonych 20 w 1 mm³; białko 0,04%; globuliny 0; cukier prawidłowy; chlorków nie badano; w preparacie z osadu: 98% limfocytów, 1% nabłonkowych, 1% wielojądrazastych.

Ciepota ciała obniżył się w czasie spostrzegania z 29,9 kg na 25, a to mimo, że chory wydzielal jako mocz początkowo za ledwie połowę, w końcu zaś tylko 1/8 (125:975) przyjmowanych płynów: stracił on jednak dużo płynu wskutek wymiotów.

Ciepłota ciała wahająca się dnia 5. XI. od 38,4—39,7° *in ano* spadła dnia 6. XI. z 38,6° na 36,8° i następnie utrzymywał się już przez cały czas raczej stan subnormalny z wahaniami prze ważnie od 36,0—37,0°. Można by więc było myśleć o krytycznym pneumonycznym spadku ciepłoty w dniu 6. XI., tj. w 5. dniu choroby, a to tym bardziej, że towarzyszyły sprawie opryszczki, rozplywność chlorków w moczu (co jednak można znów było odnieść do utrat chlorku skutkiem wymiotów i stwierdzonej badaniem krwi lipochloremii: chlor krwinkowy 1,49‰ zamiast 1,80, osoczozy 3,13 zamiast 3,60, wskaźnik krwinkowo-osoczozy 0,48), wreszcie leukocytoza. Spadek ciepłoty mógł być jednak wywołany causatem, który dnia 5. XI. podano wewnętrznie w ilości 2 g, a dnia 6. XI. w mikrolawatywach w ilości 4 g. Przeciw zwykłej pneumonii przemawiały przy tym stanowczo rentgenologiczne cechy nacieku i ta okoliczność, że rozszerzył on się znacznie już po spadku ciepłoty.

Cały szereg szczegółów przemawiał zresztą za tym — i tak ten przypadek przedstawiałem studentom w wykładzie dnia 15. XI. — że wszystkie spostrzegane u chorego, a równocześnie rozwijające się sprawy, a więc: 1) splenopneumonyczny naciek płucny, 2) zapalenie nerek, 3) zapalenie spłotowo-oponowe i 4) zapalenie przelyku będące podstawą jego rozszerzenia, muszą mieć jedno wspólne podłoże, a mianowicie ogólne posocznice zakażenie gruźlicze. Należało to oczywiście potwierdzić późniejszymi badaniami. Są to następujące szczegóły: a) przebycie przed 22 miesiącami niezupełnie typowego rumienia guzowatego; b) ce-

chujące zmiany płucne; c) próby tuberkulinowe śródskórne dodatnie wyraźnie do rozcieńczenia VI (10—6), a w śladzie do VII (10—7), co odpowiada wysokiemu uczuleniu, znamionemu dla wczesnych gruźlic czynnych; d) opadanie krwinek 72 mm w ciągu godziny, zatem bardzo znacznie przyśpieszone (norma około 5 mm).

Pośmiertnie okazały nerki (tylko tym narządem mamy się na razie bliżej zająć) według protokołu Zakładu Anatomii Patologicznej następujące zmiany: waga prawej 80, lewej 70, zatem nieznacznie powiększone i stosunkowo dość twarde. Torebka cienka i dająca się bez trudności zluszczać. Na przekrojach kora nieznacznie węższa niż prawidłowo, barwy szarawo-żółtawej i nieznacznie wybija się na powierzchnii przekroju; oglądana pod światło jest nieznacznie ziarnista. Połysk na ogół utrzymany. Na przekroju lewej nerki na granicy kory i części rdzeniowej znaleziono jeden guzeczek wielkości ziarna prosa, białawy. Trzy podobne guzki prosówkowe włókniste znaleziono w torebce wątrobowej jako wyraz przebytej poprzednio bardzo skąpej gruźlicy prosówkowej.

Badanie histologiczne nerek

Kłębki. Na ryc. 1 widzimy przekrój kłębuszka ze skrawką zabarwionego na prątki. To, co się rzuca w oczy w tym obrazie, to spora ilość leukocytów wielojądrazastych, zawierających różnego kalibru ziarenka kwasooporne, ale gramoujemne — nie chodzi tu więc bynajmniej o ziarenka Muchowskie — a w miejscu, zaznaczonym prostokątem — można je pojmować jako drobny ropieniek złożony z trzech leukocytów — także prątki, co wyraźniej przedstawione jest na ryc. 2. w dwukrotnie większym wymiarze. Bardzo dużego i grubego, chociaż zniekształconego prątka, którego można z łatwością odróżnić nawet w powiększeniu 375:1 (ryc. 7), widzimy także na ryc. 3 obok licznych ziarenek kwasoopornych w obrzmiałej protoplazmie leukocyta, leżącego prawdopodobnie w naczynku włosowatym, jak o tym świadczy ograniczające tę przestrzeń od dołu półksiężycowate jądro śródbłonkowe. Prątki jednak są na ogół rzadkością. Zato zakażenie kłębuszków leukocytami ziarnonośnymi można uważać za powszechne. Mianowicie tylko w około 5% przekrojów kłębkowych nie stwierdzało się tych leukocytów. Ponieważ jednak przy grubości skrawków parafinowych 10—15 μ każdy kłębek rozpada się na kilka części, można było, jak dotąd zawsze, jeżeli w jednym skrawku nie stwierdzono zakażenia, w tych innych częściach wykazać obecność zarazków. Zatem, praktycznie biorąc, wszystkie kłębki okazały się zakażone, tym samym omawiane zapalenie gruźlicze nerek przedstawia się przede wszystkim jako zapalenie kłębuszkowe.

Zakażenia torebki Bowmanowskiej. Ropienki kłębuszka, a może i poszczególne leukocyty ziarnonośne mogą widocznie niekiedy przebijać do torebki Bowmanowskiej, gdyż znajdujemy czasami, jak to widać w dwóch miejscach na ryc. 1, na jej wewnętrznej powierzchni, zwykle tylko nieliczne, czasem jednak także liczniejsze, zawarte np. w jednej komórce nabłonkowej torebki, ziarenka kwasooporne. Zupełnie wyjątkowym jest obraz, jaki widzimy na ryc. 3, bo tu wszystkie komórki torebki leżące naprzeciwko dolnego lewego zrazika kłębka (p. ryc. 7) są silnie zakażone i w następstwie tego zakażenia znacznie zmienione, mianowicie obrzmiałe i zwyrodniałe; aby to stwierdzić, wystarczy je porównać z komórkami torebki w ryc. 1. W zakresie tej zmiany wspomniany zrazik kłębka okazuje się prócz tego wiotko zlepiony z torebką.

Zakażone histocyty. Z podobnie obficie zakażonymi dużymi komórkami jednojądrzastymi można się niekiedy spotkać także w przestworach międzycewkowych. Widzimy taką komórkę na ryc. 10, której stosunek do otoczenia przedstawia ryc. 8. Przez przegładnięcie sąsiednich skrawków można stwierdzić, że nie są to nabłonki torebek *B o w m a n o w s k i c h*. Chodzi więc, jak w rumieniu guzowatym, o histocyty, tylko że tam ziarnonośne histocyty jedno- i wielojądrowe, a także komórki olbrzymie stanowiły składnik komórkowy zasadniczy przy nieobecności ziarnonośnych leukocytów, tu zaś jest wprost przeciwnie. Podobną komórkę zawierającą blade ziarenka kwasooporne widzimy w górnej części ryc. 30. w miejscu zaznaczonym strzałką i po prawej stronie ryc. 9. Niekiedy komórki te — przykładem komórka w lewej części ryc. 9 z obrysem zaznaczonym strzałkami — są w wysokim stopniu zwyrodniałe, jakby obrzękłe, a jądro ich poza dobrze widocznym obrysem zupełnie bezbarwne. Nadmienię przy sposobności, że obok będących tam w znacznej przewadze stosunkowo dobrze utrzymanych histocytów ziarnonośnych widywałem zupełnie podobne komórki w zmianach zastawki dwudzielnej przy zapaleniu wsierdzia goścącym.

O ile można wnosić z ryc. 11, która przedstawia to samo miejsce w skrawku 30/II co ryc. 9. w skrawku 31/II, zmiana pozostaje tu w ścisłym związku z naczyńkiem przebiegającym od strony prawej ku lewej i ku górze, mianowicie ku niezwykłemu skupieniu obrzmiałyh komórki śródbłonkowych, zamykających prawdopodobnie to naczynie.

Zmiany naczyń szypułki kłębkowej. Po prawej stronie kłębka ryc. 7. znajdujemy ciemne pasmo. Złożone ono jest, jak wykazują ryc. 4 i 5, z komórek o jądrach przeważnie podłużnych, ale częściowo, zwłaszcza w dole, także poprzecznie ułożonych. Chodzi prawdopodobnie o zmiarłą tętniczkę, chociaż barwienie Hornowskiego na włókna elastyczne sąsiedniego skrawka wykazało w pasmie tym tylko włókna klejodajne. Należy jednak zaznaczyć, że nawet mało zmienione tętniczki tracą, jakby wynikało z naszych spostrzeżeń, w pewnej odległości przed wejściem do kłębka błonę sprężystą wewnętrzną, a przynajmniej wybarwienie jej się nie udaje. Otóż pasmo to zawiera dość liczne, rozmięszczone w grupach w przestrzeniach pomiędzy jądrami ziarenka i obrączki kwasooporne, a prócz tego (ryc. 5 w górze po prawej), prawdopodobnie w zakresie zmiarłego światła, większy twór kwasooporny z dwoma przejściami.

Zmianę tę można zestawić z nagromadzeniem jąder w szypułce naczyniowej kłębka po lewej dolnej stronie ryc. 1, gdzie jednak ziaren kwasoopornych nie stwierdzono. Zbliżona do niej jest także zmiana ryc. 30. Znajdujemy tu w naczyniu z utrzymanymi śródbłonkami walowaty twór złożony z komórek o jądrowatych jądrach — prawdopodobnie śródbłonkowego pochodzenia — a, jak wykazuje ryc. 31 (miejsca zaznaczone strzałkami), zarówno w zakresie tworów jak i przyściemnych komórek śródbłonkowych wyraźne, chociaż słabo zabarwione kwasooporne pierścionki.

W związku z opisanymi zmianami naczyń doprowadzających, kłębki są przeważnie niedokrwiłone. Wyjątkowo jednak naczynia ich mogą być także rozszerzone, mianowicie prawdopodobnie wtedy, gdy żyłka odprowadzająca kłębka jest w większej mierze zmieniona i jej światło zwężone.

Zakażona pierwocin tkanki łącznej. Ziarenka kwasooporne mogą także leżeć niekiedy, jak to widać z ryc. 5. po lewej stronie w górze, lub ryc. 30 (miejsca zaznaczone strzałką po stronie lewej) poza komórkami, czy to na włóknach tkanki łącznej, czy wypustkami komórek. Grupy jednak ziarenek znajdujące w kłębkach pozornie poza leukocytami (p. ryc. 1) leżą chyba niewątpliwie w częściach protoplazmy leukocytów, których główne części zawierające jądra znajdują się w skrawkach sąsiednich.

Ziarenka (czasem pierścionki czy bańki lub znów prątki) kwasooporne znajdujemy więc: 1) w głównej masie w leukocytach, co powtarza się (p. n.) także przy zmianach naczyniowych; 2) wyjątkowo w histiocytach jednojądrowych; 3) czasem w nabłonku torebki Bowmanowskiej; 4) wyjątkowo w komórkach i na włóknach tkanki łącznej; wreszcie 5) w śródbłonkach.

Cewki odprowadzające kłębków. Jak widzimy na ryc. 1 po stronie prawej w górze i w odpowiadającym tej rycinie prostokącie I ryciny 8, a prócz tego w tejże ryc. 8 na należącej prawdopodobnie do górnego lewego kłębka pętli leżącej między tym kłębkami a prostokątem I, najbliższe kłębka odcinki cewek krętych odprowadzających są wyraźnie dotknięte zwyrodnieniem i odcinają się wejrzeniem od cewek sąsiednich. Protoplasma ich jest mianowicie obrzmiała, ciemniej zabarwiona, światło zwężone, a jądra, przynajmniej niektóre, bardzo słabo zabarwione, nie wykazujące cechującego rysunku ani wyraźnej ostłonki. Musi to być wynik działania toksyn odpływających z moczem z zakażonego kłębka, a działających przede wszystkim na ten początkowy odcinek jego cewki.

Naczyńka włosowate przestworów międzycewkowych. Zawierają one stosunkowo często poszczególne leukocyty zakażone, a mogą być także, jak to widzimy na ryc. 12, przez grupki tych leukocytów zaczopowane. Prowadzi to widocznie łatwo do peknięcia naczynek, gdyż w bezpośrednim sąsiedztwie leukocytów ryc. 12 ku górze i na lewo widzimy dość liczne cienie krwinek czerwonych. Rzadziej, jak to wynika z ryc. 13, naczynie mogą być na sporej przestrzeni wprost wypchane leukocytami ziarnocystymi. Jak na to wskazują ryc. 14—16, prowadzi to w dalszym następstwie do zniszczenia naczynek i do wytworzenia naokoło cewek — których przekroje poprzeczne widoczne są na ryc. 15 i 16 w postaci wieńca jąder nabłonkowych — nacieczeń ropnych, do rozluźnienia układu komórek nabłonkowych cewki i do wnikanja zakażonych ciałek ropnych do jej światła.

Walczki ropne. W ten sposób powstają walczki złożone poza złuszczonej nabłonkami przeważnie z leukocytów. Podobny wewnętrzcewkowy waleczek widzimy w przekroju podłużnym na ryc. 32; zawiera on jednak w leukocytach tylko bardzo

nieliczne ziarenka kwasooporne (ryc. 33), a także naczynie, biegnące w przestworach przylegających do górnego i do dolnego obwodu tej cewki, zawierają, jak widać z ryc. 34, tylko nieliczne zakażone leukocyty.

Żyłki. Ryc. 17 przedstawia część przekroju większej żyłki. Widzimy w nim wewnątrz światła wśród krwinek czerwonych, oprócz jednego limfocytu i jednej dużej komórki o podłużnym jądrze, trzy ziarnonośne leukocyty.

Zmiany tętniczek. Na ryc. 19 widzimy przekrój podłużny tętniczki, a stosunek tego pola do otoczenia przedstawia ryc. 18. Uderzającą jest tu okoliczność, że wewnątrz światła, pomiędzy krwinkami czerwonymi, co szczególnie w lewym górnym odcinku tętniczki widoczne jest wyraźnie, znajduje się kilka komórek o podłużnych jądrach i o protoplazmie przechodzącej bez uchwytnej granicy w długie wypustki. Nasuwająca się pierwotnie myśl, że są to komórki mięsne, okazała się niesłuszną; chodzi tu zatem — do pochodzenia ich jeszcze wrócimy — o komórki tkanki łącznej, fibrocyty. W świetle tętniczki znajdują się prócz tego trzy leukocyty ziarnonośne.

Chyba niewątpliwie w związku z zmianami tej tętniczki i jej odgałęzień pozostaje zmiana cewki przylegającej do prawego jej końca, a przedstawiona na ryc. 20. Jądra komórek tej cewki są zageszczone, miejscami nadmiernie skupione, a światło wypełnione masą bezpostaciową (walczykiem szklistym), zawierającą dwie grudki pomarańczowe. W bliskości tej cewki po stronie lewej widać jednego leukocytu z ziarenkami kwasoopornymi.

W jaki sposób komórki tkanki łącznej mogą się dostawać do światła tętniczek, na to wskazuje ryc. 24 ze skrawka zabarwionego na włókna elastyczne i klejodajne sposobem Hornowskiego. Widzimy tutaj, że na całym zresztą obwodzie błona sprężysta wewnętrzną przedstawia się prawidłowo, a tylko po stronie prawej jest wyraźnie zgrubiała i złożona z dwóch warstw, z których wewnętrzną, grubszą, ma nieregularne wypustki. Zabarczenie tej części błony wewnętrznej, w której leżą zmienione włókna sprężyste, jest wyraźnie czerwone, co by świadczyło o nieprawidłowym tworzeniu się tutaj włókien klejodajnych, zatem także o bujaniu komórek łącznotkankowych. Te właśnie komórki mogą się widocznie odrywać od podłoża i dostawać do światła większych tętniczek, a stąd być nanoszone z prądem krwi do tętniczek mniejszych.

Zupełnie podobną zmianę błony wewnętrznej znacznie większej tętniczki widzimy na ryc. 26, ze skrawka 3/II zabarwionego znów według Hornowskiego. Bardzo znaczne bujanie błony wewnętrznej z wytwarzaniem włókien klejodajnych widzimy zwłaszcza po stronie prawej w dole, częściowo w zakresie prostokąta 28. W górze znów po prawej widzimy, jak w zakresie prostokąta 25 jedno długie włókno sprężyste, czy błona oddzielona od podłoża zapuszcza się wolno do światła tętniczki. Ryc. 25 odpowiadająca temu miejscu, a pochodząca ze skrawka 1/II zabarwionego hematoksyną i Ziehllem przedstawia w górnym prawym rogu mięśniówkę, w górnym lewym bujającą, niepokrytą śródbłonkiem błonę wewnętrzną, a w dole górny koniec strzępa wystającego ze ściany dolnej. W środku, nieco ku dołowi, znajduje się grupa komórek, o jądrach okrągłych z zatartymi zarysami i jeden leukocyt z ziarenkami kwasoopornymi. Na ryc. 27, odpowiadającej górnemu lewemu odcinkowi światła tejże tętniczki również ze skrawka 1/II, widzimy po stronie lewej wewnętrzną jej powierzchnię, pozbawioną znów śródbłonka i postrzępioną, z odrywającymi się od niej komórkami. Z górnego prawego rogu zwisa ku światłu strzęp nie pokryty śródbłonkiem, a w świetle znajduje się kilka komórek, prawdopodobnie śródbłonkowych, już to poszczególnych, już to połączonych w płatki, a zawierających albo jądra o zatartych zarysach, albo stosunkowo dobrze utrzymane. Ryc. 28 z dolnej części przekroju tętniczki w skrawku 2/II przedstawia w dolnym prawym rogu mięśniówkę, a w środku leżącą na niej, niepokrytą śródbłonkiem bujającą błonę wewnętrzną. Także wewnętrzną powierzchnię po stronie lewej jest obnażona ze śródbłonka. W świetle widzimy dwie komórki zbliżone do plazmatycznych; z nich dolna ma szczególnie silnie wybarwioną protoplazmę.

Na ryc. 29 widzimy jako czynnik przyczynowy zmiany leukocytu ziarnonośnego wżartego niejako w mięśniówkę, gdyż do jego lewego obwodu przylega jedno jądro mięsne, a dwa tylko niewyraźnie zaznaczone na zdjęciu, gdyż nie leżące w danym poziomie optycznym, leżą bezpośrednio pod nim. W świetle między krwinkami znów kilka komórek łącznotkankowych oderwanych od podłoża.

Nie jest mi wiadome, czy ktokolwiek spostrzegł podobne bujanie błony wewnętrznej tętniczek i odrywanie się od niej komórek łącznotkankowych w jakichkolwiek okolicznościach. Oczywiście zmian tych nie wolno mieszać ze spotykanymi w gruźlicy prosówkowej gruzelkami błony wewnętrznej, bo przecież nie

ma tu ani śladu budowy gruzłkowej. Te w ścianach tętnic, w szczególności w ich błonie wewnętrznej, ale także i w warstwie mięsnej pod wpływem ziarnistej odmiany zarazka toczącej się sprawy, wyjaśniałyby zato chyba powstawanie owych zmian zejściowych, o których — mylnie jednak tłumacząc sobie ich genezę — wspomina Deisz (s. 435). Mówi on mianowicie: „Wiążący wszystko układ naczyniowy oddziaływa wreszcie często w obrazie zapalenia surowiczego pod znakiem toksyczno-aler-gicznego rozluźnienia ścian naczyniowych. Przy zasadniczej jednakowości tych procesów z tymi, które się rozgrywają w narządach mięsnych, przygotowuje tu przesączanie się białka („albuminuria“!) do tkanki, uszkadzając *vasa vasorum*, wczesnostwardnieniu przemiana. Od dawna zna mianowicie klinika przy obrazach chorobowych gruźlic przewlekłe hematogenetycznie rozplennych uderzającą sztywność ścian tętniczych występującą obok niedwuznaczego zespołu pierwotnego w obrazie rentgenowskim i twardego obrzmienia śledziony. Sztywność naczyń rozwija się tu według wszelkiego prawdopodobieństwa z podprogowo przebiegającej przebudowy naczyń, a w czynnościowym kierunku może ona przez miejscowe i uogólnione wzmoczenie napięcia wywoływać ograniczone do danego zakresu zaburzenia w przepływie krwi, jak również ogólne oddziaływanie hipertoniczne...”. Otóż, chyba niewątpliwie udało nam się w naszym przypadku uchwycić powstawanie tych zmian w okresie zupełnie początkowym, niejako *in flagranti*, kiedy przebiega ono jeszcze całkiem „podprogowo“, to znaczy jest klinicznie nieuchwytnie.

Naciek limfocytowy. W bliskości tętniczki przedstawionej na ryc. 24 znajduje się zmiana, którą widzimy na ryc. 21. Środek obrazu zajmuje przekrój cewki krętej, miernie tylko zmienionej. Po jej stronie lewej znajduje się tętniczka, przedstawiona wyraźniej na ryc. 22, ze światłem znacznie węższym przez bujające śródbłonki, czy fibroblasty. U jej prawego obwodu widzimy leukocyta z licznymi, ale bardzo drobnymi ziarenkami kwasopornymi. Po prawej stronie cewki leży naciek złożony głównie z limfocytów, ale także z pewnej ilości leukocytów, zawierających, jak wykazuje ryc. 23, ziarenka kwasoporne, przeważnie drobne.

Zmiany cewek. Widzieliśmy je już w ryc. 1, 8, 14—16, 18, 20, 32—34. Uzupełnimy te szczegóły jeszcze omówieniem ryc. 35. Granica zewnętrzna warstwy nabłonkowej, a wewnętrzna tkanki przestworowej, na której leży w stanie prawidłowym nabłonek, jest tu zaznaczona strzałkami. Widać pod nią po stronie lewej, a także od dołu przebiegające naczynka zawierające krwinki czerwone. Pokrycie nabłonkowe jest od góry, dołu i strony prawej utrzymane, ale jądra komórek są tu częściowo morwowato pokurczone i jakby odstające od protoplazmy. Po stronie zaś lewej nabłonek jest w trakcie złuszczenia się i obnaża w ten sposób tkankę przestworową. W świetle widzimy przekrój waleczka złożonego ze zlepionych ze sobą komórek nabłonkowych o pokurczonych morwowato jądrach. Podobnie pokurczone jądra widziliśmy na ryc. 9 mojej pracy o rumieniu guzowatym (I). Są one wyrazem cofnięcia się pierwotnie istniejącego tu, znacznego obrzęku zapalnego.

Zupełny brak zmian swoistych. W kierunku ujemnym trzeba zaznaczyć, że nigdzie nie napotkano na najmniejszy ślad zmian swoistych, jak twory gruzłkowe, komórki olbrzymie lub choćby wielojądrowe komórki histiocytarne. Zmiany miały zatem wszelkie cechy zupełnie „nieswoistego“ — ale przecież są to zmiany wywołane przez swoisty zarazek, tym samym swoiste, a tylko histologicznie nieznamienne — krwotoczno-ropnego zapalenia bez żadnych wyrzysków histologicznie swoistych, z którymi tak często spotykamy się w rumieniu guzowatym.

Powstawanie sprawy i jej przyroda. Przebieg zakażeń w naszym przypadku okazuje bezsprzecznie wiele podobieństwa do wielokrotnie u jednego chorego powtarzających się wznów rumienia guzowatego. Rzeczywiście w myśl moich poprzednich prac (1—6) każde zapadnięcie na rumień musi się uważać za osobną, cyklicznie przebiegającą, tj. wychodzącą ze stanu zdrowia i do niego powracającą chorobę, mianowicie za ostre ogólne posoczniczne zakażenie gruźlicze, które by wobec tego można było również dobrze określić jako wszechgruźlicę. Jednakże tylko jedna z tych gruźliczych posocznicy i to wcale nie tak, jak to zwykle bywa, początkowa, ale popoczątkowa przedstawiała się u naszego chorego jako typowy rumień guzowaty. Posocznica zaś początkowa, pojawiająca się w 3—7 tygodni po zakażeniu — o ile rodzice nie przeoczyli wysypki, jak to się stało przy zgłoszeniu się z rumieniem — musiała przebiegać jako prosta gorączka początkowa, którą przecież tak często nie tylko otoczenie chorego, ale i lekarz pojmuje jako grypę. Jedną z posocznicy miała znowu częściowo cechy bardzo skąpej prosówki. Podobieństwo tych powracających posocznicy z szeregiem wznów rumie-

niowych polega na tym, że tak u tamtych chorych, jak i w naszym przypadku, zmiany serowate zespołu pierwotnego — a zatem w moim pojmowaniu zmiany przygruźlicze — chociaż są one oczywiście bardzo ważne, bo z nich przecież wychodzą ponowne zakażenia („endogenetyczne reinfekcje“), w klinicznym obrazie i rozwoju sprawy albo nie dają powodu do żadnych w ogóle chorobowych objawów, lub przynajmniej objawy te schodzą na plan dalszy. W ten właśnie sposób powtarzające się wznowy mają klinicznie cechy czystych, ostro przebiegających, gruźliczych spraw posocznicznych, wraz z ich miejscowymi, czysto zapalnymi uzewnętrznieniami, a więc cechy właściwych i czystych gruźlic, jako chorób ogólnych.

Przyczyną złośliwego przebiegu ostatniej posocznicy i niezwykłej postaci jej zmian tkankowych, polegającej na tworzeniu się drobnych nacieków ropnych i to nacieków złożonych z neutrocytów zawierających ziarenka kwasoporne, było u naszego chorego według wszelkiego prawdopodobieństwa powstałe w ciągu powtarzających się posocznicy, prawie zupełne, czynnościowe i anatomiczne wyczerpanie przypuszczalnie już pierwotnie konstytucjonalnie niewydolnego układu histiocytarnego. Główną rolę w komórkowym zwalczaniu zakażenia musiały wobec tego objąć mało do tego nadające się leukocyty neutrofilne, czyli ciątka ropne.

Na uwagę zasługuje jeszcze okoliczność, że chory okazywał znaczne uczulenie na tuberkulinę. Istniała zatem w tym przypadku rozbieżność między tym ogólnym uczuleniem tkankowym a uodpornieniem, tłumaczącą się wspomnianym wyczerpaniem czynnika komórkowego, którego sprawność ma w walce z zarazkiem znaczenie rozstrzygające. Spostrzeżenie nasze przemawiałoby więc za tym, że — wbrew zdaniu wielu wybitnych badaczy — uodpornienie przeciwgruźlicze, jak to zresztą już poprzednio starałem się udowodnić (2, 4, 5c), nie jest wcale przyrody humoralnej, lecz tkankowej lub właściwie komórkowej, gdyż jest przede wszystkim zależne od sprawności życiowej komórek układu histiocytarnego.

Co do zachowania się tego układu wobec ogólnych posocznicznych zakażeń gruźliczych, to, jakby wynikało z dotychczasowych moich spostrzeżeń, zarysowują się tu na razie następujące trzy możliwości:

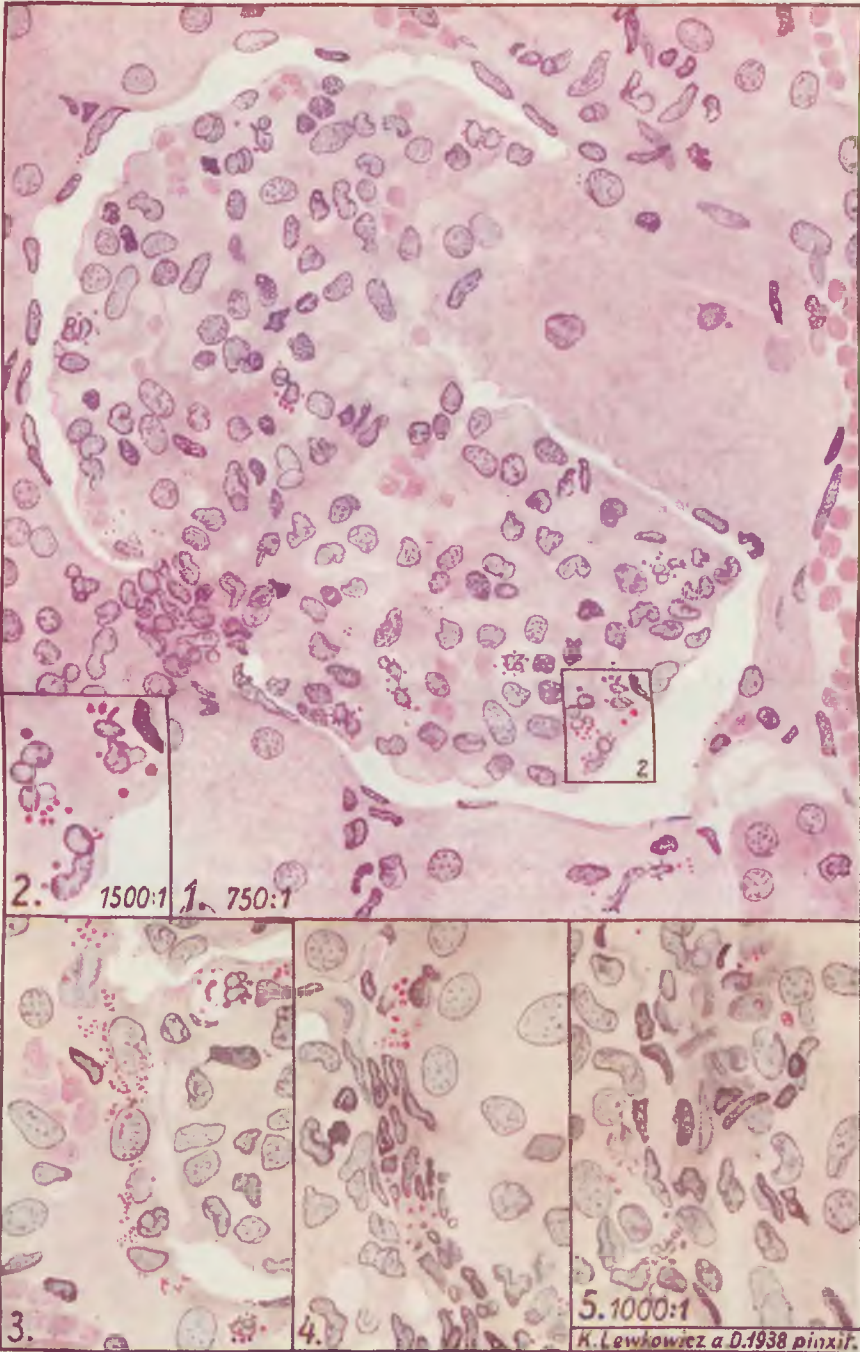
1) Przykład: rumień guzowaty. Możliwość najkorzystniejsza, bo prowadząca w zasadzie do zupełnego wyleczenia. Układ histiocytarny rozporządza tu pełną sprawnością. Może on działać w postaci jednojądrowych komórek, ale przede wszystkim wytwarza przez bujanie swych pierwocin komórki kilkujądrowe, w łonie których następuje zupełne zniszczenie zarazków drogą rozbijania tychże na ziarenka lub pył i wreszcie rozpuszczania w protoplazmie. Wobec szybkiego unieszkodliwienia zarazków do wytworzenia typowych komórek olbrzymich dochodzi tylko wyjątkowo.

2) Przykładem sprawy gośćcowe. Mają one być przedmiotem późniejszych doniesień. Ewentualność mniej korzystna, gdyż sprawa może się w nich wprawdzie kończyć wyleczeniem, ale nierzadko nie jest ono zupełne, następują więc wtedy wznowy lub przejście w stan przewlekły. Układ histiocytarny jest tu czynny, ale tylko w postaci komórek jednojądrowych, w których znajdujemy ziarenka kwasoporne i które są w różnym stopniu dotknięte zwyrodnieniem. Widocznie do silniejszego odczynu, wyrażającego się wytworzeniem komórek wielojądrowych i mniej lub więcej typowych komórek olbrzymich układ ten nie jest zdolny, a w związku z tym nie zawsze jest w stanie doszczętnie zniszczyć zarazki.

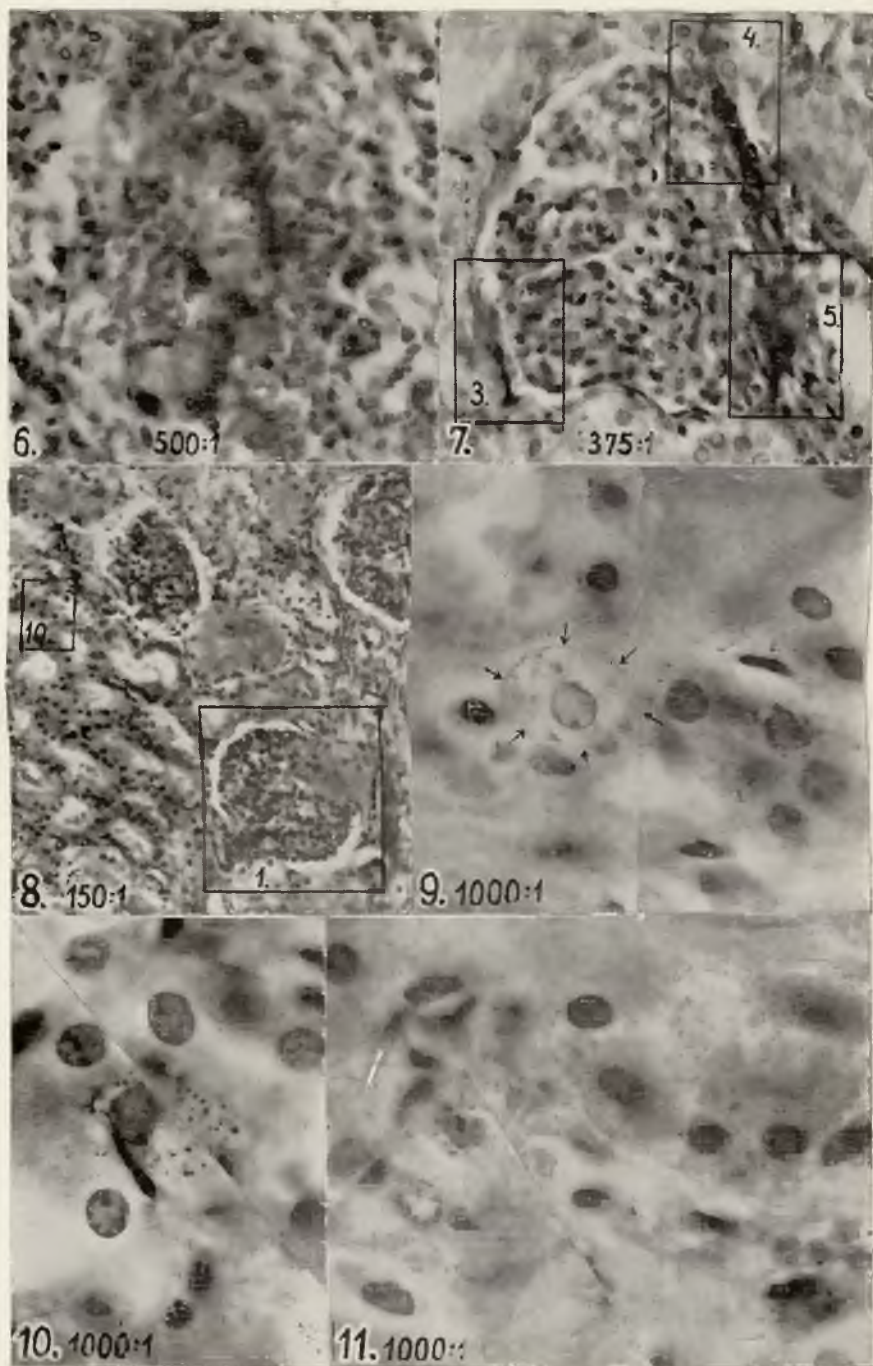
3) Przykładem opisany przypadek wszechgruźlicy złośliwej. Możliwość oczywiście najmniej korzystna, nie wyłączająca jednak wcale cofania się wytworzonych zmian zapalnych. Układ histiocytarny prawie zupełnie nie wchodzi w rachubę w walce z zarazkiem; zadanie to biorą więc na siebie neutrocyty.

Streszczenie

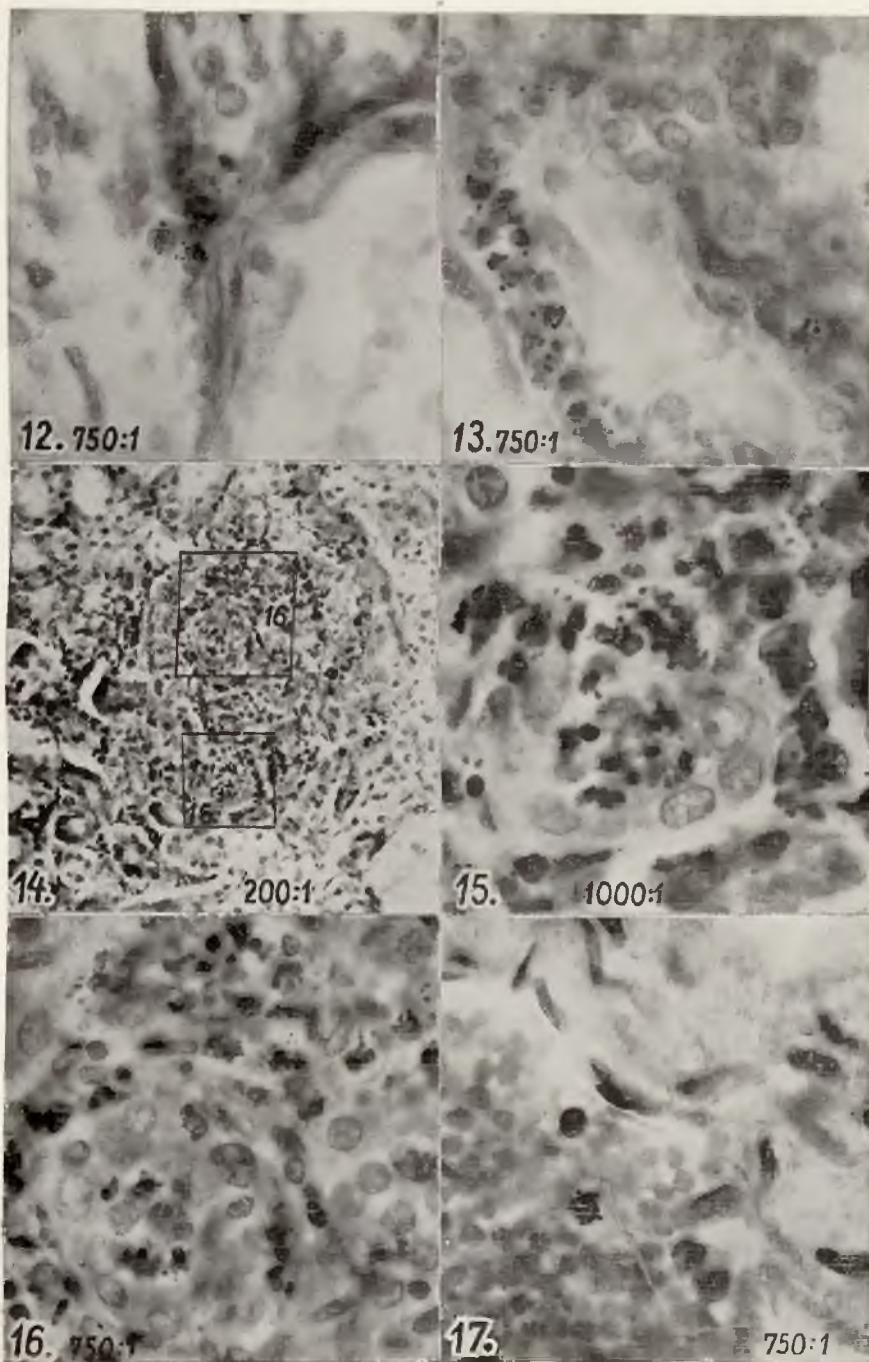
U chorego, który co najmniej na 2 lata przed rumieniem guzowatym musiał się zarazić gruźlicą i przebyć wtedy początkową posocznicy; który od tego czasu kaszlał, a rumień połączony z przywłokowym prawostronnym naciekiem splenopneumonicznym przebył jako wyraz posocznicy popoczątkowej; który potem musiał przebyć korzystnie skąpy rozsiew prosówkowy, gdyż w nerce jego znaleziono jako pozostałość po tym rozsiewie jeden, a w torbiec wątrobowej trzy prosówkowe guzki włókniste, rozwija się w 22 miesiące po rumieniu zespół spraw złożony: 1) ze splenopneumonicznego zapalenia płuca lewego, 2) z zapalenia przełyku prowadzącego do rozszerzenia tego przewodu, 3) z szybko drogą mocznicą do śmierci prowadzącego zapalenia nerek, klinicznie wyraźnie krwotocznego, a anatomicznie

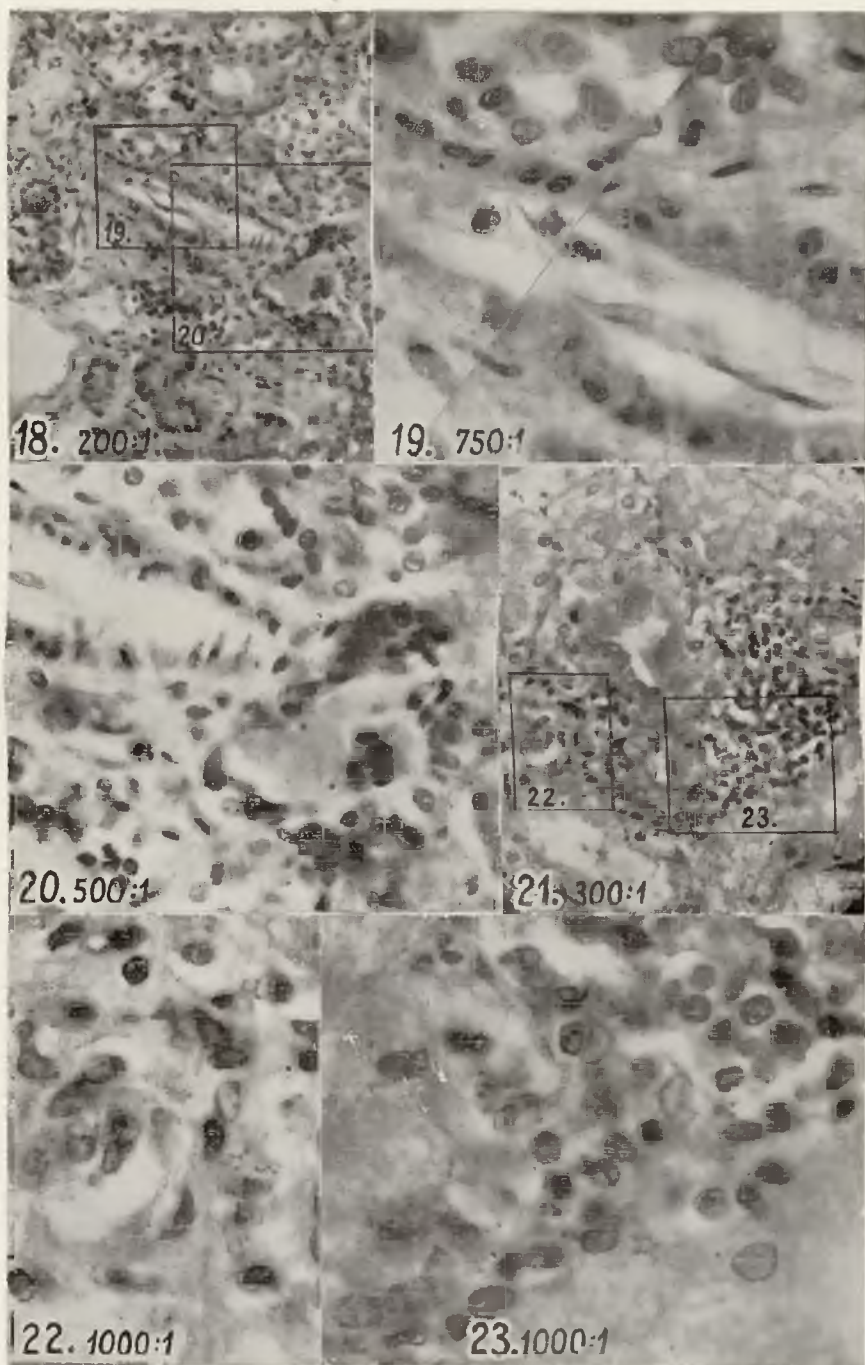


K. Lewkowicz. Wszechgruźlica zapalna.

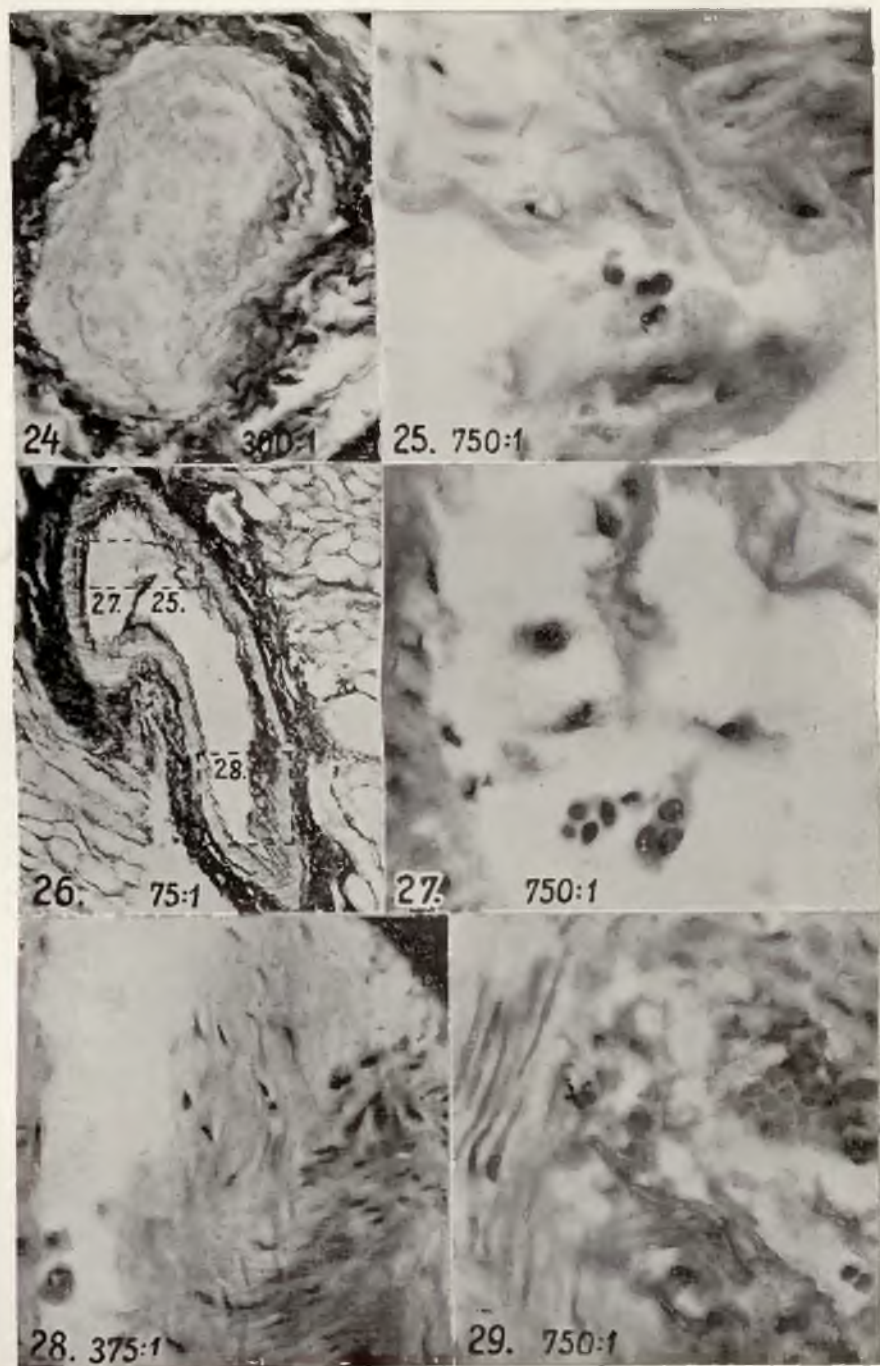


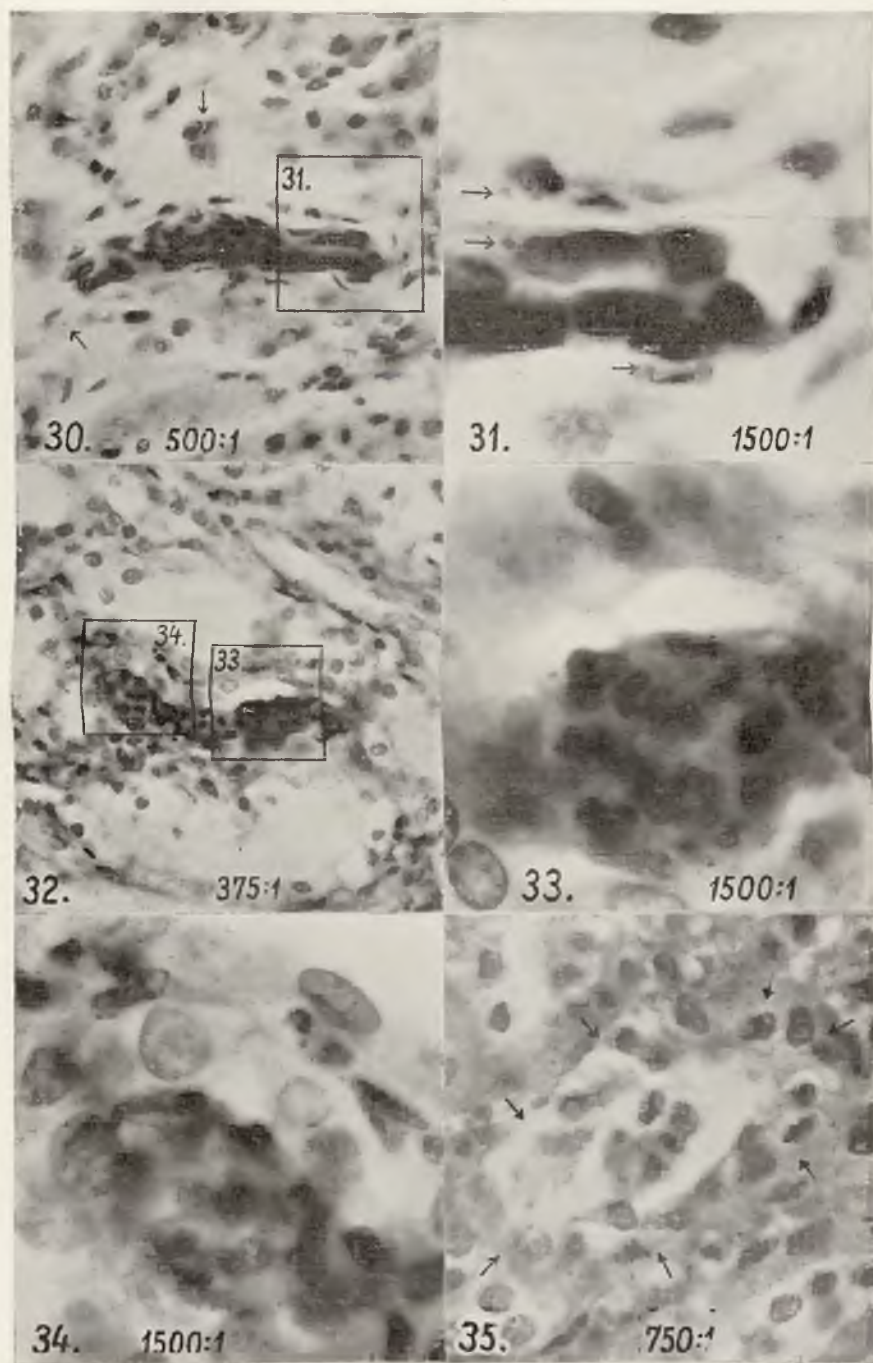






K. Lewkowicz, Wszelchgruźlica zapalna.





K. Lewkowicz, Wszechgruźlica zapalna.

ropnego i 4) z lekkiego zapalenia spłotów naczyńsiastych. Wszystkie poddane badaniu histologicznemu narządy okazują się zakażone. Zarazek występuje w nich w postaci ziarnistej, zawarty głównie w leukocytach wielojądrazastych, a zmiany mają cechę nacieczeń krwotoczno-ropnych. W nerkach zajęte są zakażeniem wszystkie kłębuszki. W części cewkowej zmiany występują w postaci drobniutkich rozsianych ognisk wychodzących z zaccopowanych leukocytami ziarnonośnymi naczynek włosowatych. W większych tętniczkach napotyka się miejscami ogniskowe bujanie błony wewnętrznej, połączone ze zgrubieniem i rozstrzępieniem jej włókien, czy błonek elastycznych oraz z odrywaniem się od podłoża i dostawianiem się do krwi bieżącej nowo utworzonych komórek łącznotkankowych. Światło mniejszych tętniczek jest często zwężone przez bujanie śródbłonek, czy fibroblastów.

Gruźlicze krwotoczne zapalenie nerek dobrośliwe. S. D. (nr 170/38), lat 3, przyjęta została dnia 22. VI. 1938 do Kliniki z tym, że od 5 dni gorączkuje do 39°, kaszle, w nocy silnie się poci i okazuje brak łaknienia.

W Klinice dnia 23. VI. ciepłota odbytnicowa opadła z 38,9° rano do 37,4° wieczorem, dnia 24. VI. z 38,0° rano na 36,9° wieczorem, po czym między 25. a 27. VI. wahała się od 37,1—37,7°, a następnie od 35,6° rano do 37,2°.

Krew dnia 23. VI.: krwinek czerw. 4.360.000; hemoglob. 68% = 97%, wskaźnik 1,1, krw. biały 4.400 (eoz. 0, bazof. 0, segm. 55, pałecz. 5, limf. 38, monoc. 2, młod. 0).

Wątroba macalna prawie 2 palce niżej łuku, śledziona niemacalna, Pirquet ++.

W płucach początkowo żadnych zmian nie zauważono, jednak dnia 24. VI. zapisano: po str. pr. przykregosłupowo i w szczyty pacy pr. szmery zaostrzone; w pasze wdech chuchający, wydech przedłużony. Dnia 25. VI. Roentgen wykazał po str. pr. nacieczenie przywłokowe splenopneumoniczne, przechodzące w pasmowaty, miękką odgraniczony wysięk międzypłatowy. Dnia 28. VI. zapisano znów: płuca bez zmian fizycznie stwierdzalnych. Zdjęcie rentgenowskie, wykonane ambulatoryjnie dnia 7. VII., wykazało lekkie przejaśnienie nacieku przywłokowego i bliżnię międzypłatową w zewnętrznej części linijną, w wewnętrznej szerszą.

Mocz niezupełnie przejrzysty okazywał dnia 23. VI. ślad białka, a w osadzie po kilkanaście do kilkudziesięciu krwinek czerwonych w polu widzenia, nieliczne nabłonki okrągłe, płaskie i wrzecionowate, tu i ówdzie wałeczek ziarnisty oraz rzadko krwinki białe.

Pod datą 28. VI. zapisano już jednak o moczu: ślad białka, po kilka krwinek czerwonych w polu widzenia, skąpe nabłonki; obecności wałeczków nie wykazano; a pod datą 1. VII. białka 0, osad niecharakterystyczny.

Ciężar ciała podniósł się w ciągu 10 dni z 14 kg do 14,55 kg. Istnieją tu oczywiście analogie z przypadkiem pierwszym, których szczegółowo nie potrzebuję chyba wymieniać. Chodzi głównie o to, że w obu przypadkach równocześnie ze splenopneumonicznym naciekiem rozwinęło się ostro krwotoczne zapalenie nerek, którego objawy zaczęły się później szybko cofać.

Niestety, w tym drugim przypadku nie wykonano całego szeregu badań, które by były pożądane, bo właściwe rozpoznanie nasunęło się dopiero po opuszczeniu przez chorą Kliniki w dniu 3. VII.

O przelotnym gruźliczym zapaleniu nerek znajdujemy w piśmiennictwie tylko skąpe wzmianki. Wynika to jasno już choćby z tego faktu, że Berger, który w swojej obszernej monografii „zapalenie stawów i gruźlica“ omawia także cały szereg pozastawowych spraw gośćcowych — inaczej gruźliczo-zapalnych —, nie wspomina zupełnie o gruźliczym zapaleniu nerek. Przytacza on jednak (s. 361) tabelę z wynikami badań docentki Coronini i Poppera, tyjących się hodowania prątki gruźliczego z gośćcowych zmian sercowych i tam właśnie znajdujemy jedyne dwie wzmianki, że zarówno ostre, czy podostre zapalenie wsierdzia i mięśnia sercowego, jak i przewlekłe, ale zastrzężające się zapalenie brodawkowe wsierdzia wklajają się niejednokrotnie z zapaleniem nerek i z obrzmieniem śledziony. Z luźnych doniesień ostatnich czasów mogą przytoczyć następujące. Douady i Cohen opisują przypadek, w którym równocześnie z pojawieniem się przelotnego nacieczenia płucnego, połączonego z eozynofilią, a przebiegającego z krwiopluciem, wystąpiły bóle lędźwiowe i bóle przy oddawaniu moczu, przy czym w osadzie moczu — poza tym wrzekomo prawidłowego — stwierdzono prątki kwasooporne. Zweifel spozstrzegł w związku z rumieniem guzowatym u dorosłych w dwóch przypadkach — w jednym z nich pojawił się równocześnie nacieki przywłokowy — wyraźne krwotoczne, ale szybko przemijające zapalenie

nerek z podniesieniem ciśnienia krwi na 160/90 a zawartości mocznika we krwi na 56. „W przebiegu gruźliczo-naciekowych spraw płucnych“ spozstrzegł wreszcie objawy przelotnego ostrego zapalenia kłębuszkowego nerek Deisz. Występował tu mianowicie białkomocz, krwinkomocz, oraz wyraźne podniesienie ciśnienia krwi i zawartości w niej odpadków. Sprawę tę poimuje Deisz jako surowicze zapalenie pochodzenia gruźliczo-iadowego przy podłożu alergicznym. Toksykoza ta ma według niego sprowadzać zmiany, wywołując „naczyńiokurczowe zaburzenia przepływu krwi w nerkach obok odczynowego hematogenetycznie uwarunkowanego ogólnego kurczu naczyńiowego“. Na podstawie wyników badania w naszym pierwszym przypadku, musimy oczywiście stanowczo odrzucić wszelkie takie i tym podobne, spekulacyjnie mętne wywody. Odnoszą się one u Deisz'a nie tylko do zmian zapalnych w nerkach, ale także w innych narządach, w szczególności w skórze (rumień guzowaty), w oponach, czy raczej w spłotach („idiopatyczne“ przelotne obrzmienie opon, czy korzystnie przebiegające zapalenie surowicze), w stawach, mięśniach i nerwach („obrzękowe przesiąknięcie“, „miejscowe óme obrzmienie“), a wreszcie także w wątrobie. W tej ostatniej według Deisz'a „w przebiegu gruźliczo-toksyczno-alergicznym fazy zatrucia“ powstaje niejednokrotnie „swoicze uwarunkowane obrzmienie óme“, a zatem rodzaj zwródnienia, który autor określa jako hepatozę. Zdradzać się ona może klinicznie żółtaczką, przy czym autor sądzi, że pod tzw. „nieżytową“ żółtaczką ukrywa się nierzadko toksyczna gruźlica w postaci surowiczego zapalenia wątroby. Te uwagi Deisz'a co do częstości powstawania żółtaczki, jako wyrazu gruźlicy zapalnej wątroby, wydają się słuszne. Nie jest to jednak bynajmniej, jak Deisz mylnie sądzi, sprawa czysto toksyczna, tylko sprawa powstająca pod wpływem miejscowego działania zarazka. W naszym pierwszym przypadku można było mianowicie wykazać także w zmianach wątroby „ziarenkowe“ gruźlicze zawarte w neutrocytach.

Fakt, że zapalenie nerek gruźliczo-ziarenkowe pojawia się tak często równoległe z występowaniem świeżych splenopneumonicznych nacieczeń płucnych — odnosi się to także prawdopodobnie i do wczesnego nacieku przedsuchołotniczego (Deisz, s. 433) — ma niewątpliwie duże znaczenie teoretyczne. Świadczy ono mianowicie o tym, że także te nacieczenia rozwijają się na tle ogólnej posocznicy jako zakaźne przerzuty, wywoływane zwykle przez ziarenkowcą postaci zarazka, a nie przez samo tylko miejscowe działanie jądów gruźliczych na uczuloną alergicznie tkankę, jak to dotąd dość ogólnie, a mylnie, przyjmowano. Za tymi objawami nerkowymi — a podobnie także oponowymi — posocznicy gruźliczych należało by zatem systematycznie śledzić.

*

Niniejszą pracę wykonano przy użyciu subwencji udzielonej przez Polską Akademię Umiejętności z funduszu śp. Pawła Tyzkowskiego.

Ukazuje się ona równocześnie *in extenso* w języku francuskim w *Bulletin de l'Académie Polonaise des Sciences et des Lettres, Classe de Médecine*, séance du 8 juin 1938.

Objaśnienie rycin

Barwienie. Z wyjątkiem rycin 24 i 26, przedstawiających pola ze skrawków barwionych sposobem Hornowskiego na włókna elastyczne i klejodajne, wszędzie zresztą chodzi o preparaty barwione na prątki gruźlicze według Ziehl-Neelsena po poprzednim zabarwieniu tła hematoksyliną. Fuksyną karbolową barwiono w ciepłocie pokojowej przez 24 godzin, odbarwiano 1—2 minuty w 1% roztworze kwasu solnego w 70% wyskoku, potem 5—10 minut w 70% wyskoku.

Jako materiał kontrolny przebadano na obecność substancji kwasoopornej: 1) zdrową nerkę skazańca, 2) zmiany ziarnicy złośliwej. Wyniki tych badań były, jak dotąd, zupełnie ujemne.

Z rycin 25, 27, 28, 29, 33 i 35 usunięto retuszem ziarenka barwika brunatnego, gdyż w obrazach czarnobiałych mogłyby one być mylnie brane za ziarenka kwasooporne. Były one szczególnie liczne i częściowo bardzo grube w świetle tętniczki na rycinie 29. Ziarenka te znajdują się w preparatach barwionych Ziehlą, tioniną karbolową oraz hematoksyliną i eozyną, nie ma ich zaś prawie zupełnie w preparatach barwionych według Hornowskiego. Nie chodzi tu więc chyba o hemosyderynę.

Ponieważ niejednokrotnie ważne szczegóły znajdowały się w różnych poziomach optycznych, musiano niekiedy z jednego pola robić dwa zdjęcia i, jak to widzimy na rycinach 9, 10, 11, 17, 19 i 31, z tych dwóch obrazów zestawić wspólny obraz ryciny.

Powiększenia wpisane są w ryciny, a bliższe omówienie obrazów znajduje się w tekście.

Piśmiennictwo:

Berger W.: Arthritis und Tuberkulose, Ergebn. inn. Med. u. Kinderheilk. T. 53, s. 253—522, 1937. — Deisz A.: Die seröse Entzündung in der Tuberkulose, Beitr. Klin. Tbk. T. 91, s. 427—437, 1938. — Douady D. et R. Cohen: Syndrome de Loeffler avec hémoptysies et accidents rénaux fugaces. Rev. de la Tbc. V. s., vol. 4, p. 88—92, 1938. — K. Lewkowicz: Rumień guzowaty jako pierwowzór pełnego ostrego, korzystnego przebiegu gruźlicy, Pol. Gaz. Lek. Nr 23, str. 427, 1937 i Bull. de l'Acad. Pol. d. Sciences, Cl. de Méd. 1937, p. 35. 2) Nowy pogląd na bieg spraw gruźliczych, Pol. Gaz. Lek. Nr 27 i 28, str. 534 i 569, 1937 i Bull. de l'Acad. Pol. d. Sciences, Cl. de Méd. 1937, p. 93. 3) Knotenerythem als Grundform der Tuberkulosekrankheit, Beitr. Klin. Tbk. T. 90, s. 443, 1937 4) Eine eigene Auffassung des Tuberkuloseablaufes, der Rankeschen Theorie gegenübergestellt, Beitr. Klin. Tbk. T. 90, s. 456, 1937. 5) IV Międzynarodowy Kongres Pediatrów w Rzymie, wrzesień 1937: a) Dyskusja do III tematu; b) L'Erythème nouveau... i c) Une nouvelle conception du cours des processus tuberculeux. 6) O gruźlicach zapalnych, Pol. Gaz. Lek. Nr 23, str. 473, 1938 i Wiener klin. Wschr. Nr 39, s. 875—879, 1938. — Zweifel E.: Die Beziehungen des Erythema nodosum zur Tuberkulose beim Erwachsenen, Beitr. Klin. Tbk. T. 91, s. 569—584, 1938.

Mieczysław KOSIŃSKI

Lwów

Leczenie chirurgiczne zmian położenia narządu rodnego

Ze Szpitala Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie (Ordynator dr M. Seidler) i z Kliniki Ginekologiczno-Położniczej U. J. K. we Lwowie (Dyrektor prof. dr K. Bocheński)

Statyka narządu rodnego kobiety i zmiany położenia tego narządu zależą od czynników mechanicznych, architektonicznych muskulatury dna miednicy i aparatu więzadłowego, wreszcie od konstytucji ogólnej.

Zdaniem Martina, główną rolę w utrzymaniu macicy w położeniu normalnym, odgrywa aparat więzadłowy tzw. *retinaculum uteri*.

Jeżeli ten aparat ulegnie rozciągnięciu i zwiotczeniu, przestaje spełniać swą rolę, wytwarza się tyłozgięcie macicy, które w dalszej konsekwencji prowadzi do obniżenia pochwy i macicy aż do zupełnego wypadania tego narządu.

Halban i Tandler, na podstawie licznych badań anatomicznych i spostrzeżeń klinicznych, przyszli do przekonania, że zmiany położenia macicy zależą przede wszystkim od niedomagań muskulatury dna miednicy. Rozluźnienie tkanki łącznej dookoła-pochwowej i około szyjki macicznej, zdaniem Zangenmeistera, prowadzi do zmiany położenia macicy. To rozluźnienie jest następstwem stanów hipoplastycznych i zanikowych, a czynnikiem wywołującym jest poród. Zapatrywanie Zangenmeistera zgodne jest zatem prawie w zupełności ze stanowiskiem Halbana i Tandlera.

Uzgodnienie dalsze w nieco rozbieżnych poglądach wprowadzają Jaschke, Selheim, Wertheim i inni, którzy przyjmują, że zarówno aparat więzadłowy, jak i muskulatura dna miednicy posiadają swoje własności czynnościowo-dynamiczne.

Wypadnięcie czynności jednego, albo obu tych urządzeń, pociąga za sobą następstwa w postaci zmiany położenia macicy. U kobiet astenicznych, o mięśniach słabo rozwiniętych, gdzie i aparat więzadłowy niedomaga, a zatoka Douglasa mienormalnie głęboka i pochwa zbyt krótka, niehigieniczny, siedzący tryb życia, źle uprawiany sport, choroby zakaźne, już przed okresem pokwitania mogą prowadzić do zmian położenia macicy, aż do jej zupełnego wypadania, bez zadziałania czynnika wywołującego, jakim jest najczęściej uraz porodowy.

W leczeniu zmian położenia narządu rodnego u kobiety, na pierwszy plan wysuwa się zapobieganie podczas porodu. Każde pęknięcie kroczka powinno być zeszyte. Jeżeli mięśnie dna miednicy zostały uszkodzone, nie należy zaniedbać ich odbudowania. Rozwiązywanie rodzącej przy pomocy kleszczy, zwłaszcza u pierwiastek, gdzie główka nie rozciągnęła jeszcze dostatecznie kanału rodnego, przebiegającego przez przepoń miednicy, powinno być uzależnione od ścisłych wskazań.

Systematyczna i racjonalna gimnastyka w połoju, przywracając fizjologiczną prężność i czynność mięśni dna miednicy, ma duże znaczenie zapobiegawcze. Kobiety o słabej konstytucji,

asteniczne, powinny przejść już przed i w czasie pokwitania leczenie ogólne, polegające na odpowiednim odżywieniu, systematycznej gimnastyce. Pobyt w górach i nad morzem, który zwykle jest połączony z przebywaniem na wolnym powietrzu i ruchem fizycznym, daje dobre wyniki.

Leczenie czynne zmian położenia narządu rodnego, to leczenie zachowawczo-ortopedyczne i operacyjne. Wybór metody operacyjnej zależy od rodzaju zmiany położenia narządu rodnego, od wieku chorej, od chęci utrzymania zdolności zajęcia w ciężę, od warunków miejscowych i wreszcie od stanu ogólnego chorej.

Celem niniejszej pracy jest krytyczna ocena wszystkich przypadków zmian położenia narządu rodnego, leczonych operacyjnie w Szpitalu Ubezpiecz. Społ. we Lwowie w ostatnim dziesięcioleciu. Poza tym materiał ten obejmuje 40 przyp. tyłozgięcia macicy operowanych metodą Kakuszki, w Klinice Położniczo-Gin. U. J. K. we Lwowie.

Przypadki te dla przejrzystości można podzielić na 3 grupy:

- 1) tyłozgięcie macicy tak ruchome, jak i nie dające się oprowadzić, bez obniżenia pochwy i samej macicy;
- 2) tyłozgięcie macicy połączone z obniżeniem przedniej i tylnej ściany pochwy i częściowym obniżeniem samej macicy;
- 3) zupełne wypadnięcie całego narządu rodnego.

Wskazaniem do leczenia operacyjnego tyłozgięcia macicy jest związek między niewłaściwym położeniem macicy a dolegliwościami chorej. Istnieją bowiem tyłozgięcia macicy, które przez całe życie nie sprawiają żadnych dolegliwości, a więc dla braku wskazania nie muszą być operowane, zwłaszcza, jeżeli są to przypadki wrodzonego tyłozgięcia, będącego wyrazem niedorozwoju ogólnego, lub tylko samego narządu rodnego. Należy natomiast operować przypadki tyłozgięcia macicy w zrostach i tyłozgięcia ruchome, oporne na dłuższe leczenie zachowawcze, a dające dolegliwości, które pozostają w związku przyczynowym z tym schorzeniem, jako to: ucisk na kieszki stołcową i w związku z tym stała obstypacja, bóle w okolicy krzyżów, albo bóle po obu stronach podbrzusza, zaburzenia w miesiączkowaniu, cechujące się długimi krwawieniami, albo bolesnym miesiączkowaniem, bezpłodność, wreszcie wielokrotne poronienia.

Zadaniem każdej operacji, mającej na celu leczenie tyłozgięcia macicy, powinno być przywrócenie normalnego ułożenia macicy i utrzymanie tego stanu. To sztuczne ułożenie nie powinno sprawiać żadnych dolegliwości, a u kobiet młodych zdolność zajęcia w ciężę i zdolność rodzenia nie powinna być utrudniona, ani zmniejszona.

Pierwsza operacja, mająca za cel poprawę położenia tyłozgiętej macicy, została podana przez Alquię i polegała na skróceniu więzadeł obłych. Wkrótce potem ilość metod operacyjnych znacznie wzrosła tak, że w r. 1910 Van de Velde podaje 217 metod. Wiele z tych zabiegów nie zasługuje właściwie na nazwę metody, gdyż różnią się między sobą nieraz bardzo nieznacznymi odchyleniami tak, że zasadniczo można je podzielić na 2 główne grupy:

- 1) operacje polegające na skróceniu więzadeł obłych albo krzyżowo-maciczych i
- 2) operacje mające za punkt uchwytu — ścianę macicy.

Z grupy pierwszej na czoło wysuwa się podana w r. 1881 przez anatoma Aleksandra i w rok później wykonana przez Adamsa operacja, skracająca więzadła obłe od strony kanału pachwinowego. W przypadkach dobrze dobranych daje ona bardzo dobre wyniki. Zabieg ten nadaje się w tych przypadkach, w których tyłozgięcie macicy jest ruchome. Zrosty macicy z otoczeniem i zmiany zapalne przydatków prowadzą do nawrotu, dlatego chore, przeznaczone do tego zabiegu operacyjnego, powinno się badać w narkozie, aby nie przeczczyć zmian zapalnych. Na korzyść tej operacji przemawia brak powikłań pooperacyjnych i stosunkowo małe niebezpieczeństwo grożące operowanymi, a w razie potrzeby równoczesne wykonanie dodatkowych zabiegów, jak operacje przepukliny, usunięcie wyrostka robaczkowego i sterylizacja nie nastrożają specjalnej trudności. Trudności w znalezieniu więzadeł, pominiawszy przypadki, gdzie są one w zaniku, lub bardzo cienkie, daje się łatwo pokonać przy dobrej technice operacyjnej i zdarzają się one zwykle operatorom początkującym.

Częstość nawrotów w przypadkach dobrze dobranych jest mała. Künecker podaje na 6000 przyp. 8,9%, Schöfer 13,75%, Zangenmeister 7%, Thoma 1%, następnych przepuklin jako powikłań 0,5%. W przypadkach zrostów Goldspohn radzi otworzyć *processus vaginalis peritonei* i palcem na tępo uwolnić zrosty. Ten sposób jednak nie wydaje się nam dobry, ze względu na krwawienie z przerwanym zrostów, wielką możliwość nawrotów i możliwość uszkodzenia jelita. Wy-

konanie cięcia poprzecznego Pfannenstiela tak nisko, aby można było z niego wykonać skrócenie więzadeł sposobem Aleksander-Adamsa i kontrola macicy i przydatków przy otwartej jamie brzusznej, wydaje się metodą słuszniejszą od brutalnego i niechirurgicznego przerywania na oślep zrostów.

Skrócenie więzadeł sposobem Aleksander-Adamsa wykonaliśmy 223 razy, z tego 161 razy z dodatkiem plastyki pochwy i krocza, 6 razy wykonano równocześnie sterylizację przez kanał pachwinowy.

Przebieg pooperacyjny w 8 przypadkach powikłany był jednostronnym zapaleniem płuc i w 3 przypadkach zapaleniem żył jednej nogi, w 7 przypadkach rana goiła się *per secundam*.

Jeżeli chodzi o ułożenie macicy, to musimy zaznaczyć, że macica przez pewien krótki czas jest nieco uniesiona ku górze (*elevatio*), stan ten jednak w niedługi czas po operacji mija. Trwałych wyników niestety nie mogą ściśle określić, ponieważ z 223 przypadków do badania kontrolnego zgłosiło się tylko 107, z tego nawrót tyłozgięcia macicy stwierdziliśmy w 7,6%. W 22 przypadkach tyłozgięcia macicy w zrostach wykonaliśmy skrócenie więzadeł sposobem Aleksander-Adamsa z cięcia poprzecznego Pfannenstiela, gdzie po otwarciu jamy brzusznej i uwolnieniu zrostów, dodatkowo w 8 przypadkach usunięto zmieniony wyrostek robaczkowy, w 11 przypadkach częściowo zresekowano jajnik. Powikłań pooperacyjnych w tych przypadkach nie było.

Biorąc pod uwagę małe niebezpieczeństwo dla życia operowanej, uderzającą małą ilość powikłań pooperacyjnych, piękne wyniki kosmetyczne (blizny pooperacyjne małe, z czasem dające się z trudnością odszukać) i mały odsetek nawrotów, tak na podstawie powyższych wyników, jak i według zdania prawie wszystkich doświadczonych operatorów, musimy tę metodę operacyjną zaliczyć do najlepszych sposobów leczenia chirurgicznego tyłozgięcia macicy.

Podobne w swym mechanizmie są operacje podane przez Palmera i Menges'a, którzy skracają więzadła okrągłe i przyszywają je do przedniej powierzchni macicy. Operacja Webster-Baldy-Frank-Guggisberg rozpowszechniona zwłaszcza w Ameryce polega na przeprowadzeniu duplikatury więzadeł obłych, przez otwór w więzadle szerokim, tuż pod trąbką i umocowaniu tych pętli więzadeł okrągłych szwami do tylnej powierzchni macicy. Tak Menge, jak i Baldy nie mieli w swych przypadkach nawrotu. Obie powyższe operacje muszą być wykonane przez otwarcie jamy brzusznej. Do tej ujemnej ich strony dołącza się ta okoliczność, że skróceniu ulega silnie rozwinięty odcinek więzadeł obłych, znajdujący się w obrębie jamy brzusznej. Natomiast cały ciężar utrzymania macicy w przodozgięciu spada na słabiej rozwinięty odcinek więzadła obłego, przebiegający w kanale pachwinowym. Możliwość przerwania się szwów, nawet mimo użycia jedwabiu, jest dość duża, więc nawroty schorzenia mogą być częste. Niebezpieczeństwo niedrożności jelit przy tych sposobach operacyjnych nie jest zażegnane, ponieważ miejsca przyszywania więzadeł do macicy nie są pokryte otrzewną. Sposobem Mengego operowaliśmy 7 przypadków. Z tego w 5 równocześnie wykonaliśmy plastykę pochwy i krocza, a 3 razy zabieg ten wykonano przy okazji innej operacji. W jednym przypadku przebieg pooperacyjny powikłany był wysiękiem zapalnym w przymaciczu, ozejściu zresztą pomyślnym. Operację Webster-Baldy-Franka wykonaliśmy 8 razy, powikłań pooperacyjnych nie obserwowaliśmy.

Zbyt mały materiał nie pozwala na wypowiedzenie stanowczego zdania o wartości tych zabiegów.

Do dalszych operacji, mających za punkt uchwytu więzadła obłe, należą wentrofikacja sposobem Dolerisa i Olsena. Olsena przyszywa krótko więzadła obłe tuż przy rogach macicy do powłok brzusznych. Ruchomość macicy jest upośledzona, co może dawać powikłania na wypadek ciąży, dalej na skutek wytworzenia się pasma łączno-tkankowego w miejscu umocowania macicy do powłok, które to pasmo ulega z czasem rozciągnięciu, może więc przyjść łatwo do niedrożności jelit, albo nawrotu tyłozgięcia macicy. Zaletą tej operacji jest jej prostota i krótkotrwałość wykonania, co jednak nie równoważy jej stron ujemnych.

Zawieszenie macicy sposobem Dolerisa daje dobre wyniki, jeżeli chodzi o trwałość utrzymania macicy w przodozgięciu, pozostawia macicy dużą ruchomość tak, że podczas porodu nie przychodzi do powikłań. Umocowanie macicy do powłok brzusznych przy pomocy więzadeł okrągłych, które przeciąga się aż na zewnętrzną stronę mięśni prostych brzucha, gdzie łączy się ze szwami węzełkowymi, może dawać przy napinaniu się powłok brzusznych bóle wskutek pociągania macicy. Węzadła obłe, na których jest zawieszona macica mogą rozciągać się, powstaje uchylek, w którym łatwo może uwieźnąć pętla jelito-

wa. Przypadki niedrożności jelit z tego właśnie powodu są opisane. Z dalszych powikłań należy wspomnieć o możliwości usadawiania się ciąży w zagiętej trąbce.

Operację sposobem Dolerisa wykonaliśmy 11 razy. Jedną operowaną zmarła 4 dni z powodu uwieźnięcia pętli jelitowej, w drugim przypadku wytworzył się wysięk zapalny w przymaciczu, który opornie poddawał się leczeniu. Mała ilość przypadków operowanych nie pozwala na krytyczną ocenę tej metody operacyjnej. Uderza jednak znaczna procentowo (2/11) ilość powikłań. Jeżeli się nadto uwzględni, jak to wyżej wspomnieliśmy, możliwość licznych i to poważnych powikłań pooperacyjnych, to przynajmniej trzeba, że operacja ta nie budzi entuzjazmu.

Do operacji mających za punkt uchwytu samą macicę, należy operacja sposobem Leopold-Czerny'ego, operacja sposobem Kochera i umocowanie macicy do pęcherza sposobem Halbana-Wertha, operacja Pestalocci'ego i operacja Kakuszkina, tzw. *antehiura uteri supplicata*. Umocowanie trzonu macicy do powłok jest bardzo niefizjologicznym zabiegiem i może dawać cały szereg powikłań, jak *ileus*, nawroty na skutek wyciągania się miejsca umocowania na kształt więzadła rzekomego, a w związku z tym bóle, powikłania w czasie porodu, wreszcie możliwość powstania endometriozy powłok. Operację sposobem Leopold-Czerny'ego wykonaliśmy 9 razy. We wszystkich przypadkach z powodu częściowego obniżenia pochwy wykonano jako uzupełnienie plastykę ścian pochwy i krocza. Powikłań pooperacyjnych w naszych nielicznych przypadkach nie mieliśmy.

Exohysteropexia Kochera w specjalnie dobranych przypadkach i u kobiet, które nie będą już rodzić, daje dobre wyniki, nadaje się ona jednak tam, gdzie prócz tyłozgięcia istnieje obniżenie ścian pochwy i krocza. Lepiej jest jednak unikać operowania równocześnie na drodze brzusznej i pochwowej i wykonać w tych przypadkach *interpositio uteri* metodą Schauta-Stöckla.

Ułożenie tyłozgiętej macicy w przodozgięciu sposobem Halbana-Wertha ma cały szereg zalet. Operacja jest technicznie prosta i krótkotrwała. Przyszywanie otrzewnej pęcherza do całej przedniej powierzchni macicy zabezpiecza przed możliwością tworzenia się zachyłków, w których by mogła uwieźnąć pętla jelitowa. Jelita muszą wywierać nacisk na tylną powierzchnię macicy, a nacisk ten doskonale utrzymuje macicę w przodozgięciu. Utrzymana fizjologiczna ruchomość macicy jest bardzo ważną dla zdolności zajścia w ciążę i rodzenia. Nadaje się ona zwłaszcza w przypadkach, gdzie więzadła okrągłe odchodzą od macicy nisko i po ich skróceniu dno macicy może utrzymać się w tyłozgięciu. Tym sposobem operowaliśmy 23 razy. Powikłań ze strony pęcherza nie mieliśmy. Jedynie przez kilka pierwszych dni po operacji, niektóre chore nie oddają moczu same tak, że cewnikowanie w tych przypadkach jest konieczne, zresztą przebieg pooperacyjny we wszystkich naszych przypadkach był gładki. Z 23 operowanych, do badania kontrolnego zgłosiło się 17, u wszystkich macica była ułożona w przodozgięciu, żadnych dolegliwości ze strony pęcherza.

Operacja Kakuszkina w Klinice Ginekologicznej U. J. K. we Lwowie wykonana była w 40 przypadkach, najczęściej przy równoczesnych zmianach w przydatkach, które usuwano w razie potrzeby i przykrywano otrzewną pęcherza, jak to podał Kakuszkina. Kontrola operowanych w krótki czas po operacji wykazała stan zupełnie zadawalniający. Kontrola po dłuższym okresie czasu w 4 przypadkach wykazała macicę w przodozgięciu i ruchomą.

Wspomniane powyżej metody operacyjne nie wyczerpują wszystkich konkurujących ze sobą sposobów leczenia chirurgicznego tyłozgięcia macicy drogą brzuszna. Jest ich znacznie więcej. Wspomnę tylko jeszcze o metodzie układającej macicę w przodozgięciu przy pomocy pasków, wyciętych z rozciągniętego mięśnia prostego brzucha. Przdają tę metodzie nazwiska Halbana, Bumma, Polano i Szuberta, z polskich autorów Becka.

Drogą pochwową operowaliśmy zwykle przypadki, gdzie prócz tyłozgięcia macicy jeszcze przednia i tylna ściana pochwy była wypukłona, a sama macica obniżona. Droga ta nadaje się zwłaszcza u kobiet starszych, którym zaoszczędzamy wstrząsu, jakim jest otwarcie jamy brzusznej.

Wybór metody operacyjnej pochwowej zależy od wieku chorej, od chęci utrzymania zdolności rodzenia, od rodzaju zmiany położenia narządu rodniego i od warunków miejscowych. Operacje chirurgiczne, mające na celu leczenie tyłozgięcia macicy z równoczesnym obniżeniem pochwy i macicy aż do zupełnego wypadania tego narządu, można podzielić na 3 grupy:

- 1) poprawiające położenie macicy i zwężające pochwę,
- 2) zamykające pochwę,
- 3) usuwające macicę w zupełności.

Do grupy pierwszej należy umocowanie macicy do pochwy tzw. *vaginaefixatio uteri*. Przy tej metodzie macica jest wprowadzona w przodozgięciu, ale umocowanie jej do ściany pochwy nie jest fizjologiczne i nie zapobiega dobrze obniżeniu lub wypadaniu całego narządu. W czasie porodu wskutek umocowania i małej ruchomości przedniej ściany macicy, nadmierne rozciągnięciu ulega tylna ściana macicy, ujście maciczne przemieszcza się tak, że niebezpieczeństwo pęknięcia macicy jest duże.

Vaginaefixatio uteri wykonaliśmy 15 razy, zawsze w połączeniu z plastyką pochwy i krocza. W jednym przypadku jako powikłanie zjawiał się wysięk zapalny w przymaciczcu.

Umocowanie macicy do otrzewnej pęcherza przez pochwę sposobem Halbana (*vesico-fixatio*) pozostawia temu narządowi nieuszkodzoną czynność fizjologiczną, nie upośledza ruchomości macicy, co ma duże znaczenie dla ciąży i porodu, jest łatwe do wykonania technicznie. U kobiet jednak, które jeszcze nie rodziły, można natrafić na duże trudności techniczne. Zrosty macicy, włókniaki i zmiany zapalne przydatków stanowią przeciwwskazanie do tego zabiegu. Operację tę wykonaliśmy 14 razy, w przypadkach tyłozgięcia macicy i obniżenia ściany pochwy i macicy, z dodatkiem plastyki przedniej i tylnej ściany pochwy i krocza. Przebieg pooperacyjny we wszystkich przypadkach bez powikłań. Objawów ze strony pęcherza brak. Nawrotów u 10 badanych nie stwierdziliśmy.

W przypadkach dużego obniżenia pochwy i macicy, zwłaszcza zaś w przypadkach, gdzie duże obniżenie przedniej ściany (*cystocele*) pochwy powoduje objawy ze strony pęcherza, dobre usługi oddaje umieszczenie macicy między pęcherzem a pochwą (*interpositio vesico-vaginalis*) sposobem Schauta - Wertheima. Zasadnicza myśl tej operacji polega na użyciu macicy jako peloty, służącej do podtrzymania pęcherza i zamykającej przerwę w przeponie moczopłciowej, którą stanowi pochwa. Samą macicę, ułożoną między pęcherzem a pochwą i mającą przeciwstawić się ciśnieniu tłoczni brzusznej, podpierają od dołu mięśnie dźwigacze odbytu, które należy szwami zbliżyć do siebie. Macica nie może być zbyt duża (wtedy nie da się wytoczyć, albo ściana jej ulegnie znacznemu okaleczeniu), ani zbyt mała. Zbyt mała macica nie podtrzymuje dobrze pęcherza, którego tylna ściana może obniżyć się dookoła trzonu macicy i następuje nawrót (*cystocele*). W przypadkach przerostu części pochwowej, należy wykonać amputację tejże. Cięża w tym ułożeniu macicy nie mogłaby przebiegać prawidłowo, dlatego też metodę tę najlepiej stosować u kobiet, które nie mogą zająć już w ciąży, w przeciwnym razie należy wykonać sterylizację. Krwawienie z dużej powierzchni rannej jest obfite, często, jak to podaje szereg autorów, przychodzi do późnych krwawień, zastoju odchodów i ropienia. W związku z tym dość duża śmiertelność. Reifenscheid podaje 7,5% śmiertelności. Nawroty schorzenia są dość częste. Wertheim podaje 6,9%, inni 20—30%. Wertheim radzi wykonać dodatkowo skrócenie więzadeł krzyżowo-macicznych, aby w ten sposób zmniejszyć nachylenie szyjki ku przodowi. Jednakże zabieg ten jest zbyt zawikłany

i można go wykonać chyba w wyjątkowych przypadkach. *interpositio vesico-vaginalis uteri m.* Schauta-Wertheima wykonaliśmy 41 razy, zawsze w połączeniu z plastyką pochwy i krocza. W 3 przypadkach wykonaliśmy odcięcie przerostej części pochwowej i w jednym przypadku odcięcie dna macicy. Z operowanych jedna zmarła 6 dnia na zapalenie płuc, co nie może obciążać samego zabiegu.

W jednym przypadku powstał wysięk zapalny przymacicza.

Nawrotów w naszych przypadkach mieliśmy 9,6%. Wreszcie w dwóch przypadkach gojenie rany, na skutek zastoju odchodów, nastąpiło *per secundam*.

Do grupy drugiej, operacji zamykających pochwę, w przypadkach wypadania całkowitego narządu rodowego, należy cały szereg metod operacyjnych, z których najbardziej rozpowszechniona jest operacja Neugebauera-Leforta.

Jak wiadomo, można wykonać ją tylko u kobiet w okresie menopauzy i u kobiet, u których część pochwowa jest zupełnie zdrowa, wreszcie u kobiet, które zrezygnowały już z życia płciowego. Jeżeli chcemy zachować możliwość utrzymania stosunków płciowych, należy wykonać operację Kjellanda. Przy operacji Neugebauera-Leforta pozbawiamy się możliwości kontroli części pochwowej tak, że zmiany chorobowe, zwłaszcza rak szyjki, mogą rozwijać się niespostrzeżenie.

Tym sposobem operowaliśmy 6 razy, wszystkie kobiety w okresie menopauzy. W jednym przypadku nastąpił w krótki czas po operacji zupełny nawrót. Zbliżoną do operacji Neugebauera-Leforta jest operacja Stelio, który stara się leczyć chirurgicznie wypadanie macicy dużego stopnia, przez operacyjne zwięzienie pochwy. Przy metodzie Neugebauera-Leforta zwięzani pochwę podłużnie, natomiast Stelio czyni to poprzecznie. Mianowicie zwięża pochwę pierścieniowo tak, że zostaje tylko wąski kanał. Wyniki tej metody operacyjnej, wedle zdania szeregu autorów, zależne są od dobrego gojenia się rany, które wskutek napięcia nie są zbyt pomyślne. Zresztą sztuczne zwięzienie pochwy ulega po pewnym czasie rozciągnięciu. Trzecia grupa operacji, to usunięcie zupełne wypadniętej macicy. Cały szereg autorów, jak Döckerheim, Halban, Strassmann uważają, że metoda ta nie jest dobrą, ponieważ blizna, powstała w miejscu usuniętej macicy, łatwo rozciąga się workowato. Z drugiej strony jednak Fritsch, Bumm, Hoffmeier, Küstner, Stöckel i Hüßsy sądzą, że jest to raczej możliwość teoretyczna, ponieważ obserwacje przypadków nie potwierdzają tej możliwości. I tak Bumm podaje dobre rezultaty w 75%, Martini trwale wyniki w 82%, Stöckel tylko 17% nawrotów.

Zupełne usunięcie macicy przez pochwę w przypadkach całkowitego wypadnięcia tego narządu, wykonaliśmy 16 razy. Jedną z operowanych zmarła 5 dnia na zapalenie otrzewnej, u jednej operowanej nastąpił nawrót, pod postacią wypadania przedniej i tylnej ściany pochwy, w rok po operacji. W podobnych przypadkach, tzn. po nawrocie Bumm radzi wszczepić kawałek wyciętej *fascia lata*, między ramiona wstępujące kości łonowych, aby stworzyć podtrzymanie dna pęcherza.

Tablica I
Przypadki tyłozgięcia macicy operowane drogą brzuszną

Metoda operacyjna	Ilość przyp. operow.	Powikłania pooperacyjne	Śmiertelność	Wyniki trwałe	
				ilość przyp. kontrolow.	ilość nawrotów
Aleksander-Adams	223	8 p. zapalenia płuc, 3 p. zapalenia żył nogi	0	107	7,6%
Menge	7	1 wysięk zapalny przymacicza	0	—	—
Webster-Baldy-Frank	8	0	0	—	—
Doleris	11	1 uwężgnięcie pętli jelit, 1 wysięk zapaln. przymac.	1	—	—
Leopold-Czerny	9	0	0	—	—
Halban-Wertheim	23	0	0	17	0%
Kakuszkin z Klin. U. J. K.	40	0	0	4	0%

Tablica II
Przypadki tyłozgięcia i obniżenia narządu rodowego operowane przez pochwę

Metoda operacyjna	Ilość przyp. operow.	Powikłania pooperacyjne	Śmiertelność	Wyniki trwałe	
				ilość przyp. kontrolow.	ilość nawrotów
<i>vaginaefixatio uteri</i>	15	wysięk zapalny przymacicza	0	—	—
<i>vesicofixatio</i> wg Halbana.	14	0	0	10	0%
<i>interpositio uteri</i> Schauta-Wertheima	41	1 zapal. płuc, 1 wysięk zapal. przymacicz.	1	27	9,6%
Neugebauer-Lefort	6	0	0	4	1 przyp. nawrotu
zupełne usunięcie macicy przez pochwę	16	1 zapalenie otrzewnej	1	4	1 przyp. nawrotu

Opierając się na obserwacji naszych, nielicznych zresztą, przypadków i opinii doświadczonych operatorów, sądzimy, że przy zupełnym wypadaniu macicy u kobiet w okresie menopauzy usunięcie macicy drogą przez pochwę, z równoczesną plastyką krocza i zbliżeniem przy pomocy szwów dźwigaczy odbytu, jest zabiegiem celowym. Na korzyść tej metody przemawia krótkotrwałość operacji i jej prostota. Kūstner w przypadkach zupełnego wypadania narządu rodneho wykonuje usunięcie macicy drogą brzuszną, a kikut pochwy wszywa w powięź mięśni prostych brzucha.

Wyniki poszczególnych metod operacyjnych będą bardziej wyraziste i poglądowne, jeżeli ułożymy je w tablicę (p. w.).

Wnioski, jakie na podstawie powyższego materiału można wysnuć, dadzą się streścić następująco:

1. Zadaniem operacji chirurgicznej, mającej na celu naprawę zmian położenia narządu rodneho, powinno być przywrócenie normalnego ułożenia macicy i utrzymanie tego stanu. To sztuczne ułożenie nie powinno sprawiać żadnych dolegliwości, a czynności fizjologiczne narządu rodneho nie powinny być przez wykonany zabieg operacyjny upośledzone.

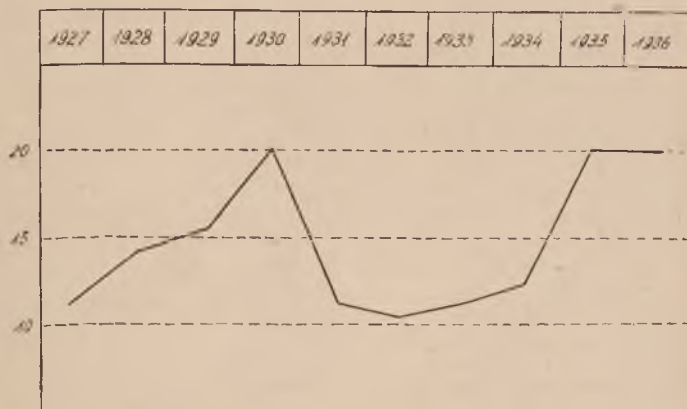
2. Wybór metody operacyjnej zależy od rodzaju zmian położenia narządu rodneho, od wieku chorej, od chęci utrzymania zdolności zaiscia w ciążę i rodzenia, od warunków miejscowych i wreszcie od stanu ogólnego chorej.

3. Wyniki leczenia chirurgicznego zmian położenia macicy zależą od trafności przystosowania metody najodpowiedniejszej w danym przypadku.

4. Nie ma metody operacyjnej idealnej, wszystkie posiadają prócz dobrych, także i złe strony, o czym najlepiej świadczy duża ilość konkurujących ze sobą metod operacyjnych.

5. W przypadkach tyłozgięcia macicy ruchomej najlepszą operacją jest metoda Aleksandra-A-Adams'a, gdyż najczęściej czyni ona zadość wspomnianym powyżej warunkom.

o niejasnym przebiegu i etiologii, gdzie tylko istnieje cień podejrzenia, że choroba mogła pozostawać w związku z czynnością rozrodczą, były poddane pośmiertnemu badaniu w celu wyjaśnienia istotnej przyczyny i w razie czego pociągnięcia do odpowiedzialności winowajcy.



Ryc. 2.

Ilość zgonów po poronieniach w poszczególnych latach od 1927 do 1936 r.

Z ryciny 3 wynika, że najczęściej kobiet w następstwie poronienia ginie w wieku 21—25 lat (39) i 26—30 lat (38). Najmłodsza ofiara liczyła lat 16, najstarsza 47. W trzech przypadkach nie udało się ustalić wieku. Rozpatrując jednak osobno wiek kobiet zamężnych i wolnych, okazuje się, że największa ilość zgonów u kobiet zamężnych przypada na wiek 26—30 lat, a u kobiet wolnych na okres 21—25 lat. Jest to całkiem zrozumiałe, skoro się zważy, że kobiety zamężne rzadko pozbywają się ciąży pierwszej lub drugiej, natomiast czynią to częściej z ciążą trzecią, czwartą i następnymi, a więc w wieku późniejszym. Kobiety zaś wolne przerywają najczęściej ciążę pierwszą. A więc czynią to w pierwszych latach dojrzałości płci-

Mikołaj CHYLAK

Lwów

Śmierć w następstwie spędzenia płodu

Na podstawie przypadków stwierdzonych sekcyjnie, zaszłych we Lwowie w dziesięcioleciu 1927—1936

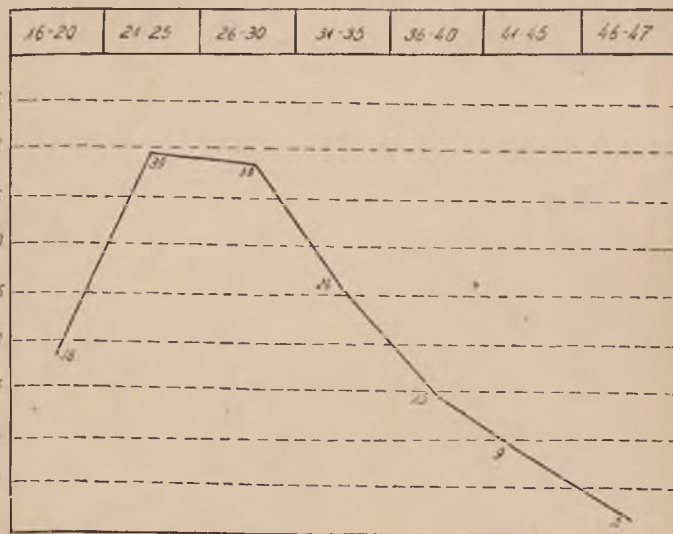
Z Zakładu Medycyny Sądowej U. J. K. we Lwowie
Dyrektor: Prof. dr W. Sieradzki

Dokończenie

Uderza to, że w grupie zatruc, na 150 zgonów znajdujemy tylko jedną kobietę, która śmierć poniosła w następstwie doustnego przyjęcia jakiegoś leku, chcąc w ten sposób przerwać ciążę. Jak widać z tego, doustne środki abortywne jeszcze na początku naszego stulecia tak bardzo rozpowszechnione i stosunkowo często przyprawiające o śmierć kobiety ciężarne, obecnie wychodzą z użycia jako mało skuteczne. Ludzkość na drodze czysto empirycznej dochodzi do środka najskuteczniejszego, choć może niemniej niebezpiecznego, do „środku pewnego“, jakim obecnie jest zabieg domaciczny.

Jak wynika z ryc. 2, ilość zgonów po poronieniach wahała się w poszczególnych latach w granicach 11—20 przypadków rocznie. Wysnuwanie wniosków z przebiegu krzywej i tłumaczenie wzrostu i spadku zgonów pogorszeniem lub polepszeniem stosunków materialnych, jak to usiłują czynić niektórzy autorowie, uważam za mało celowe, gdyż omawiany okres czasu (dziesięciolecie) jest do takich wniosków za krótki, a co najważniejsze, nasze zestawienie na pewno nie obejmuje wszystkich przypadków zgonów kobiet po poronieniu sztucznym, jakie zaszły w tym dziesięcioleciu we Lwowie. Tak np. znany mi jest jeden przypadek śmierci kobiety 40-letniej, zamężnej, matki siedmiorga dzieci, nie wliczony do naszego zestawienia, gdyż zwłoki nie były sekcjonowane. Kobieta ta zmarła w roku 1932, a więc w omawianym dziesięcioleciu. Po usiłowanym sztucznym spędzeniu płodu u akuszerek wywiązała się przewlekła posocznica z powikłaniami płucnymi pod postacią ropnia płuc. Chora po siedmiomiesięcznej chorobie zmarła w domu, a rozpoznanie na karcie pośmiertnej brzmiało: „ropień płuca prawego“. Lekarz, który zmarłą ostatnimi czasy leczył, miał prawo i zgodnie ze swym sumieniem taką kartę pośmiertną wydał, gdyż poronienie było przed nim zatajone, on zaś jako jedyną zmianę chorobową znalazł ropień w płucu prawym. Lekarz więc do pewnego stopnia został wprowadzony w błąd.

Dlatego też prawem powinno już stać się słuszne żądanie, żeby wszystkie przypadki śmierci kobiet w wieku rozrodczym, a więc w wieku lat 15—48, zmarłych w następstwie choroby



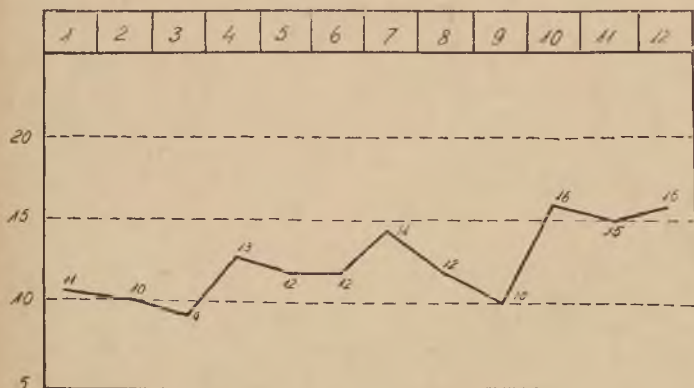
Ryc. 3

Ilość zgonów po poronieniach w poszczególnych 5-letnich wiekach kobiet

wej. W wieku od lat 16 do 20, na ogólną ilość 18 zgonów 12 przypadło na kobiety wolne. W następnych 5-letnich, począwszy od 30 roku życia, ilość zgonów kobiet wolnych spada bardzo gwałtownie i kończy się 36 rokiem życia. Tyle bowiem lat liczy najstarsza wolna kobieta, która zmarła w następstwie sztucznego poronienia. Sądząc ze zgonów o dokonywaniu poronienia — kobiety zamężne uprawiają ten zabieg aż do końca okresu rodzenia. W okresie 41—45 lat mamy jeszcze 9 zgonów. Wszystkie dotyczą kobiet zamężnych.

Największa ilość zgonów po poronieniach przypada na trzy ostatnie miesiące roku kalendarzowego (rycina 4). Zgadza się to do pewnego stopnia z zestawieniem dra Felca dla Warszawy, gdzie największa śmiertelność kobiet po poronieniach przypada na cztery końcowe miesiące roku kalendarzowego oraz

na miesiąc styczeń. Zjawisko to bywa tłumaczone w ten sposób, że zapłodnienia zdarzają się szczególnie wśród warstw niższych, w miesiącach letnich, kiedy ku temu istnieje najwięcej sprzyjających warunków. A ponieważ między zapłodnieniem a poronieniem, dokonywanym w przeważającej większości wy-

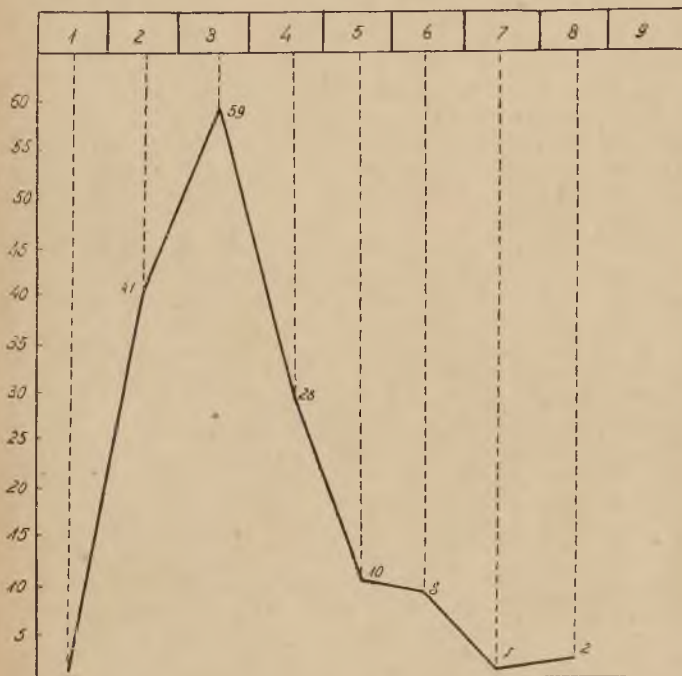


Ryc. 4

Ilość zgonów po poronieniach w poszczególnych miesiącach roku kalendarzowego

padków w pierwszych miesiącach ciąży, a następnie zejściem śmiertelnym upływa 3—4, a nieraz i więcej miesięcy, największa ilość zgonów przypada oczywiście na ostatnie miesiące roku kalendarzowego.

Najwięcej sztucznych poronień bywa dokonywanych w drugim i trzecim miesiącu ciąży (66,6% łącznie). Stosunkowo dużo, bo 18,6% przypada jeszcze na czwarty miesiąc ciąży (rycina 5). Z każdym następnym miesiącem ciąży zmniejsza się



Ryc. 5

Ilość zgonów kobiet po poronieniach dokonanych w poszczególnych miesiącach ciąży (liczonej w miesiącach kalendarzowych)

ilość poronień, a za tym i zgonów, przewagę zaś 2 zgonów w ósmym miesiącu nad jednym w siódmym należy niewątpliwie przypisać przypadkowi. Jakiejś zależności między czasem trwania ciąży a powikłaniami śmiertelnymi w następstwie sztucznego poronienia dopatrzeć się nie można.

Z kolei rozpatrzmy stan cywilny, religię i zawód kobiet, które padły ofiarą sztucznych poronień. Na 150 kobiet było:

zamężnych	86 — 57,3%
wolnych	47 — 31,3%
wdów	1
separowanych	1
nie ustalono	15

Podczas gdy statystyki, traktujące o poronieniach kryminalnych, a pochodzące z czasów stosunkowo niedawnych, bo z drugiej połowy ubiegłego stulecia lub jeszcze z czasów przedwojennych, podawały, że poronień kryminalnych dopuszczają się prawie wyłącznie kobiety wolne, a w małym procencie kobiety zamężne, to dzisiaj, zgodnie z zestawieniami innych autorów, właśnie kobietom zamężnym należy przypisać cłbrzmią ilość sztucznych poronień. I tak w naszym materiale 57,3% zgonów dotyczyło kobiet zamężnych, zaś 31,3% kobiet wolnych. A więc stosunek wolnych do zamężnych wynosił u nas prawie 1:2.

Co się tyczy wyznań kobiet zmarłych — to było:

rzym.-kat.	67
gr.-kat.	54
prawosławnych	1
mojżeszowych	8
nie ustalono	20

150

Rzuci się tu w oczy bardzo mała ilość zgonów kobiet wyznania mojżeszowego w stosunku do zgonów kobiet wyznań chrześcijańskich. Wszystkiego 8 przypadków, co stanowi 5,3%. Zjawisko to należy niewątpliwie tłumaczyć tym, że ludność żydowska jest znana z umiłowania licznego potomstwa i w ogóle rzadko ucieka się do sztucznych poronień. A skoro się już nań decyduje, nie żałuje zazwyczaj pieniędzy i wydatków tam, gdzie chodzi o zdrowie i niebezpieczeństwo dla życia i powierza wykonanie zabiegu osobom bardziej wykwalifikowanym, z pominięciem babek, akuserek itp. Na poparcie tego przypuszczenia przytoczę, że na osiem kobiet żydowskich 2 tylko przyznały się do sztucznego poronienia, ale też obie podały, że zabieg był wykonany przez lekarza. W dwóch innych przypadkach wygląd jamy macicy na sekcji (brak pozostałości, równa powierzchnia w miejscu, gdzie było usadowione łożysko) przemawiał za tym, że zabieg był wykonany mechanicznie, jakąś wprawną ręką, a więc najprawdopodobniej też przez lekarza.

Ze względu na stanowisko społeczne można podzielić kobiety zamężne na:

żony rolników	22
robotników	22
dozorców	3
szoferów	3
rzemieślników	13
kupców	3
niższych funkcjonariuszy państw. i samorządowych	14
urzędników państwowych i prywatnych	4
innych	2
	86

Zawód kobiet wolnych (w tym jedna separowana i jedna wdowa):

służące	18
robotnice	13
panny sklepowe	2
uczennice	2
krawczynie	2
nauczycielki	3
„przy rodzinie“	9

49

W 15 przypadkach stanowiska społeczne zmarłych kobiet nie można było ustalić.

Jak wynika z tego zestawienia, główny kontyngent w naszym materiale stanowią kobiety warstw niższych, jak np.: służące, robotnice, żony drobnych rolników, rzemieślników, robotników, niższych funkcjonariuszy. Natomiast kobiety warstw wyższych lub materialnie niezależnych, jak np.: żony urzędników, kupców itp. stanowią u nas stosunkowo mały odsetek. W tym względzie nasza statystyka zgadza się z zestawieniami prof. Grzywo-Dąbrowskiego dla Warszawy i dra Augenblicka dla Krakowa (za lata 1920—1929).

Czy można, opierając się na naszej statystyce, wnosić, że poronień kryminalnych dopuszczają się głównie kobiety sfer niższych, podczas gdy wśród warstw wyższych należy to do rzadkości? Sądzę, że nie! Wniosek taki byłby zbyt śmiały i niepoparty dowodami. Chociaż, jak zobaczymy niżej, trudności związane z ciążą, porodem, wychowaniem dzieci, a więc wzglę-

dy socjalne, szczególnie kobiety biedne pchają do przerywania ciąży, to jednak istnieje jeszcze drugi czynnik niewątpliwie ważniejszy, który sprawia, że właśnie one, kobiety sfer niższych, jak służące, robotnice, żony zarobników itp. we wszystkich statystykach sztucznych poronień stanowią największy procent. Należąc do warstw ekonomicznie słabych, materialnie źle sytuowanych, dokonują spędzenia płodu w warunkach gorszych, niż kobiety zamożne. Powierzając wykonanie tegoż partaczom, habkom, w lepszym zaś razie akuszerkom, doznają stosunkowo częściej chorobowych następstw zabiegu, częściej dostają się do szpitali, na stoły sekcyjne, a w konsekwencji stają się znane władzom i statystykom. W szczególnie niekorzystnych pod tym względem warunkach znajdują się kobiety wolne pracujące, jak np.: służące, robotnice itp., które niejednokrotnie, poddawszy się zabiegowi porą nocną po snych normalnych zajęciach, nazajutrz już muszą udać się do codziennej fizycznej pracy, by nie stracić kawałka chleba. Kobietom zaś zamożniejszym, rozporządzającym środkami materialnymi, znacznie łatwiej ukryć swój niedozwolony postęp, toteż rzadziej zdarzają się u nich powikłania i co za tym idzie zejścia śmiertelne. Rzadziej też postęp ich dojdzie do wiadomości władz. W 6 naszych przypadkach śmiertelnych, gdzie zabiegu spędzenia płodu mieli dokonać lekarze, wszystkie 6 kobiet należały do warstw zamożniejszych. I chociaż 6 przypadków nie może stanowić podstawy do wysnuwania kategoriicznych wniosków, to jednak potwierdzają one zasadę przyjętą już przez innych autorów, że kobietom wolnym, pracującym na siebie, biedniejszym, trudniej ukryć spędzenie płodu, aniżeli kobietom zamożniejszym, materialnie niezależnym. Dlatego właśnie te ostatnie tworzą zawsze znikomy odsetek w statystykach poronień w porównaniu z uboższymi.

Bardzo cenne i ważne zarówno z punktu widzenia lekarskiego, jak też i socjologicznego byłoby stwierdzenie przez kogo, w jaki sposób i jakie motywy skłoniły daną kobietę do przerywania ciąży. Niestety, odpowiedzi na te pytania w znacznej większości naszych przypadków nie dało się znaleźć. Kobiety przywożone do zakładów leczniczych z powodu powikłań po wywołanym poronieniu z obawy przed ściganiem władz sądowych zatajają przed lekarzem, że poronienie było spowodowane sztucznie i nieraz z uporem zaprzeczają temu, mimo klinicznego stwierdzenia obrażeń narządu rodowego. Niejednokrotnie w ogóle nie przyznają się one do odbycia poronienia, skarżą się na najrozmaitsze dolegliwości, najczęściej ze strony jamy brzusznej oraz płuc, szczególnie, gdy wystąpiła posocznica i jej częste powikłanie — odoskrzelowe zapalenie płuc. I tu zdarzają się, chociaż wyjątkowo, wypadki, że z powodu zatajenia poronienia przypadek nie bywa klinicznie rozpoznany, aż dopiero sekcja wyjaśnia całą sprawę, znajdując macicę po poronieniu, jej stan zapalny, który stał się punktem wyjścia dla posocznicy (zobacz przypadki śmierci wskutek posocznicy). A skoro się już przyznają do poronienia, to podają jako jego przyczynę stereotypowo upadek lub podźwignięcie się, które zdarzyć się miało przed kilku lub kilkunastu dniami, od tego czasu krwawią i czują się chore.

Na 150 naszych ofiar poronienia tylko 30 przyznało się do sztucznych zabiegów przerywania ciąży. Większość spośród tych 30 podała przez kogo, w jaki sposób i dlaczego dopuściła się spędzenia płodu. I tak zabiegu mieli dokonać:

lekarze	w 6 przypadkach
akuszerki	w 10 „
babki wiejskie	w 2 „
same ciężarne	w 5 „

Zabiegi lekarskie polegały na wyłyżeczkowaniu jamy macicy. W jednym tylko wypadku miał lekarz podać jakiś środek doustny, który spowodował zatrucie organizmu i śmierć ciężarnej (zobacz opisany przypadek w grupie śmierci z powodu zatrucia).

Zabiegi akuszerki polegały na wprowadzeniu do macicy drutów, haczyków itp., którymi starały się nakłuć pęcherz płodowy, uszkodzić jajo płodowe, albo też wprowadzały do kanału szyjki macicy gumę, cewniki i tam pozostawiały, polecając ciężarnej wyjąć je, skoro zacznie krwawić. W dwóch przypadkach wstrzykiwały do jamy macicy roztwór mydła balonikiem o długiej nasadce (sposób coraz częściej stosowany przez partaczki), innymi razem przepłukiwały pochwe jakimś roztworem. Rzadko po zabiegu kazały przyjmować jakieś proszki lub pastylki, najprawdopodobniej chininę.

Również babki wiejskie w dwóch naszych przypadkach przerywania ciąży uciekały się do zabiegów domacyjnych. Jak podawały ciężarne w wywiadach, „szturkały“ one instrumentem w narządzie rodnym.

Wreszcie co się tyczy zabiegów samych ciężarnych, jakich dopuszczały się na sobie, to w dwóch wypadkach stosowały gorące nasiadówki i okłady na brzuch, w jednym chora podała, że skakała z wysokości tak długo, aż zaczęła płamić. W innym przypadku balonikiem wprowadziła sobie do pochwy roztwór mydła za radą sąsiadki. W końcu w dwóch ostatnich przypadkach raz wrzecionem, raz zaś obsadką do pióra manipulowały ciężarne w narządzie rodnym, w następstwie czego w jednym wypadku przyszło do obrażenia części pochwowej macicy.

Z tych kilkunastu przypadków, w których chore przyznały się i opisały na czym polegał zabieg, można wysnuć pewien wniosek: ludność obecnie w celach spędzenia płodu prawie wyłącznie stosuje zabiegi domacyjne, gdyż inne sposoby dają w małym procencie pożądany wynik. Wieloletnie doświadczenie nabyte w ciągu wieków, które przechodziło z pokolenia na pokolenie, pozostawiło środki i sposoby najbardziej skuteczne, a zarazem najbardziej niebezpieczne. Zabieg jest obecnie wykonywany domacyjnie. Wszystkie inne sposoby, jak środki abortywne podawane doustnie, działanie mechanicznych i termicznych bodźców na powierzchnię ciała, zabiegi dopochwowe i inne pozostały daleko w tyle. Czy te metody i sposoby są w całym świecie te same? Czy też tylko w danym kraju, w danej miejscowości? Metody kryminalnego poronienia zmieniają się. Dlatego cenne jest z punktu widzenia medycyny sądowej okresowe z każdego ośrodka naukowego podawanie możliwe wyczerpujących statystyk.

Nie bez znaczenia dla socjologów i prawników będzie wspomnieć o tych kilkunastu naszych przypadkach, w których chore przyznały się do kryminalnego poronienia i podały przyczynę, która ich do tego skłoniła. A więc, pominiawszy dwa przypadki młodych kobiet, wolnych, żyjących przy rodzinie, gdzie przyczyną była raz obawa przed skandalem, drugi raz strach przed rodzicami, wszystkie inne kobiety tak wolne, jak też i zamężne, jako przyczynę podawały ciężkie położenie materialne, obawę utraty pracy zarobkowej (służące, robotnice), a najczęściej, że zarobki męża nie pozwalają na urodzenie jeszcze jednego dziecka. A więc wszystko — względy natury socjalnej, które, jako wskazania do przerywania ciąży, w naszym kodeksie karnym z roku 1932 zostały pominięte. W jednym naszym przypadku 40-letnia kobieta, żona woźnego, w wywiadach zeznała, że jest matką dwanaściora dzieci. Obecnie wykonała u akuszerki szóstę z kolei poronienie, gdyż nie jest w możności podać trudnościom, związanym z przyjściem na świat trzynastego dziecka. Niestety, w 10 dni po tym szóstym poronieniu, zmarła z powodu posocznicy.

Podaję celowo ten przypadek, aby zwrócić uwagę na szczególne znaczenie czynnika socjalnego w zjawisku sztucznego przerywania ciąży. Jeżeli więc chodzi o walkę ze spędzeniem płodu, należy przede wszystkim sięgnąć do takich poczynań społecznych, jakie mogą kobiecie ciężarnej i jej potomstwu zapewnić opiekę i byt. A więc najważniejszym czynnikiem w walce z poronieniem będzie pokrycie całego kraju jakim najętszą siecią Stacji Opieki nad Matką i Dzieckiem, gdzie każda ciężarna powinna znaleźć pomoc w najszerszym tego słowa znaczeniu. Czynniki decydujące, w zrozumieniu ważności sprawy, opierając się na artykule 103 Konstytucji z dnia 17 marca 1921, traktującym o opiece nad macierzyństwem, dzieckiem i młodzieżą, wydały cały szereg ustaw i rozporządzeń w tym kierunku. Akcja opieki nad matką i macierzyństwem prowadzona obecnie na szeroką skalę zasługuje na największe uznanie i poparcie całego społeczeństwa. Nie będę w szczególności omawiał organizacji takich poradni, gdyż przekroczyłyby to ramy niniejszej pracy. Zresztą tematowi temu poświęcono już tak obszerne piśmiennictwo, że mnie pozostałoby chyba powtórzenie myśli cudzych. Na jeden moment chcę tylko zwrócić uwagę. Dotychczasowa organizacja Stacji Opieki nad Matką i Dzieckiem ma na celu niesienie tylko pomocy lekarskiej ciężarnej. Skoro jednak chodzi o walkę z poronieniem kryminalnym, to stacie te prócz pomocy lekarskiej powinny nieść jeszcze kobiecie pomoc prawną i materialną. Każda ciężarna, szczególnie ciężarna niezamężna, której brak żywiciela i obrońcy łatwo popada w zwątpienie, popełnia zbrodnię wobec kielkującego życia w jej łonie, a nawet zbrodnię wobec siebie samej. A nieraz kilka słów pociechy, umożliwienie pomocy prawnej w pociągnięciu kogoś do odpowiedzialności lub oicostwa, albo wyszukanie pracy uratuje i matkę i dziecko. I właśnie na te dwa czynniki, tj. na pomoc prawną i materialną w poradniach szczególny nacisk musi być położony, jeśli chcemy mieć dodatnie wyniki w walce ze sztucznym przerywaniem ciąży w ogóle, a zmniejszeniem się śmiertelnych przypadków po sztucznych poronieniach w szczególności. Jak zaznaczyłem wyżej, najczęstszą przyczyną w naszym materiale, która pchała ciężarną na drogę występku, były ciężkie

warunki bytowania oraz obawa utraty pracy zarobkowej. Jeśli ciężarna niezamężna będzie świadoma istnienia poradni, jeśli będzie wiedziała, że bez opłaty może spędzić tam ostatnie dni ciąży, odbyć poród i połóg, a następnie, w razie potrzeby, znaleźć pomoc materialną, która zabezpieczy byt dziecku oraz jej samej przez wyszukanie warsztatu pracy, to z pewnością nie poweźmie tak pochopnie jak dotychczas postanowienia spędzenia płodu. Podobnie kobieta zamężna, raczej urodzi dziecko, niż go zabije, jeżeli będzie miała pewność, że nowy członek rodziny nie pogorszy może już i tak zbyt skromnych warunków bytu innych żyjących domowników, że Państwo przyjdzie jej z pomocą w wychowaniu dziecka, czy to w formie jednorazowej premii, czy też stałymi zasiłkami w razie liczne potomstwa. Ale ogromu pracy w walce z poronieniem kryminalnym nie można zwać jedynie na Państwo. A praca to ciężka i kosztowna. Do pracy tej musi stanąć w zwartych szeregach całe społeczeństwo, które wreszcie musi zrozumieć, że cokolwiek czyni dla matki i dziecka, czyni to również dla siebie i swej przyszłości.

Piśmiennictwo:

Augenblick R.: Czasopismo Sądowo-Lekarskie. Str. 135. 1930. — Batawia S.: Czasopismo Sądowo-Lekarskie. Str. 194. 1929. — Bendix, Levy-Lenz, Leutenkirchen, Werthauer (przełożył i uzupełnił Mosenkis, prawną stronę opracowali Plich, Weinberg): Przerywanie ciąży. Warszawa, 1934. — Bocheński K.: Pol. Gaz. Lek. Nr 33 i 34. Str. 633. 1937. — Czyżewicz A.: Czasopismo Sądowo-Lekarskie. Str. 187. 1931. — Felc W.: Czasopismo Sądowo-Lekarskie. Str. 128. 1932. — Fraenckiel P.: Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin. B. 16. Str. 405. 1931. — Fraenckiel P.: Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin. B. 15. Str. 216. — Grzywo-Dąbrowska M.: Czasopismo Sądowo-Lekarskie. Str. 3. 1930. — Halban, Seitz: Biologie und Pathologie des Weibes. Berlin-Wien, 1927. B. VII/I. — Horwat A.: Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin. B. 2. Str. 576. — Ibrus-Maar A.: Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin. B. 13. Str. 289. 1929. — Katz H.: Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin. B. 1. Str. 60. — Kon S.: Pol. Gaz. Lek. Str. 552. 1928. — Liepmann W.: Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin. B. 10. Str. 558. 1927. — Lochte T.: Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin. B. 2. Str. 532. — Magid M., Wenzkowsky M.: Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin. B. 19. Str. 501. — Martyniec W.: O sztucznym przerwaniu ciąży. Komarów Lubelski, 1931. — Mogilnicki, Rzętkowski, Huzarski, Higiel: Gaz. Lek. Str. 243. 1919. — Pietrusky F.: Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin. B. 14. Str. 54. — Wachholz L.: Pol. Gaz. Lek. 1933.

BIBLIOGRAFIA

Artykuły oryginalne w czasopiśmie Piśmiennictwo polskie

Medycyna. Nr 17. 1938. Grott J. W.: Diastaza a regulacja cukru we krwi. — Wałowski J.: Choroba Addisona w świetle nowoczesnych poglądów fizjologii patologicznej. — Doberska-May I.: Pruszczycza. — Dydyński L.: Zarys stuletnich dziejów Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, Nr 33. 1938. Karbowski B.: W sprawie patogenetyki ropnych spraw zapalnych przetrzeni pępowinowej, resp. podtwardówkowej. — Biehler M.: Cykl rozwojowy bakterium coli w bulionie (dok.). — Ptaszek L.: Causyth w gruźlicy. — Skokowska-Rudolfowa M.: Projekt ustawy o zwalczaniu gruźlicy (dok.).

Nowotwory. T. XIII. Nr 2. 1938. Dmochowski L.: Badania doświadczalne nad nowotworami zwierzęcymi przeszczepialnymi (rak Brown-Pearce'a, mięsako-tłuszczak Murray'a). — Gottlieb G., Spritzer M. i Taschner E.: Badania doświadczalne nad ogólnym działaniem ciał rakotwórczych. — Stołyhowa E. i Nielipiński W.: Z badań nad współzależnością lokalizacji raka a typem rasowym.

Ginekologia Polska. T. XVII. Z. VII—VIII. 1938. Lenczowski J.: Pierwotny rak trąbki (piśmiennictwo oraz analiza trzech własnych przypadków). — Wyrobek E.: Organizacja i kierunek leczniczy raka w Instytucie radiowym Uniwersytetu Paryskiego. — Eiger-Lipszycowa E.: Badania nad zawartością androsteronu w łożyskach i moczu ciężarnych oraz nad

stosunkiem tej zawartości do płci płodu. — Korszyński P.: Autotransfuzja krwi w przebiegu ciąży pozamacicznej pękniętej. — Ferková M.: Porównawcze badania nad wyfawianiem narzędzi operacyjnych przegrzaną parą i wrzącą wodą. — Zelikson I.: Pierwotny nabłoniak kosmówkowy jajowodu. — Gelbstein M.: Mięśniak własnego więzadła jajnika.

Medycyna Praktyczna. Z. 14. 1938. Pająk J.: Biopsychiatria przestępczości a obrona Państwa. — Grzędzielski J.: O krwotokach podpańczyczkowych.

Polski Przegląd Chirurgiczny. T. XVII. Z. 8. 1938. Laskownicki St. i Maleczyński St.: O losach mięśnia przeszczepionego w mięsz nerkowy. — Gasiński J.: Przypadek opniaka prawego płata czołowego. — Gasiński J.: Pęknięcia śledziony. — Bulanda B.: Równoczesne występowanie kamicy nerkowej i gruźlicy nerek. — Birkenfeld J.: Zagadnienie związku przyczynowego między nowotworami złośliwymi a urazami w lekarskim orzecznictwie wypadkowym. — Szonert W.: Złamania mostka.

Przegląd Dermatologiczny. T. XXXIII. Nr 2. 1938. Kowalczykowa J. i Hirsch L.: Przyczynki do znajomości choroby Besnier-Boeck (lymphogranulomatosis benigna Schaumannii). — Strzyżewski S. A.: W sprawie zmian chorobowych w układzie nerwowym ośrodkowym we wczesnych okresach ciąży. — Kamiński J.: Badania typów prątków gruźliczych w gruźlicy skóry, szczególnie w-toczniu. — Jędrzejewski S.: Przyczynki do badań nad pożywkami dla wzrostu gonokoka. — Szymański J.: Sprawozdanie z pierwszego kongresu międzynarodowego trądu.

Doraźna Pomoc Lekarska. Nr 7—8. 1938. Zawadzki J.: Pogotowie Ratunkowe w Warszawie. I. Historia powstania Towarzystwa i jego rozwój. — Obariski Fr.: Zatrucie amoniakiem i jego leczenie.

Wiedza Lekarska. Nr 8. 1938. Bloch M.: Czynne miejscowe (chirurgiczne) leczenie gruźlicy płuc pod kątem widzenia internisty-ftyzjologa.

Klinika Współczesna. Nr 7—8. 1938. Paluchowa O.: Leczenie zakażenia połogowego.

Prasa Lekarska. Nr 9. 1938. Müller A.: Zapalenie płuc u starców. — Miller W.: Leczenie gościca. Część I. Gościec ostry.

Therapia Nova. Nr 8. 1938. Słucki R.: Zapobieganie, leczenie i szczepienie tężca. — Postolski A.: Leczenie dychawicy oskrzelowej (dok.).

Archiwum Medycyny Biologicznej. Z. 3. 1938. Tomanek A.: Kolka wątroby. — Stolz A.: Leczenie ziołami chorób wątroby. — Hordyński B.: Agrimonia eupatoria i Chamaepila umbellata w leczeniu chorób wątroby.

Polskie Zioła. Nr 7—8. 1938.

Życie Młodych. Nr 7—8. 1938.

Dla Zdrowia. Nr 7—8. 1938.

OCENY

Stan narządów krążenia młodzieży szkolnej. Metoda i wyniki badań. TADEUSZ BOK. Skład główny Księgarnia M. Arcta, Warszawa, 1938. Str. 140.

Autor zestawia wyniki badań przeprowadzonych przez siebie na młodzieży szkolnej z obszaru Kuratorium Szkolnego Warszawskiego w ciągu roku szkolnego 1936/37. Badaniami swymi objął młodzież rozmaitego typu szkół, a więc powszechnych, średnich ogólno-kształcących, jak i zawodowych. Z początku określa sposób postępowania stosowany przez siebie i tok rejestracji ujętej w kartę badań przez siebie skonstruowaną. Badania dotyczyły 2.123 osobników, wnioski zaś swoje i obce badania opiera na 6.000 przypadków. W analizie stanu narządu krążenia uwzględniła wywiady i szczegółowe badanie serca, tętna i ciśnienia krwi, nie pomijając obrazu stanu ogólnego. Badania jego prowadzą do cennych wniosków, dotyczących stanu narządu krążenia u młodzieży szkolnej. Pod tym względem liczba zupełnie zdrowej młodzieży maleje z wiekiem tak, że w wieku 19—20 lat młodzież skarży się na rozmaite dolegliwości sercowe coraz bardziej. Tzw. przez niego większe zmiany chorobowe, a nie są to wyraźnie organiczne choroby, u młodzieży szkoły powszechnej wynoszą np. tylko 3,8%, w szkole średniej już 12,3%, a w szkole zawodowej, która obejmuje najstarszych chłopców nawet 21,3%. Rzeczywiście chorzy (autora IV kategoria) w szkole powszechnej wynoszą 3,4%, a w szkole średniej

og-kszt. 12,3%. Autor zwraca uwagę na to, że uczniowie szkół powszechnych, mimo złych warunków materialnych, dają najmniejszy procent zmian i najmniejszą ilość prawdziwie chorych. Przyczyną tego jest najprawdopodobniej młody wiek, mniejsza liczba przebytych chorób zakaźnych, mniejsza liczba doznanych urazów fizycznych i moralnych i mniejszy wysiłek umysłowy, wobec o wiele mniejszych stosunkowo wymagań programu. Uczniowie szkół powszechnych nie należą przy tym do P. W., uczeniowie szkół średnich. Dzień pracy uczniów szkół powszechnych jest przy tym krótszy. Autor ze swych badań wysnuwa ostateczny wniosek, że przyczyną nieszczęśliwego stanu serca u młodzieży jest przecapowanie fizyczne i umysłowe. Zadaniem lekarzy szkolnych i wychowawców powinno być przestrzeganie higieny fizycznej i umysłowej tak, aby narząd krążenia nie uległ szkodliwemu przemęczeniu.

M. Franke (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA

Patologia

Wpływ zmiany objętości krwi na ilość krwi w normalnych i patologicznych stanach ustroju. HIROSHI OKA. The Tohoku Journ. of exp. Med. Vol. 32. Nr 1—2. Str. 97, 116, 133, 1938.

W szeregu sprawozdań podaje autor wyniki doświadczeń wykonanych na królikach. Po wlaniu dożylnym 10 cm³ soli kuchennej w roztworze 0,9%, objętość krwi się zmniejsza i po trzech godzinach dochodzi do wahańach do ilości pierwotnej, choć najczęściej jej nie osiąga. Przy tym zmniejsza się ilość ciałek czerwonych więcej, niż ogólna ilość krwi: ilość 5 do 26%, osocze 2 do 23%, a ciałka czerwone 9 do 31%. Autor przypuszcza, że krew rozmieszcza się w wątrobie i zapasowych zbiornikach, jak śledziona, przy czym czerwone ciałka osadzają się niejako w tych narządach. Wstrzykiwanie 1/10 n. lub 1/5 normalnego roztworu solnego kwasu wywołuje ten sam skutek, jest może pewna różnica w zachowaniu się osocza, które po kwasie ulega mniejszej zmianie i czasem nie zmienia objętości. Autor tłumaczy zjawisko, że po kwasach i zasadach objętość się zmniejsza więcej niż po obciążonej soli kuchennej tym, że obok wsiąkania może wpływać szczególnie na znaczne zmniejszenie ilości ciałek czerwonych zaciśnięcie naczyń.

W dalszych doświadczeniach, wykonanych z roztworami 5 cm³ 9% roztworu soli kuchennej, 50% roztworu cukru i 12% roztworu gumy arabskiej widywał autor te same zjawiska zmniejszania się objętości krwi, ale ilość osocza ulegała mniejszym zmianom, czasami nawet wzrastała (po cukrze). Ilość ciałek czerwonych wzrastała zawsze, nawet po wlewaniu roztworu gumy, co autor tłumaczy, jak wyżej, zwięźeniem się naczyń. Bądź co bądź roztworzy gumy i cukru wywołują mniejsze zagęszczenie, czasami nawet powiększenie objętości krwi, co by wskazywało na odwodnienie tkanek.

Doświadczenia dotyczące objętości krwi po uszkodzeniu wątroby (fosfor, chloroform, podwiązanie przewodu żółciowego) wykazują, że samo uszkodzenie wątroby prowadzi do zagęszczenia krwi, co autor tłumaczy raczej brakiem wsiąkliwości, niż pobudzeniem środowisk krwiotwórczych. Wlewanie dożylnie i w tych razach prowadzi do zmniejszenia ilości całej krwi, a szczególnie ciałek czerwonych, ale zmniejszenie to jest bez porównania mniejsze, niż w zwykłych warunkach. Ilość osocza wzrasta się nawet czasami, jak w poprzednich doświadczeniach z cukrem i gumą.

Moraczewski (Lwów).

Wpływ zmiany objętości krwi na ilość krwi w normalnych i patologicznych stanach ustroju. HIROSHI OKA. The Tohoku Journ. of exp. Med. Vol. 32. Z. 3—4. Str. 356, 374, 382, 1938.

Po wycięciu nerek, albo po podwiązaniu moczowodów znajduje autor powiększenie ilości krwi, które tłumaczy niemożnością regulowania ilości płynów. Wlewanie roztworu soli kuchennej w tych warunkach prowadzi jednak do zmniejszenia ilości, co świadczyłoby o wsiąkaniu płynu do tkanek. Wszelako także wsiąkanie jest oczywiście mniej wydajne, dlatego też po wycięciu nerek, albo podwiązaniu moczowodów spotykamy wprawdzie zmniejszenie ilości krwi, ale mniej wydajne, a nawet często zwiększenie ilości osocza. Podobnie zachowuje się ustrój po wlewaniu dożylnym krwi w tych warunkach i wykazuje powiększenie ilości, zamiast zwykle spotykanego zmniejszenia.

Wprowadzenie dożylnie peptonu w 2% i 6% roztworze wywołuje zmniejszenie ilości krwi, które po słabszym roztworze jest stosunkowo nieznaczne i czasem nawet, szczególnie w początku prawie zupełnie nie występuje; w niektórych razach widziano nawet przyrost ilości krwi, szczególnie osocza. Pepton bardziej stężony prowadzi bez wyjątku do zmniejszenia ilości krwi i to bardzo znacznego, które czasami po pół godzinie ustępuje, a potem znów się wzrasta. Autor tłumaczy to pochłonięciem pewnej części krwi przez płuca, albo przez tkanki w ogóle.

W ostatnich doświadczeniach, dotyczących tej samej sprawy, badał autor zachowanie się ilości krwi, osocza i ciałek po wprowadzeniu 1 1/2 litra płynu (metoda Volhard'a). U ludzi o wzmożonym ciśnieniu ilości te uległy zmniejszeniu, które po 24 godzinach mijało. Podobnie zjawisko, to jest obniżenie ilości całej krwi, osocza i ciałek widział autor w zapaleniu kłębuszkowym nerek. Ilości te obniżone po godzinie wykazywały szczególnie w niektórych razach dążność do obniżania ilości. Inaczej zachowuje się ustrój w schorzeniach wątroby, gdzie po wypiciu płynu, ilość krwi bardzo często wzrasta i po 24 godzinach wykazuje albo stan ten sam, albo skłonność do zagęszczenia.

Moraczewski (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce

Zaburzenia czynności serca w przebiegu zakażenia ogniskowego, szczególnie w ostrym i przewlekłym zapaleniu migdałków. G. W. PARADE. Ztschr. f. kl. Med. 133, 395, 1938.

Od dawna wiadomo, że nawet banalne zakażenia mogą powodować ciężkie zaburzenia w narządzie krążenia. Autor stwierdził u 25 chorych z ostrym i przewlekłym zapaleniem migdałków, badanych systematycznie elektrokardiograf, różne skurcze dodatkowe, zaburzenia przewodnictwa z okresami Wenckebacha, przejściowy blok przedsionkowo-komorowy zupełny, zmianę wychylenia początkowego, obniżenie odcinka S-T, T ujemne, a nawet „wiefcowe”. Należy więc pamiętać o możliwych zmianach w sercu po przebyciu nawet lekkiego zapalenia migdałków, badać elektrokardiograficznie, zwłaszcza tych, u których badanie fizykalne i Rtg. nie tłumaczy dolegliwości. Należy potem usuwać ogniska zakażenia.

H. Długosz (Lwów).

Substancja wywołująca nadciśnienie samoistne. K. WESTPHAL i CH. SIEVERT. Ztschr. f. kl. Med. 133, 223—370, 1938.

W 7 doniesieniach, które stanowią opracowanie kliniczne i doświadczalne zagadnienia patogenezy nadciśnienia samoistnego, podają autorowie wynik swych kilkuletnich badań. Nadciśnienie samoistne powstaje wskutek zaburzenia czynności gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym, przede wszystkim przysadki, potem nadnerczy i gruczołów płciowych. Przemawia za tym nadciśnienie u osobników młodych z *dystrophia adiposo-genitalis* i w okresie przejściowym obu płci. Z krwi chorych na nadciśnienie samoistne izolowali ciało własnościami zbliżone do hormonu tylnego płata przysadki, podwyższające ciśnienie u psów, kotów i małp, w kilku doświadczeniach i u ludzi; ciało podwyższające poziom cukru we krwi i wywołujące przerost nadnerczy u zwierząt, nie dające reakcji biologicznych (oko żaby, ucho królika) ani chemicznych, charakterystycznych dla adrenaliny.

Opierając się na swoich badaniach, zaczęli stosować w nadciśnieniu preparaty przysadkowe, wszczepianie przysadki cieląt do sieci, wycięcie nadnercza lewego z równoczesnym wszczepieniem przysadki w ranę operacyjną, z wynikiem dobrym, chociaż przejściowym.

Z drugiej strony, autorowie używają krwi hipertonicznej do przetaczań w zapaści, zapaleniu płuc z nadciśnieniem i podciśnieniem samoistnym.

H. Długosz (Lwów).

Losy naszych chorych na cukrzyce, leczonych w ostatnich 10 latach. E. KESTERMANN i E. SCHUWICHT. Ztschr. f. kl. Med. 133, 458, 1938.

Statystyka obejmuje 754 chorych. W klinice umarło 7%, w znacznej części z powodu śpiączki, trwającej ponad 8 godzin od zaczęcia leczenia. Śmiertelność wypuszczonych z Kliniki wynosiła 29,5%, przy czym czas trwania choroby u nieleczonych insulinią wynosił 4,5 roku, u leczonych insulinią 6,5 roku, u żyjących jeszcze czas trwania choroby wynosi przeciętnie 8,3 roku. Widać z tego, że wprowadzenie insuliny nie przedłużyło wybitnie życia chorych na cukrzyce. Być może, że współpraca zakładów leczniczych z lekarzami praktykami, lepsze wykształcenie lekarzy praktyków, uświadomienie chorych i otoczenia, jako też poprawa warunków materialnych przedłuży życie chorych na cukrzyce.

H. Długosz (Lwów).

Chirurgia, położnictwo i ginekologia, stomatologia

Doświadczenia ze zmodyfikowanym tokografem. SANDOR LÓRAND. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 103. Z. 3.

Opis nowego tokografu, który posiada szereg korzyści w porównaniu z dotychczasowymi aparatami, a przede wszystkim ze względu na małe wymiary, lekkość i dogodny kształt, łatwy do przenoszenia, a mimo to nie ustępujący innym tokografom w dokładności.
J. Lenczowski (Lwów).

Wskaźnik rokowniczy (Prognostische Index) w leczeniu raka macicy. O. E. NUDOLSKAJA. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 103. Z. 6.

W ocenie rokowania 84 przypadków raka szyi i trzonu macicy posługiwała się autorka swoim pomysłem „wskaźnikiem rokowniczym”, który wyrażał liczbę, otrzymaną przez pomnożenie stopnia rozwoju raka pod względem klinicznym (rozróżniano 4 stopnie) przez stopień złośliwości nowotworu, ocenianego na podstawie badania drobnowidowego, i tu wyrażano złośliwość cyframi od 1 do 5. W obu ocenach liczby wyższe wyrażały mniejszy rozwój, czy większą dobrotliwość, przez co otrzymane liczby, powstałe z pomnożenia były tym wyższe, im korzystniejszy był przypadek. Otóż kontrola przypadków raka macicy, leczonego w klinice autorki, wykazała, że na 30 chorych o wskaźniku powyżej 7, nawroty stwierdzono w 6,6%, na 54 ze wskaźnikiem poniżej 7, nawroty lub brak wyniku leczniczego zaobserwowano w 42,6%. Na tej podstawie autorka zwraca wszystkie inne kliniki, zajmujące się leczeniem raka macicy, do sprawdzania wartości podanego wyżej wskaźnika rokowniczego. (Niestety, w sprawozdaniu nie podano, jaki sposób leczenia stosowano na klinice autorki oraz nie podano czasu obserwacji chorych po ukończeniu leczenia).
J. Lenczowski (Lwów).

Pora dnia a wystąpienie czynności porodowej i poród. HEINRICH GUTHMANN i MARIA BIENHÜLS. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 103. Z. 6.

Badania autorów wpływu zależności wystąpienia czynności porodowej i porodu od pory dnia na materiale, obejmującym przeszło 26.000 przypadków, wykazały, że porody dzienne nieco przeważały nocne. Najwyższe nasilenie porodów stwierdzono w porze południowej. Początek czynności porodowej częściej przypadał w nocy, zwłaszcza u pierwiastek, i to głównie w godzinach od 2—3. W ostatnich latach zaznaczyło się lekkie przesunięcie częstości porodów na korzyść pory dziennej.
J. Lenczowski (Lwów).

Nowe doświadczenia przy opiece nad ciężarnymi. FRITZ STAHLER. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 103. Z. 6.

Zadanie stacji nad ciężarnymi polega w nowych Niemczech nie tyle na udzielaniu porad i pomocy bez wyboru wszystkim zgłaszającym się ciężarnym, lecz na selekcji ciężarnych na zdrowe pod względem dziedzicznym i chore. Tylko zdrowym udziela się porady i pomocy materialnej. Już krótki stosunkowo czas istnienia nowej polityki ludnościowej wykazał jej celowość. Na 4000 udzielonych porad tylko 0,9% przypadków uznano za dziedzicznie obciążone, podczas gdy pierwiej odsetek ten dochodził do 4,5%. Spadek ten jest wynikiem ustawy sterylizacyjnej. Dalej okazało się, że racjonalnie postawiona propaganda za zwiększeniem ilości urodzin również wydaje już owoce. Podczas gdy w roku 1933 7,5% kobiet ciężarnych wyrażała chęć pozbycia się ciąży, to obecnie odsetek ten spadł do 1%. Pod względem potrzeb zdrowych ciężarnych autor zwraca przede wszystkim uwagę na skrajną nędzę zgłaszających się kobiet. 92% wymagało natychmiastowej pomocy pieniężnej i żywienia, 10% dłuższego leczenia wypoczynkowego. Złe odżywianie i ciężkie warunki życiowe wywołują szereg objawów chorobowych (przepukliny, żylaki, wiotkość mięśni brzucha, objawy niedoboru witaminowego). Toteż należy zwracać uwagę na racjonalniejsze odżywianie oraz rozbudować politykę socjalną, więcej chroniącą kobietę ciężarną przed skutkami ciężkiej pracy.
J. Lenczowski (Lwów).

Leczenie szczepionką krwawień macicznych na tle spraw zapalnych przydatków. C. DANIEL i S. GOLDENBERG-BAYLER. Rev. Fr. de Gyn. et d'Obstr. Nr 1, 1938.

Obserwacja 24 przypadków krwawień u osób ze zmianami zapalnymi w przydatkach pozwala wysnuć następujące wnioski: 1) zapalenie przydatków jest w 8—10% przyczyną krwawień macicznych, 2) w uporczywych krwawieniach należy zawsze szukać zmian w przydatkach, gdyż nawet nieznaczne sprawy za-

palne mogą być przyczyną krwawień, 3) leczenie szczepionką jest w takich przypadkach metodą najlepszą zarówno w stanach ostrych, jak i przewlekłych.
H. Newlińska (Lwów).

Pozatrzewnowa gruczolistość dołu owalnego biodra i torbiele smolowe obu jajników. F. STAHLER. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 104. Z. 1—2.

Niezwykły przypadek ograniczonego, ruchomego, bardzo bolesnego podczas miesiączki guzka w okolicy dołu owalnego prawego biodra. Badanie drobnowidowe usuniętego tworu wykazało utkanie, przypominające błonę śluzową macicy. Stan ginekologiczny, poza nieznacznym zgrubieniem lewych przydatków, na ogół prawidłowy. W dwa lata później powstały torbiele smolowe w obu jajnikach; usunięto je operacyjnie. Autor zastanawia się nad przyczyną powstania gruczolistości dołu owalnego i przyznaje, że najwięcej odpowiada mu teoria rozwojowa Roberta Mayera, chociaż i ta teoria w zupełności zadowolić nie może.
J. Lenczowski (Lwów).

Zawartość wapnia we krwi w przypadkach „chwicznej tężyczki” (Labilitätstetanden). R. SPIEGLER i W. HENKEL. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 104. Z. 1—2.

Badania autorów, dotyczące zawartości potasu i wapnia we krwi zdrowych kobiet wykazały ilości dosyć stałe, niezależnie od okresu miesiączkowego. Podawanie hormonu przytarczycy niewiele wpływało na układ mineralny, poza małymi przesunięciami pewnych frakcji wapnia i potasu. Przy sposobności tych badań obserwowali atorki dwa przypadki do złudzenia przypominające tężyczkę. Jednak badania, dotyczące składu mineralnego krwi wykazały stosunki prawidłowe. W tych przypadkach raczej należy mówić o tężycze rzekomej, której etiologii autorzy dopatrują się w nagłym wstrząsie, powodującym pewną chwijność układu nerwowego. Takim wstrząsem w obu przypadkach było nagłe podniesienie się ciepłoty, przypadające na czas miesiączki.
J. Lenczowski (Lwów).

Zapalenie przyusznicy a narząd rodny kobiecy. H. BOSCH. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 104. Z. 1—2.

Autor zwrócił uwagę, że w dużym odsetku przypadków kobiety, cierpiące na niedorozwój macicy, przechodziły w dzieciństwie zapalenie gruczołów przyusznych. Autor przypuszcza, że podobnie, jak u mężczyzn powstać może zapalenie jądra, tak u kobiet w przebiegu tej choroby mogą być zaatakowane jajniki z następowym osłabieniem lub nawet całkowitym ustaniem ich czynności. Wszelkie leczenie tak zmienionych jajników jest bezowocne. W niektórych przypadkach niedorozwój może być uważany jako następstwo toksycznego uszkodzenia przysadki mózgowej w przebiegu świnki, bez uszkodzenia jajników. Tu leczenie hormonalne może być uwiecznione pomyślnym wynikiem.
J. Lenczowski (Lwów).

W sprawie przyczyn przedwczesnego odklejenia się łożyska. (Jednocześnie przyczyn do zagadnienia prolangu). K. HEIM. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 104. Z. 1—2.

Objawy ogólne, jak np. obrzęki, zmiany w moczu, nadmierne ciśnienie krwi — objawy, towarzyszące bardzo często przedwczesnemu odklejeniu się łożyska, pozwalają zaliczać tę jednostkę chorobową do rzędu zatruc ciążyowych. Zwłaszcza słuszne to się wydaje w przypadkach swoistej odmiany tego cierpienia, znanej pod nazwą „apoplexie utero-placentaire”. Autor stwierdził w jednym przypadku drobne krwaki okołopęcherzykowe w jajnikach, a w trzeci — przetrwałe ciało żółte. Powyższe zmiany w jajnikach skłoniły autora do szukania przyczyn przedwczesnego odklejenia się łożyska w zaburzeniach hormonalnych, a mianowicie w zachwianiu równowagi między ciałkiem żółtym a łożyskiem. Dokładne badania, dotyczące wydalania prolangu moczem w 12 przypadkach przedwczesnego odklejenia się łożyska wykazały znaczne ilości nie tylko prolangu A, ale i prolangu B. Ilości te zbliżone były do prolangu, jaką się spotyka w przypadkach zaśnięcia groniastego i nabłoniaka kosmówkowego. Nawiasem autor dodaje, że nadmierne ilości wydalania prolangu, nawet powyżej 200.000 j. m. w litrze we wczesnej ciąży, niekoniecznie dowodzi istnienia zaśnięcia groniastego. W jednym przypadku poronienia, przebiegającego wśród objawów ostrego zatrucia ciążyowego, stwierdził autor ponad 250.000 j. prolangu A i 166.000 j. m. prolangu B w litrze moczu. Badanie drobnowidowe łożyska wykazało obrzęk niektórych kosmków i rozwój komórek syncytialnych. W każdym razie wyraźnych gron zaśnięcia nie znaleziono. Podobieństwo ogólnych objawów klinicznych różnych postaci zatruc ciążyowych naprowadziło autora do badania wytwarzania się prolangu w tych schorzeniach. Okazało się przy tym,

że w rzucawce porodowej (12 przyp.), grożącej rzucawce (13 przyp.) i w niepowsięgliwych wynotach ciężarnych (5 przyp.) ilości wydalanego prolangu również były bardzo znaczne. Wobec tego jednak, że w skąpych dotychczasowych doniesieniach o ilości prolangu we krwi i w moczu normalnych ciężarnych znajdują się dość znaczne różnice, postanowił autor przeprowadzić własne badania. W tym celu oznaczał ilość prolangu w moczu w każdym miesiącu ciąży, poczynając od 3 do 9, wykonując po 2 badania w każdym miesiącu. Ilość prolangu w moczu wynosiła średnio od 25.000 j. m. do 40.000 j. m. w litrze, a więc znacznie mniej, niż w zatruciach ciążowych. Na podstawie tych badań stwierdza autor, że w etiologii przedwczesnego odklejanie się łożyska dużą rolę gra nadmierne wytwarzanie się prolangu i to przede wszystkim pochodzenia łożyskowego i że w ogóle we wszystkich zatruciach ciążowych zachodzą takie same stosunki hormonalne.

J. Lenczowski (Lwów).

O ciąży zewnątrzmacicznej. TH. PUTZ. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 104. Z. 1—2.

Rozważania kliniczne i anatomo-patologiczne nad 300 przypadkami ciąży zewnątrzmacicznej. Z tej liczby 297 razy wydała się ciąża trąbkowa, dwa razy jajnikowa. Jakiegokolwiek zwiększenia się ciąży pozamacicznej w ostatnich latach (doniesienie obejmuje okres czasu od 1925 r. do 1935 r.) nie stwierdzono. Dane kliniczne i badania anatomiczne przemawiały za tym, że głównym powodem pozamacicznego usadowienia się jaja płodowego było przebyte zapalenie trąbek. Śmiertelność pooperacyjna wyniosła 3%, oczyszczona 0,94%. Pod względem rozpoznawczym poza stanem miejscowym pomocne są badania dodatkowe: badanie krwi na ilość ciałek białych, opadanie krwinek, nakłucie próbne tylnego sklepienia, skrobanka macicy, wreszcie próbne otwarcie jamy brzusznej. Objaw Cullena obserwował autor tylko raz. W dwóch przypadkach krwiaka pozamacicznego obserwował autor sinawe podbarwienie błony śluzowej tylnego sklepienia.

J. Lenczowski (Lwów).

W sprawie przyczyn powstawania polipów błony śluzowej trzonu macicy. W. PIEPER. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 104. Z. 1—2.

Opis dwóch przypadków. W pierwszym u kobiety 32-letniej prócz rozległego polipa macicy, stwierdzono torbiel jajnika lewego. Drobnowidowo polip wykazywał przerost gruczołowy, częściowo torbielowaty. Przyczyną powstania polipa w tym przypadku było nadmierne wytwarzanie się folikuliny. W przypadku drugim guz zjawił się w 10 lat po przekwitaniu. Autor dla tego przypadku przyjmuje dwa przypuszczenia: albo guz powstał jeszcze w okresie czynności jajników, a przejawiał się tak późno na skutek starszego zaniku macicy (zaburzenia odżywcze), albo guz powstał już po przekwitaniu, dzięki nadmiernej czynności przysadki mózgowej.

J. Lenczowski (Lwów).

Macica w przypadkach zaśniadu groniastego. GIOVANNI TRANA. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 104. z. 1—2.

Badania anatomiczne usuniętych macic z powodu zaśniadu groniastego w 11 przypadkach wykazały, że dotychczas nie jesteśmy w stanie na podstawie obrazów drobnowidowych utkania zaśniadu wywnioskować o sile inwazyjnej elementów zaśniadu, ba nawet często nie jesteśmy w stanie odpowiedzieć na pytanie, czy jest to sprawa jeszcze dobrotliwa, czy złośliwa. Dla tego ważna jest następową kontrola drobnowidowa wyskrobin macicy w pewien czas po usunięciu zaśniadu. Stwierdzenie żywotnych elementów zaśniadu staje się bardzo podejrzane o złośliwość. Duże usługi oddać może odczyn Aschheima-Zondeka.

J. Lenczowski (Lwów).

Mierzenie ciśnienia krwi w naczyniach włosowatych u zdrowych, w ciąży prawidłowej, w zatruciach ciążowych i w samostym podwyższeniu ciśnienia krwi. ADOLF FOGT. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 104. Z. 1—2.

Jak wykazują badania autora, wykonane za pomocą zmodyfikowanego przez siebie aparatu Herzoga, mierzenie ciśnienia w naczyniach włosowatych posiada duże znaczenie kliniczne. Na ogół daje się zaobserwować równorzędną w zachowaniu się ciśnienia krwi w naczyniach dużych i małych. Ciężota podnosi, zimno obniża ciśnienie włosowate. Nie bez znaczenia pozostają wpływy pory roku i klimatu. Najwyższe wartości obserwował autor w porze od stycznia do kwietnia u tego samego osobnika. W przypadkach rzucawki porodowej i w stanach przedrzucawkowych z wysokim ciśnieniem krwi ciśnienie w naczyniach włosowatych również znacznie się podnosi i zbliża się do wysokości ciśnienia rozkurczowego w naczyniach dużych. Dowodzi to, że podniesienie ciśnienia nie ogranicza się w tych przypadkach do

naczyń większych, ale obejmuje również i naczynia mniejsze. W ten sposób można wytłumaczyć dużą skłonność do wylewów krwawych w mózgu w rzucawce, zwłaszcza że ogólna ilość krwi w ciąży zwiększa się. W chorobach nerek, przebiegających bez podniesienia ciśnienia krwi, ciśnienie w naczyniach włosowatych jest normalne. Silna miażdżycza naczyń, jeżeli nie występuje podwyższenie ciśnienia, nie odbija się na ciśnieniu włosowatym. W przypadkach niewydolności zastawek tętnicy głównej, jeżeli ciśnienie w naczyniach dużych nie przekracza 130 mm, ciśnienie włosowate jest normalne. We wszystkich przypadkach wysokiego ciśnienia krwi, jakiegokolwiek pochodzenia, ciśnienie włosowate również podnosi się, lecz nigdy nie osiąga takich wysokości, jak w rzucawce porodowej. W ciąży prawidłowej mierzenie ciśnienia w naczyniach włosowatych wykazało górną granicę normy. Podczas porodu w czasie bólów ciśnienie podnosi się, w przerwach między skurczami macicy powraca do normy.

J. Lenczowski (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY

Wydział Lekarski Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk

XLIV Zebranie z dnia 12 listopada 1937 roku

Pokazy:

1. Kol. Piotrowska: „*Carcinoma basocellulare nasi*”.

U chorej, która obecnie ma 75 lat, pojawił się osm lat temu na skórze nosa wykwit twardy, pokryty strupkiem, który utrzymywał się przez dwa lata, nie powiększając się. Po wycinku próbnym sprawa chorobowa zaczęła się rozszerzać, przyjmując postać wrzodu żrącego i drażącego. Chora nie leczyła się. Obecnie przekazano chorą na Oddział Dermatologiczny Szpitala Miejskiego.

Stwierdza się stan następujący: na nosie głęboki ubytek lewego skrzydełka nosowego, sięgający do lewego przewodu nosa. Skóra grzbietu nosa zajęta częściowo przez płaskie owrzodzenie, częściowo przez bliznę zanikową, otoczoną twardym włówatym naciekiem. Gruczoły chłonne podszczękowe ani szyjne nie są wyczuwalne. Brak przerzutów. Rozpoznanie: *rak podstawno-komórkowy Krompechera*.

2. Kol. Bednarkowa (członek Wydziału): „*Przypadek lichen ruber planus*”.

Chora, 35 lat, zachorowała w czerwcu br.; wystąpiły wykwity czerwone, silnie swędzące, które pomimo leczenia nie ustąpiły. W sierpniu wykwity te rozsiały się po całym ciele. Do kliniki chora przybyła w listopadzie.

Stwierdzono wykwity na całym ciele w postaci grudek wielkości główki od szpilki, o kształcie wielobocznym, ostro zarysowanymi, o powierzchni spłaszczonej i lśniącej. Niektóre grudki mają wgłębienie w środku, inne odznaczają się na swojej powierzchni drobnym siateczkowym rysunkiem. Barwa grudek jest różowa lub różowo-żółta, grudki, chociaż gęsto rozsiane, nie zlewają się. Na prawym podudziu występują grudki w postaci rogowej a na obu stopach w postaci pęcherzykowej. Kilka wykwitów stwierdza się również na błonie śluzowej jamy ustnej.

3. Kol. Brykczyński: „*Przypadek grzybicy strzygącej (trichophytia profunda barbae)*”.

Schorzenie trwa od 2 miesięcy. Stwierdza się na częściach owłosionych policzków oraz na brodzie liczne głębokie nacieki, wystające także ponad powierzchnię skóry w postaci brodawkowatych tworów, z których przy ucisku wydobywa się obficie ropa. Cała twarz, szczególnie w okolicy kątów żuchwy silnie obrzękła. Ciężota ciała waha się od 36,8° rano do 39° wieczorem. Przeprowadza się epilację za pomocą naświetlań promieniami Roentgena oraz chwilowo leczenie odkażające, przeciwzapalne i ogólne.

4. Kol. Piotrowska: „*Przypadek acanthosis, nigricans*”.

Chora, lat 21, zgłosiła się na Oddział Chirurgiczny z powodu objawów przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego. Z oddziału chirurgicznego przesłano chorą na Oddział Skórny Szpitala Miejskiego.

W dołach pachowych, w zgięciach łokciowych i kolanach, w pachwinach, na brodawkach sutkowych i dookoła pępka wykwity wyniosłe, suche, twarde, brodawkowate, zabarwione brązowo. Błony śluzowe języka i policzków oraz narządów płciowych wolne. Równocześnie na dłoniach i na podeszwach stóp stwierdza się zmiany w postaci hiperkeratozy. Wykwity wyżej opisane układają się równoległe do siebie w linii prostej, a na brodawkach sutkowych przebiegają kołisto. Mają one wygląd

grzebieni kogucich i istnieją, jak podaje chora, od urodzenia. Skóra pod wykwitami biała. Rozpoznanie: *acanthosis nigricans benigna*.

Rozprawa:

Kol. Straszynski (członek Wydziału) zwraca uwagę na możliwość istnienia u tej chorej nowotworu złośliwego w jamie brzusznej.

Wprawdzie tę chorobę z powodu jej rozpoczęcia się we wczesnym dzieciństwie można by zaliczyć do *acanthosis nigricans benigna*, to jednak ze względu na dolegliwości, na które chora się skarży, należy mieć na uwadze to, że również i w łagodnej postaci tej choroby przy dłuższym jej trwaniu może rozwinąć się nowotwór złośliwy. W tym też kierunku pójdą dalsze badania i chora przekazana będzie na Oddział Chirurgiczny, zwłaszcza, że leczenie dermatologiczne jest tu bezcelowe.

Wykład:

Kol. Lorych (członek Wydziału): „Omyłki radiologiczne schorzeń płucnych w zestawieniu z wynikami sekcyjnymi”.

Wykład ukaże się w „Nowinach Lekarskich”.

Rozprawa:

Kol. Zeyland uważa temat omówiony przez referenta za bardzo ważny. W przypadkach zejścia śmiertelnego stosuje Z. metodę dokładnej kontroli autoptycznej rentgenogramów wykonanych tuż przed śmiercią lub, w braku ich, zaraz po śmierci chorych w Klinice Chorób Dziecięcych U. P. Dysponując obecnie prawie stu przypadkami tak zbadanymi samej gruźlicy dziecięcej, Z. podkreśla z całym naciskiem, że nie wolno robić zarzutu rentgenologii w przypadkach używania niedostatecznej techniki rentgenowskiej lub w braku wiedzy i doświadczenia u lekarza zajmującego się badaniem rentgenowskim. Z. poleca gorąco dla wykształcenia się w rozpoznawaniu rentgenologicznym, oczywiście poza znajomością najnowszego piśmiennictwa, jako najlepsze metody: 1) metodę stałego śledzenia chorego za pomocą kolejnych badań rentgenowskich, wykonywanych w pewnych odstępach czasu oraz 2) wspomnianą powyżej metodę kontroli autoptycznej.

Kol. Mayer (członek Wydziału): Do uwag kol. Zeylanda a niewiele można dodać. Jak wiele innych metod badania, tak również badanie rentgenowskie ma swoje granice, poza którymi czują się rozczarowania. Dzięki bardzo licznym doświadczeniom, badaniom kontrolnym anatomicznym i klinicznym ustalono już szereg źródeł błędów i nauczono się je przeważnie części unikać. Zapoznanie się z tym dorobkiem naukowym i przeszkolenie w odczytywaniu obrazów rentgenowskich chroni w miarę postępów radiologii coraz więcej od błędnych i pochopnych interpretacji, od przeoczenia trudności diagnostyki radiologicznej oraz od jaskrawych nieraz rozbieżności wyników badań radiologicznych i kontrolnych na stole sekcyjnym. Niektóre z przypadków, omówionych przez prelegenta, dowodzą, że nawet rozpoznanie na podstawie całokształtu badania klinicznego nie zawsze zgadza się z wynikami sekcji. W radiologii wyodrębniono już mnóstwo obrazów typowych, znamienitych dla różnych zmian patologicznych w płucach; błędne odczytywanie tych typowych obrazów jest najczęściej jedynym źródłem różnych nieporozumień. Zdarza się np., że przypadkowe ułożenie się ciał naczyniowych w kształcie pierścienia, zgrubienia opłucnej, otorbiona odma, a nawet powietrzne części płuca, otoczone naciekami itd. uchodzą błędnie za jamy wskutek nazbyt powierzchownej oceny tych cieni. W związku z piśmiennictwem zagranicznym, na które się prelegent powołuje, pozwalam sobie gorąco polecić artykuł St. Konopki o bibliografii lekarskiej, który się ukazał w Polskiej Gazecie Lekarskiej (nr 45, 1937).

Kol. Lorych (członek Wydziału): Wygłoszony wykład miał na celu zachęcenie ogółu lekarzy do ostrożności w interpretacji obrazów radiologicznych. W tym celu przedstawiono materiał własny oraz zestawiono z dostępnego piśmiennictwa różne możliwości omyłek, które zmniejszają się przede wszystkim w miarę doświadczenia i obeznania lekarza z radiologią.

Wiceprezes: L. Drożyński.

Sekretarz: K. Stojalowski.

XLV Zebranie z dnia 19 listopada 1937 roku wspólnie z Kołem Fizjologów

Pokazy:

1. Kol. Zeyland: „Przypadek lobus venae azygos”.

Pokazuje 5 rentgenogramów z typowym obrazem płata żyły nieparzystej (lobus venae azygos), stwierdzonych w materiale Kliniki Chorób Dziecięcych U. P. na 1.350 zdjęć tylnoprzodnich klatki piersiowej oraz jeden taki obraz, stwierdzony podczas

prześwietlenia 313 rentgenogramów płuc dzieci szkolnych w Bydgoszczy z pracy doktorskiej nieogłoszonej drukiem kol. E. Chrzanoskiego. Stwierdzony odsetek (0,34%) odpowiada najzupełniej podawanemu w piśmiennictwie międzynarodowym. Odsetek tej zmiany, rozpoznawanej badaniem rentgenowskim, nie odpowiada natomiast odsetkowi stwierdzonemu badaniem anatomicznym, bo według Mäuserta wynosi on 1% (17 razy na 1600 sekcji). Brak dalszych badań anatomicznych uniemożliwia rozstrzygnięcie sprawy, która z tych liczb bardziej odpowiada rzeczywistości.

Wykład:

J. Zeyland i E. Piasecka-Zeyland: „Jaki składnik śliny niszczy prątki gruźlicze”.

Autorowie nawiązują do swego komunikatu, przedstawionego na posiedzeniu w dniu 4. VI. 1937 r., kiedy to zdawali sprawę ze swych badań, dotyczących działania śliny ludzkiej, powstrzymującego wzrost prątków gruźliczych (ogłoszono w czasopiśmie „Gruźlica” 1937, 12, str. 271 i „Tubercle” 1937, 19, str. 24).

Obecnie autorowie zdają sprawę z doświadczeń na świnkach morskich (ogółem 29 zwierząt), z których wynika, że ślina ludzka posiada rzeczywiście właściwości bakteriobójcze względem prątków gruźliczych. Ponadto autorowie podają wyniki dalszych 10 doświadczeń z hodowlą prątków gruźliczych celem wykrycia w ślinie czynnika bakteriobójczego dla prątków gruźliczych i wykazują, że tym czynnikiem są siarkocyjaniki śliny. W doświadczeniach autorów okazał się siarkocyjanek potasu w stężeniu, spotykanym w ślinie (0,007—0,01%), a więc w stężeniu „fizjologicznym” wyraźnie bakteriobójczym dla prątków gruźliczych.

Zdaniem autorów badania te wyjaśniają, przynajmniej w części, istotę nieswoistej oporności w zakażeniu gruźliczym, ponadto pozwalają na wysnuć dalej idących wniosków co do praktycznego zastosowania tych wyników badań.

(Ukaże się w całości w czasopiśmie „Gruźlica”).

Dyskusja:

Kol. Straszynski (członek Wydziału), wspomina o wykładach fizjologa polskiego prof. Napoleona Cybulskiego, który przed laty zwracał uwagę na własności bakteriobójcze siarkocyjanów śliny i jako praktykujący dentysta podnosił szybkie gojenie się wszelkich ran w jamie ustnej właśnie na skutek istnienia tych ciał chemicznych w ślinie.

Kol. Morzycki (członek Wydziału): Rozczyny siarkocyjanów są stosowane w pracowniach niemieckich jako środek zapobiegawczy przeciwko zakażeniom laboratoryjnym.

Wykład:

Kol. Dębski: „O śmiertelnych krwotokach płucnych” (Ukaże się w „Gruźlicy”).

Dyskusja:

Kol. Zeyland zwraca uwagę na podawaną w piśmiennictwie amerykańskim metodę powstrzymywania silnych krwotoków płucnych przez zastrzyknięcie dożylnie kilkunastu lub kilkadziesiątu gramów gumy arabskiej w 500 cm³ fizjologicznego roztworu soli (zob. Berghausen: *Amer. Rev. Tbc.* 1937 r., 36, str. 276).

Kol. Stojalowski (członek Wydziału): Zdanie kol. Dębskiego o wpływie zmian barometrycznych na częstość krwotoków płucnych potwierdzają również spostrzeżenia sanatoryjne, jakie St. poczynił na gruźliczych w czasie zniżek barometrycznych, gdy w czasie małych wahań lub wzniesień krwotoki płucne wśród chorych sanatoryjnych były rzadkie. Wpływ wstrząsów psychicznych z następstwami anatomicznymi z wynikiem śmiertelnym zdarza się nie tylko przy schorzeniach płucnych, jak to przedstawia interesujący przypadek spostrzegany przez kol. Dębskiego. Spotyka się go również przy schorzeniach innych narządów (np. pęknięcie mięśnia sercowego).

Krwotok sam nie jest przyczyną bezpośrednią śmierci nagłej, gdyż przyczyna bezpośrednia polega tu na niedokrwiłości ważnych dla życia narządów lub uduszeniu masami krwi, które zalewają przede wszystkim rozgałęzienia oskrzelowe i ostatecznie pęcherzyki płucne. Śmierć jednak następuje tu w warunkach znacznie zmniejszonej powierzchni oddechowej płuc w dalej posuniętych okresach gruźlicy.

Wydaje się rzeczą nieobojętną anatomiczny charakter naczyń krwionośnych, z którego nastąpił krwotok. Szczególnie w przypadkach nagłej śmierci, która nastąpiła po prostu w ciągu jednego wdechu, należało by liczyć się z możliwością zatoru powietrznego mózgu przy krwotoku z naczyń żylnych, jak również z możliwością zatoru w innych narządach (naczynia wieńcowe).

Kol. Raczynski (członek Wydziału) zapytuje, jaką rolę odgrywają zatory opłucnowe i ich rozległość przy krwotokach śmiertelnych?

Kol. Łabendziński (członek Wydziału): Krwotoki płucne, które w kilku minutach kończą się śmiercią, są stosunkowo rzadkim zdarzeniem, jak to wynika z podanej statystyki. Jeszcze rzadziej zdarza się, by lekarz poza specjalnym oddziałem szpitalnym mógł być świadkiem takiej dramatycznej sceny. Dla tego obserwacje podane przez referenta, a dokonane przez niego i innych lekarzy dyżurnych oddziału płucnego, budzą zainteresowanie. Podczas sekcji nie zawsze istniał taki obraz, jaki klinicysta spodziewał się zobaczyć, znając zmiany płucne u danego chorego i przebieg krwotoku. Poznanie właściwego mechanizmu nagłego zejścia wymaga jeszcze dalszej współpracy klinicysty z patologiem.

Kol. Stojalowski (członek Wydziału) wyjaśnia, że w rozważaniu różnych przyczyn nagłego zgonu wśród krwotoku płucnego należy brać pod uwagę, prócz wymienionych przez referenta przyczyn, również możliwość zatoru powietrznego ważnych dla życia narządów jako bezpośredniej przyczyny nagłego zgonu. Możliwość ta została w referacie pominięta, gdyż w żądnym z 17 przypadków nie został zator sekcyjnie wykazany.

Wykazanie tej przyczyny zgonu należy oczywiście do anatomico-patologa, który może mieć duże trudności w ujawnieniu zatoru powietrznego, gdyż stwierdzenie jego nie należy do łatwych zadań prosektora. Niemniej jednak należy o możliwości zatoru powietrznego pamiętać przy sekcji przypadków nagłego zgonu wśród krwotoku płucnego.

Kol. Dębski: Klinicystę uderza najbardziej to, że w niektórych przypadkach nawet silnego krwotoku płuc nie stwierdza się podczas sekcji krwi.

Prezes: W. Kapuściński.
Sekretarz: K. Stojalowski.

Towarzystwo Naukowe Lekarzy w Równem

Protokół posiedzenia z dnia 13 maja 1938 roku

Przewodniczący: Dr Karol Walker

Dr J. Szałkiewicz (Zdołunów): *O wczesnych naciekach Assmanowskich w płucach.* Prelegent w referacie ilustrowanym szkicami i rentgenogramami przedstawił historię badań gruźlicy, klasyczne poglądy Rankego i innych, sprawy alergii, podział gruźlicy płuc według Rankego, Neumana, Sterlinga i ich porównanie z innymi klasyfikacjami. Prelegent omówił przy tym również poglądów na dotychczasową naukę zapoczątkowaną przez Brauninga, Redekera, Assmana i innych.

Po omówieniu patogenezы, semiotyki, diagnostyki i leczenia nacieków wczesnych, prelegent przedstawił własną kazuistykę. Na zakończenie poruszono sprawę dokonywanych badań Roentgenem, podkreślając ich wyjątkowe stanowisko w rozpoznawaniu nacieków wczesnych.

W dyskusji zabierali głos dr Walker, dr Marcińczyk, dr Szwidki i dr Abramowicz.

Prezes: Dr K. Walker.
Sekretarz: Dr J. Marcińczyk.

Towarzystwo Lekarskie w Toruniu

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 10 lutego 1938 roku

1. Na wstępie prezes wita zebranych na pierwszym w tym roku posiedzeniu naukowym i w nowym lokalu posiedzeń.

2. Odczytano protokół z ostatniego posiedzenia naukowego, który przyjęto bez poprawek.

3. W komunikatach zarządu podano do wiadomości zebranych treść odpowiedzi negatywnej, jaką zarząd Towarzystwa wyśtosował na list Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk, w sprawie propozycji rozszerzenia agend tego Towarzystwa i na województwo pomorskie. Odpisując odmownie zarząd wyszedł z założenia, że tylko Towarzystwo Lekarskie w Toruniu jest powołane i jest w stanie wypełnić te wszystkie zadania, jakie na nim ciąży. Poza tym zawiadomiono zebranych, że dzięki uprzejmości dyrektora tut. Szpitala dr Dandelskiego zebrania naukowe odbywać się będą stale w sali, w której dziś posiedzenie naukowe zwołano. W końcu podano do wiadomości kolegów uchwałę zarządu zdążającą do tego, by w tym roku urządzić jedno posiedzenie naukowe tylko z pokazami przypadków przygotowanych przez kolegów pracujących poza szpitalem, z własnej, prywatnej praktyki. Termin posiedzenia ustalono na kwiecień lub maj br.

4. Na członków Towarzystwa przyjęto zgodnie ze statutem następujących kolegów: Owczarczaka z Kowalewa i Bo-

cheńskiego, Sobka, Zaporoskiego, Ziołkowskiego z Torunia. Co się tyczy komunikatów Zarządu zabierał głos płk. dr Rudke, podkreślając słuszność stanowiska zajętego przez Zarząd w sprawie propozycji Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk.

5. Dr Dąbrowski odczytał list od p. Rymkiewiczowej, w którym dziękuje Towarzystwu za uczczenie pamięci jej męża śp. majora Rymkiewicza.

6. *Pokazy przypadków.* Kol. Ciążyńska przedstawia chorobę w 3. dniu po operacji usunięcia całkowitego macicy wraz z przydatkami z powodu dużych rozmiarów gruczolako-torbielaka złośliwie zwyrodniałego. Chora została przekazana na oddział ginekologiczny Szpitala Miejskiego z rozpoznaniem obumarłej ciąży. Kol. Ciążyńska pokazuje wyjęty guz wraz z macicą i omawia sposób przeprowadzonych badań rozpoznawczych.

Kol. Szad przedstawił dwa przypadki operacji podwinięcia powiek; operację wykonano sposobem: 1) przemieszczenia płatków skóry, 2) sposobem wywinięcia chrząstki górnej powieki i 3) sposobem przecięcia chrząstki we wszystkich wypadkach z nałożeniem plastycznych szwów (streszczenie własne).

W końcu kol. Bocheński przedstawił 15-letnią dziewczynkę, która w celu sprowokowania poronienia (IV m. ks. ciąży) wprowadziła sobie do cewki moczowej blaszkę. Wskutek tego blaszka zesunęła się do pęcherza, skąd musiano ją wyjąć przez *sectio alta*. Stan chorej dobry, ciąża utrzymana. Przy tej okazji omówił kol. Bocheński ciała obce spotykane w pęcherzu moczowym, wprowadzone w różnych celach. Przedstawiany przypadek należy do bardzo rzadkich ze względu na rodzaj ciała obcego.

Wszystkie pokazy ze Szpitala Miejskiego.

7. Kol. Turyna wygłosił odczyt pt. „*Diatermia krótkofalowa w ginekologii i położnictwie*“. Odczyt ilustrowany omówieniem ciekawszych przypadków, leczonych przez prelegenta, tak ze względu na ciężkość schorzenia, jak i wyniki lecznicze (Streszczenia nie załączono, bowiem praca w całości ukazała się w druku w Pol. Gaz. Lek.).

W dyskusji nad wygłoszonym odczytem dr płk. Rudke podnosi wielką wartość fal krótkich w *mastitis puerperalis*, które to cierpienie, leczone falami krótkimi w samych początkach, nie doprowadza do zropienia.

Poza tym podkreśla szeroką skalę schorzeń dla leczenia diatermią krótkofalową z dobrymi wynikami, przedstawionymi dziś przez kol. Turynę.

Dr Dandelski uzupełnia w kilku słowach wartości lecznicze fal krótkich w cierpieniach chirurgicznych, dr Betlejewski w stanach dychawicy i w końcu dr Berdziejówna w leczeniu cukrzycy. Na poruszone w dyskusji kwestie odpowiada prelegent.

Prezes: Dr Dandelski.
Sekretarz: Dr Turyna.

Protokół wspólnego posiedzenia z Sekcją Sanitarną T. W. W. odbytego dnia 10 marca 1938 roku

Przewodniczy prezes kol. Dandelski

1. Na wstępie prezes wita zebranych, po czym następuje odczytanie protokołu z ostatniego posiedzenia, który bez poprawek przyjęto.

2. Na członka Towarzystwa przyjęto kol. Zofię Kordylewską ze Szpitala Miejskiego.

3. W komunikatach zarządu podano do wiadomości, że posiedzenie pokazowe dla lekarzy praktyków ustalono na drugi czwartek kwietnia, ponieważ na posiedzenie majowe przyjeżdża zaproszony prelegent. Poza tym przyjęto rezygnację kol. W. Jacobsona z członka Towarzystwa, zgłoszoną pisemnie.

4. Pokazy przypadków: Kol. Turyna przedstawia chorobę z zapaleniem wnętrza macicy i otoczenia w pologu, powikłanym porażeniem połowicznym w następstwie najprawdopodobniej zatoru bakteryjnego. U chorej porażenie wystąpiło w okresie stwierdzonej bakteriemii. Chorą przywieziono do Szpitala Miejskiego w 24 godzin po ręcznym wyjęciu łożyska w domu przez lekarza w warunkach nieodpowiednich. W 3 dniu w Szpitalu urodził się cały zraz łożyskowy. Przypadek przedstawiany jest tak ze względu na ciężkość przebiegu i powikłań niecodziennych, jak niemniej dla podkreślenia ważności ręcznego wyjęcia łożyska, którym to zabiegiem koledy praktycy zbyt często dysponują w leczeniu domowym, nie mając odpowiednich warunków. Drugi przypadek przedstawiony przez kol. Turynę dotyczy młodej kobiety, u której prelegent wykonał operację plastyczną odbytnicy, zwieracza odbytu i krocza przy istnieniu wspólnej kloaki obdymniczno-pochwowej, jako skutków urazu porodowego. Po mniej więcej roku od chwili operacji wymieniona chora zgłosiła

się do porodu z ciążą czasową i urodziła dziecko żywe, bez najmniejszych uszkodzeń dobrze zgojonego krocza i zwieracza. Podobnych przypadków ma kol. Turyna 3 w swej statystyce operacyjnej tut. oddziału.

Kol. Skowroński przedstawia przypadek moczówki prostej u dziecka 4-letniego. Dziecko choruje od kilku miesięcy i wypija do 6 litrów płynu dziennie, wydzielając tyleż moczu o c. g. 1001—1003. Na dnie oczu silne przekrwienie siatkówek bez wyraźnego zastoj. Rentgenologicznie stwierdzono objawy wzniesionego ciśnienia śródczaszkowego i wyraźne zwiększenie siodełka tureckiego (65 mm² powierzchni, zamiast 48 w tym wieku wg Schulza). Chodzi zatem według wszelkiego prawdopodobieństwa o przypadek moczówki prostej w przebiegu schorzenia przysadki mózgowej. Przypadek interesujący i z tego względu, że Pituitrol sprowadził tu wyraźne polepszenie. Ilość moczu zmniejszyła się od razu, stopniowo dochodząc do 800 cm³ na dobę. Zastąpienie Pituitrolu Neu-Cesolem sprowadziło natychmiastowe zwiększenie się pragnienia i moczenia. Ilość moczu zwiększyła się do 4000 cm³ na 3 dzień stosowania tego środka. Stosowano zatem nadal Pituitrol. W wypadku tym nie zaobserwowano żadnych innych zaburzeń wewnątrzno-wydzielniczych, zwłaszcza przysadkowych.

Przypadek drugi dotyczy dziewczynki 4-letniej z bardzo silnym obrzękiem twarzy i nóg, bez białkomoczu. Sprawa trwa od 2 miesięcy. Badanie kliniczne wykazuje jedynie wzmoczenie przewodnictwa głosowego na kręgosłupie do 6 kręgu piersiowego. Pirquet ujemny, zresztą badanie kliniczne nie ustala żadnych zmian chorobowych w narządach wewnętrznych. Natomiast dziecko jest bardzo znacznie wychudzone i blade. Badanie krwi stwierdziło prawidłowe stosunki. Rozważając tę sprawę przez różnicowanie, referent dochodzi do wniosku, że mamy do czynienia z obrzękiem kachektycznym na tle albo głodzenia dziecka, albo ukrytego zakażenia gruźlicą lub kiłą. Dalsze badanie w toku.

Przypadek trzeci dotyczy dziecka 3-letniego z bardzo dużym guzem w podbrzuszu. Guz twardy i nierówny, powierzchnia zajmuje całe podbrzusze, guz jest na podstawie nieruchomy, na dotyk niebolesny i gubi się pod lewym podżebrzem. Samopoczucie dziecka bardzo dobre. W moczu ślad białka, zresztą brak zmian chorobowych. We krwi 4.000 ciałek białych. Obraz leukocytów i ciałek czerwonych prawidłowy. Rozpoznanie: *sarcomamyxosarcoma-hypernephroma*? Dalsze badania w toku.

Kol. Ciszak przedstawia młodą kobietę z promienicą w okolicy szyi, leczoną dotychczas jontoforezą i jodem (poprawa).

Kol. Kordylewska omawia przypadek niedokrwistości złośliwej leczony z bardzo dobrym wynikiem hepatogenem, preparatem krajowym.

Wszystkie pokazy ze Szpitala Miejskiego.

W dyskusji nad przedstawionymi przypadkami zabierali głos kol. Rudke, Dietrich, Dandelski, Komkolewski, Żabicki i Bocheński.

5. Dr Korczakowski wygłosił odczyt pt.: *Operacyjne leczenie złamań z pokazem rentgenogramów leczonych przez prelegenta przypadków.*

W dyskusji nad wygłoszonym odczytem zabierali głos kol. Rudke, Dandelski, Bocheński, oświetlając ze swej strony wartość leczenia operacyjnego złamań i wskazania do leczenia nieoperacyjnego.

Prezes: Dr Dandelski.

Sekretarz: Dr Turyna.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 21 kwietnia 1938 roku

Obecni goście: Naczelnik Wydz. Zdrowia wojew. pomorskiego dr Krippendorf, Naczelnik Wydz. Sanitarnego Dyr. Okr. Kol. w Toruniu dr Bermaniński, Dyrektor Ubezpieczalni Społ. Matula, Naczelnik lekarz Ubezpiecz. Społ. dr Raszke, dr Jedlewski.

1. Na wstępie prezes wita gości i podkreśla ważność i znaczenie dzisiejszego posiedzenia, ze względu na temat społeczny odczytu kol. Ziółkowskiego. Towarzystwo Lekarskie odstąpiło tym razem od normalnych naukowych referatów i zorganizowało posiedzenie z odczytem obejmującym zagadnienie społeczne, uznając niedostateczne w tym kierunku działanie władz do tego powołanych i organizacji społecznych.

2. Kol. Ziółkowski wygłosił odczyt pt.: *Wzorowa opieka nad ciężarną matką i dzieckiem* (całość przeznaczona do druku).

W dyskusji zabierali głos kol. Turyna, Skowroński, Goławski, dr Krippendorf, dr Bermaniński i dyr. Matula. W rozprawie wszyscy zgodnie podkreślali nie do przy-

jęcia stan faktyczny organizacji opieki nad ciężarną kobietą, potem matką i dzieckiem.

Przytoczone przez prelegenta w odczycie cyfry i opisy dostatecznie ilustrują tragizm i iluzję dotychczasowej opieki i profilaktyki poradnianej dla dziecka i matki. Na zakończenie, na wniosek dr Krippendorfa, Zarząd Towarzystwa przyjął na siebie obowiązek wystosowania do Zarządu Miejskiego i Pomorskiego Tow. Opieki nad dzieckiem memoriałów, domagających się naprawy i reorganizacji całego zagadnienia, dziś na posiedzeniu omówionego. Towarzystwo Lekarskie wskaże drogi i założenia zgodnie z ustalonymi już wzorami tego rodzaju urządzeń w innych krajach, oparte o nasze miejscowe możliwości. Rzeczą władz i organizacji społecznych będzie wprowadzenie w czyn programu i postulatów naukowego świata lekarskiego, by w ten sposób zapobiec skutkom, wynikającym z niedostatecznej opieki nad dzieckiem.

Program ten obejmuje:

1) wzorowe urządzenie i prowadzenie poradni dla ciężarnych przy Oddziale Położniczym Publ. Szpitala Miejskiego w Toruniu; położna-higienistka będzie prowadziła ewidencję ciężarnych głównie wśród ubogich warstw. Poradnia dla ciężarnych winna obejmować ciężarne z wszystkich instytucji, zajmujących się lecznictwem i profilaktyką;

2) budowę oddziału dziecięcego z wszystkimi poradniami, przy Szpitalu Miejskim łącznie ze żłóbką, przedszkolem itp.

Prezes: Dr Dandelski.

Sekretarz: Dr Turyna.

Zjazd lekarzy powiatowych województwa stanisławowskiego

Dnia 26 i 27 sierpnia 1938 r. odbył się w Morszynie zjazd lekarzy powiatowych i naczelnych lekarzy miejskich województwa stanisławowskiego.

Zjazd zagał wojewoda gen. Paślawski, omawiając obszernie obowiązki, jakie ciążyą na lekarzach powiatowych i wezwał ich do pracy nad podniesieniem stanu sanitarnego osiedli.

Prof. dr Renccki, jako gospodarz Domu Zdrojowego, w którym zjazd się odbywał, powitał obecnych i przedstawił po krótko prace i inwestycje na terenie Morszyna, a w szczególności budowę Domu Zdrojowego.

Inspektor Ministerstwa Opieki Społecznej, dr M. Zachert, powitał zjazd w imieniu Departamentu Służby Zdrowia, podkreślając jednocześnie znaczenie tego rodzaju zjazdów regionalnych dla podniesienia stanu zdrowotnego kraju.

Dr Borkowski, Naczelnik Wydziału Zdrowia, wygłosił referat pt.: „Stan zdrowotny województwa stanisławowskiego w r. 1937”, z którego wynika, że liczba lekarzy w województwie jest nie wystarczająca, ponieważ 1 lekarz obsługuje teren 89 km². Trudno jest o pozyskanie lekarzy okręgowych, niektóre powiaty nie mają zupełnie lekarzy okręgowych. Liczba lekarzy dla leczenia rolników jest skąpa. Pomieszczenie w szpitalach jest nie wystarczające dla potrzeb ludności, gdyż na 10.000 ludności przypada 7 i 3/10 łóżka. Na terenie całego województwa jest 1090 łóżek, w tym 146 zakaźnych. Stosunek powyższy od 10 lat nie uległ poprawie. Praca w ośrodkach zdrowia nie jest jednolita, a niektóre z nich nie zdołały się wnieść ponad poziom ambulatoriów dla ubogich. Zauważa się wzrost zachorowań na dur plamisty i czerwonkę, przy czym liczba zachorowań na dur plamisty dochodzi do poziomu, jaki był w r. 1935. Na terenie województwa były dwie ekspedycje naukowe, a to w Nadwórnej i Sławsku (p. Stryń). Ekspedycja w Sławsku przeszczepiła ludność w 93%. Zwiększyły się również pokąsania przez psy wściekłe, przy czym były 4 zgony na wściekliznę. Zwiększyła się także liczba zachorowań na nagminne zapalenie opon mózgowych. Natomiast stwierdzić należy spadek zachorowań na dur brzuszny.

Akcja kolonijna objęła 16.293 dzieci. Bardzo dodatnio na ogólny rozwój dzieci wpłynęły punkty dożywiania, przy czym w roku sprawozdawczym korzystało z nich 24.839 dzieci.

Dr Lachowicz, kierownik filii Państwowego Zakładu Higieny, zdał sprawozdanie z działalności filii Państwowego Zakładu Higieny w roku 1937. Stwierdza, że rozpoznanie duru plamistego i brzuszego potwierdzone badaniami sero-bakteriologicznymi wzrosło wybitnie. Należy dążyć, by każdy nosiciel duru brzuszego był badany. Szpitale nie przeprowadzają zupełnie badań ozdrowieńców na nosicielstwo przed wypisaniem ich ze szpitala.

Dr Hickiewicz, naczelny lekarz Ubezpieczalni Społecznej w Stanisławowie, wygłosił referat o działalności Ubezpieczalni Społecznej w Stanisławowie za rok 1937. Stwierdził, że Ubezpieczalnia nie otrzymuje sprawozdań z subwencji udzielanych instytucjom społecznym. Z powodu przepelnienia szpitali chorzy ubezpieczeniowi bronią się przed pójściem do niego, a często szpital samowolnie opuszczają. Dążyć należy do tego, by przychodnia gruźlicza w Stanisławowie przyjmowała gruźliczych, którym kończy się okres świadczeń ubezpieczeniowych. Należy również dążyć do budowy izolatorium dla gruźliczych.

Dr Radło omówił sprawę epidemiologii duru plamistego w Karpatach Wschodnich. Na podstawie obserwacji i badań stwierdził, że ogniska endemiczne duru plamistego ciągną się od głównego gościńca w powiecie leskim aż do Czeremoszu. W województwie stanisławowskim jest 64 ognisk. Ogniska te mieszczą się w nizinach przytykających do gór i w górach. Omawia żywotność zarazka duru plamistego. Zapowiada przeprowadzenie dezynfekcji nowym gazem, który jest mniej toksyczny od cyjanowodoru, a silniejszy od siarki.

W roku 1939 wykona się szczepienia całej ludności w ogniskach endemicznych.

Mgr Perkowski, z filii Państwowego Zakładu Higieny, wygłosił referat: „Kontrola okresowa wody“.

Mgr Cichowski, również z filii P. Z. H., omówił dozór nad artykułami żywności.

W drugim dniu zjazdu pierwszy wygłosił referat dyrektor Międzykomunalnego Związku Karpat Wschodnich, J. Miketta, pt.: „Źródła mineralne województwa stanisławowskiego“. Na terenie województwa jest ogółem zarejestrowanych 118 źródeł. W roku 1937 zorganizował Związek letniska wyczasowe dla pracowników fizycznych.

Dr Misiński wygłosił referat o walorach leczniczych Morszyzna.

Dr Dąbrowski omówił opiekę nad matką i dzieckiem.

Inspektor starostwa mgr Rusiński omówił organizowanie pracy lekarzy powiatowych w biurze i w terenie.

Dr Borkowski poruszył usterki w pracy lekarzy powiatowych.

Drugiego dnia uczestnicy zwiedzili szymbonifacego i przełóbkę soli morszyńskiej.

Plan działalności na przyszłość przewiduje ukończenie ośrodków zdrowia w Kosmaczu, Hryniawie, Kosowie, Worochcie i w Nadwórnej oraz powołanie do życia Stanisławowskiego Międzykomunalnego Związku Szpitalnictwa.

W obradach zjazdu wziął udział bawiący w Morszyźnie b. Minister Zdrowia Publicznego, dr Chodźko.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

Różne

Z kraju

Dnia 14. IX. br. odbyło się w Warszawie posiedzenie Komisji Morskiej Związku Uzdrawisk Polskich przy współdziałaniu delegatów Ministerstwa Opieki Społecznej, Spraw Wewnętrznych, Komunikacji, Ligi Popierania Turystyki, Starostwa Morskiego, Komisariatu Rządu w Gdyni, lekarzy klimatycznych wybrzeża i przedstawicieli kąpielisk. Przewodniczył, wobec choroby płk. Wielowieyskiego, przewodniczącego Komisji, prez. Michał Beniślawski. Dłuższe sprawozdanie z działalności udzielone przez sekretariat Komisji dotyczyło akcji propagandowej w prasie, opracowania projektów dalszej propagandy, starań o fundusze na cele itp. W wyniku dyskusji powzięto szereg uchwał. Postanowiono opracować plan należytej organizacji lecznictwa morskiego i poczynić starania w kierunku możliwie natychmiastowego uruchomienia na Wybrzeżu zakładu leczniczego, czynnego cały rok, np. w postaci szkoły sanatoryjnej na wzór istniejących w Rabce. Druga uchwała Komisji zapadła w sprawie uregulowania kwestii campingów. Obecnie panuje w tej dziedzinie wielki chaos, gdyż rozmaite organizacje (szkolne, akademickie, harcerskie, wojskowe, sportowe itp.) urządzają swoje obozy na własną rękę i wprowadzają niepokój do życia kuracjuszy. Sprawa ta powinna być uregulowana przepisami wydanymi przez władze administracji ogólnej. W celu położenia podwalin pod prace naukowo-badawcze nad lecznictwem morskim w Polsce, postanowiono zwrócić się do Komisariatu Rządu w Gdyni, aby w nowo budującym się tam szpitalu utworzono specjalny dział poświęcony badaniom talassoterapii. Uchwalono także zwrócić się do Instytutu Bałtyckiego o utworzenie specjalnego działu

naukowo-lekarskiego i biblioteki, gromadzącej istniejącą literaturę z zakresu talassoterapii. Niezależnie od podjętych starań o zwołanie następnego zjazdu przyrodników i lekarzy w r. 1941 na wybrzeżu, postanowiono starać się, aby następne doroczne posiedzenie Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia (Sekcji Zdrojowisk i Uzdrawisk) odbyło się w Orłowie. Poza tym przeprowadzono uzupełniające wybory do Komisji Morskiej, w wyniku których weszli w jej skład dyrektor kąpieliska Orłowo M. Węglowski, lekarze klimatyczni na Wybrzeżu dr Natkański i dr Mieliński oraz delegat Ligi Popierania Turystyki. Zebrani wysłuchali referatu o zjeździe talassoterapii i organizacji lecznictwa morskiego w Niemczech. W zjeździe tym, który się odbył w lutym br. w Kilonii, uczestniczył dr Natkański. Omawiając zauważone w ubiegłym sezonie nadmorskim braki, postanowiono zwrócić się do czynników miarodajnych o zaopatrzenie stacji sanitarnego mieszkań i należytego utrzymania dróg na wybrzeżu, jak również poczynić starania o zwiększenie liczby instruktorów sportowych dla zorganizowania plaż w kąpieliskach, o uzupełnienie niedostatecznej liczby ławek, chodników itp., a także o zwiększenie liczby praktykujących lekarzy i rozszerzenie sieci aptek. Komisja zajęła się również projektami propagandy wybrzeża w nadchodzącym sezonie martwym. M. i. postanowiono rozpisac konkurs na rozprawę naukowo-lekarską o lecznictwie morskim i wydać drukiem pracę wyróżnioną. Poza tym zamierza Komisja wydrukować szereg artykułów w prasie i wydać drukiem odczyt doc. dr Sabatowskiego o wybrzeżu morskim, wygłoszony w Warszawie w kwietniu br. Mocą uchwały Komisja Morska zmieniła swą nazwę na Komisja Uzdrawisk Nadmorskich.

Zarząd Pierwszej Polskiej Wystawy Szpitalnictwa przy współdziałaniu najwybitniejszych specjalistów zorganizował szereg pokazów naukowych oraz popularnych pogadanek. Program ich jest następujący: 1) wtorek, dnia 20. IX. br. godz. 12.45 i 18 — Dr med. i hist. Al. Krasuski: „Od dawnego przytułku do nowoczesnego szpitala“, ilustrowany przezroczami; 2) środa, dnia 21. IX. br. godz. 12.45 i 18 — Mjr. dr Englert: „Jak się ustrzec chorób zakaźnych“; 3) czwartek, dnia 22. IX. br. godz. 12.45 i 18 — Płk. dr T. Sokółowski: „Leczenie urazów i ran“, ilustrowany filmem naukowym; 4) piątek, dnia 23. IX. br. godz. 12.45 i 18 — Dr Janina Misiewicz: „Jak obecnie leczymy gruźlicę płuc“, ilustrowany przezroczami; 5) sobota, dnia 24. IX. br. godz. 12.45 i 18 — Doc. dr H. Gnoiński: „O przetaczaniu krwi“; 6) poniedziałek, dnia 26. IX. br. godz. 12.45 i 18 — Dr H. Noblinówna: „O leczeniu raka“, ilustrowany filmem z prac Instytutu Radowego; 7) wtorek, dnia 27. IX. br. godz. 12.45 i 18 — Mjr. dr Bednarski: „Stosowanie tlenu w lecznictwie“; 8) środa, dnia 28. IX. br. godz. 12.45 i 18 — Dr St. Otolski: „Chemia na usługach lecznictwa“; 9) czwartek, dnia 29. IX. br. godz. 12.45 i 18 — Mjr. dr H. Miszkiewicz: „Pierwsza pomoc w wypadkach urazowych“; 10) piątek, dnia 30. IX. br. godz. 12.45 i 18 — Inż. Arch. Wł. Borański: „Jak wygląda szpital współczesny“; 11) sobota, dnia 1. X. br. godz. 12.45 i 18 — Dr H. Deresz: „Leczenie alkoholizmu“.

W dniu 17 października 1938 r. rozpoczyna się V kurs dla młodych matek, urządzony staraniem Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie. Kurs ten potrwa 6 dni, a obejmie kilkanaście godzin wykładów i ćwiczeń praktycznych, które przeprowadzą najwybitniejsi lekarze specjaliści, przy współdziałaniu, w części praktycznej, personelu pomocniczo-lekarskiego Ubezpieczalni. Kurs będzie się odbywał w godzinach wieczornych, w tym celu, aby ułatwić wzięcie w nim udziału jak największej liczbie kobiet, pracujących zarobkowo. Program kursu jest tak ułożony, aby możliwie w krótkim czasie podać w treściwej formie najkonkretniejsze wiadomości z dziedziny higieny matki i dziecka, a zarazem przeprowadzić praktyczne przeszkolenie w opiece nad niemowlęciem. Zapisy przyjmuje w godzinach od 12—14 starsza higienistka, w gmachu własnym Ubezpieczalni, przy ul. Fredry 2 na I piętrze.

Opublikowane ostatnio sprawozdanie z akcji sanatoryjnej za rok 1937 wskazuje na znaczne usprawnienie tej akcji oraz na jej rozrost w porównaniu z rokiem poprzednim. Fundusze przeznaczone na lecznictwo sanatoryjne wyniosły w r. 1937 — 4.650.000 zł. co w zestawieniu z r. 1936 stanowi wzrost o 27%. W sanatoriach przeciwgruźliczych leczono się w r. 1937 — 4.181 chorych, przy czym przeciętny czas leczenia jednego chorego wynosił w poszczególnych sanatoriach od 43 do 65 dni. Wyrażną poprawę stanu zdrowia osiągnięto w 67—85% przypadków. W sanatoriach zdrojowiskowych leczono się w r. 1937 — 6.462 chorych, a przeciętny okres leczenia wynosił 27—29 dni. Wy-

leczenie lub wyraźną poprawę uzyskało 50—96% wszystkich chorych. W koloniach leczniczych dla dzieci w Kiekrzu pod Poznaniem oraz w Cieclocinku leczono się w r. 1937 — 783 dzieci. Należy podkreślić, że w r. 1937 Zakład Ubezpieczeń Społecznych przystąpił do rozbudowy własnych sanatoriów przeciwgruźliczych, której wynikiem będzie zwiększenie liczby łóżek w tych sanatoriach o 1218. (I. S. S.).

Vie Médicale zarządziła ankietę w celu zasięgnięcia zdania psychiatrów francuskich o wyjąłowaniu, które poczęło się w Danii 1929 r., a stosowane jest najgorliwiej w Niemczech. Otóż zdania psychiatrów francuskich są bardzo odmienne od zdań eugeników niemieckich. Francuzi są przeciwni stanowczo sterylizacji, wychodząc z tego założenia, że wyjąłowanie mogłoby być stosowane wówczas, gdybyśmy prawa dziedziczenia znali. Na razie wiadomości nasze są bardzo ograniczone. Nie można twierdzić, że istnieją urodzeni przestępcy, ani że upośledzeni umysłowo mają potomstwo zwyrodniałe. Przytaczają przykład Sparty, która dbała niby o zdrowe potomstwo i wyniszczyła może tysiące ludzi, którzy mogli mieć wyjątkowe zdolności w cielesnie doskonałym. Toteż, jak mówi jeden z nich, Sparta nie pozostała po sobie żadnego artysty, żadnego pomnika, nawet żadnych ruin. Słusznie zwracają uwagę psychiatrzy francuscy, że jest znacznie pewniejsza droga poprawienia ludzkości, przez ograniczenie pijaństwa, zapobieganie chorobom i podnoszenie dobrobytu.

Świadczenia Lwowskiej Ubezpieczalni Społecznej w sierpniu 1938 r. Ubezpieczalnia Społeczna we Lwowie wypłaciła w miesiącu sierpniu 1938 r. z funduszy ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa kwotę 66.854.64 zł, z czego przypada na: zasiłki chorobowe 53.715.32 zł, zasiłki domowe 1.628.42 zł, zasiłki szpitalne 706.40 zł, zasiłki położowe 2.198.40 zł, zasiłki dla karmiących matek 2.020.50 zł, na koszty pomocy akuszerki 2.013 zł, na zasiłki pogrzebowe 4.572.60 zł. Nadto z funduszy ubezpieczenia na wypadek braku pracy pracowników umysłowych wypłaciła Ubezpieczalnia 435 bezrobotnym pracownikom umysłowym 23.530.56 zł. Wreszcie z funduszu emerytalnego robotników wypłacono tytułem zapomóg pośmiertnych 1.564.67 zł.

Belgia

W Belgii powstaje szkoła kryminologii i będzie przyłączona do wydziału prawniczego każdego z uniwersytetów. Nauka trwa dwa lata dla słuchaczy posiadających dyplomy kandydatów filozofii lub przyrody. Dla lekarzy i prawników czas nauki ogranicza się do jednego roku.

Jugosławia

W Jugosławii odbył się w czasie od 1—12. IX. br. XI Międzynarodowy Kongres Historii Medycyny.

Brazylia

W Brazylii szczepi się przeciw żółtej febrze szczepionką zwaną 17 D, którą się otrzymuje z hodowli jadu na płodzie kurcząt — pozbawionego całego narządu nerwowego (mózg i rdzeń). W ten sposób jad pozbawiony jest wpływu na narząd nerwowy, a mimo to uodparnia przeciw chorobie. Dotąd szczepiono w ten sposób 200.000 dzieci.

Szwajcaria

W Bernie ufundowano nagrodę 1000 fr. szw. za najlepsze dzieło o letargicznym zapaleniu mózgowia.

Stany Zjednoczone A. P.

Okolo 1.500 Amerykanów uczy się w uniwersytetach Europy w 87 wszechnicach w 18 państwach. 919 dyplomów przedłożono do nostryfikacji. Interesujące są wyniki: z 919 uznano 636, a odrzucono 283, czyli 30,7%. Z austriackich dyplomów 96 przyjęto 80 — 83%; z niemieckich 258 przyjęto 186 — 70%; z włoskich 142 przyjęto 66 — 42%; z szkockich 97 przyjęto 78 — 80%; z angielskich 25 przyjęto 23 — 90%; z francuskich 40 przyjęto 29 — 70%; ze szwajcarskich 192 przyjęto 140 — 70%.

W Stanach Zjedn. Ameryki Pn. polecono środek przeciw-rakowy, który był wyciągiem z tkanek dotkniętych rakiem. Wyciąg ten w pewnym wypadku nie był należyście wyjąłowany i używający tego wyciągu lekarz naraził licznych chorych na poważne zakażenie. Dotąd taka próba leczenia raka sprawiła, że 11 chorych zmarło.

Egipt

M. A. Dollfus ogłosił w Arch. d'ophtalmologie rzecz o leczeniu oczu w Egipcie starożytnym. Wiadomości swe czerpał z pism Herodota i Pliniusza, z malowideł przedstawiających sceny leczenia oczu, poza tym z cennych wzmianek zawartych w papyrusach. W grobowcach znajdował czasami narzędzia, które służyły do operacji na oku, między innymi i proszki złożone z soli antymonu i miedzi, służące zapewne jako środki lecznicze.

Chiny

R. P. Szuniewicz, znany jako wybitny okulista w Stuntel-fu — przeniesiony został do szpitala centralnego w Pekinie. Cieszy się on taką sławą, że na wieść o jego przybyciu tłumy chorych zebrały się przed szpitalem, żeby zasięgnąć jego porady.

Komunikaty

Kurs dla lekarzy z zakresu organizacji i działalności ośrodków zdrowia odbędzie się w Państwowej Szkole Higieny w czasie od 7 do 26 listopada 1938 r. Zgłoszenia pisemnie przyjmuje do dnia 25 października Sekretariat Szkoły, ul. Chocimska 24, Warszawa.

Instytut Higieny Psychiczej, Warszawa, ul. Puławska 91, tel. 4-15-19, zawiadamia, że został otwarty Oddział dla dorosłych z objawami nerwic, psychoneurwic, z zaburzeniami mowy oraz dla nerwowo wyczerpanych. Przypadki chorób psychicznych, jak również cięższe postacie narkomanii są bezwzględnie wykluczone. Instytut prowadzi pracownię rentgenowską, gabinet przyrodoleczniczy, wyposażony we wszelkie nowoczesne aparaty i lampy lecznicze (aparat do jonizacji transcerebralnej i obwodowej, do pomiarów chronaksji, diatermia krótkofalowa, pantostat, lampa kwarcowa, Sollux, Infra-Rouge, aparat do badania podstawowej przemiany materii Krogha). Lekarze, ubezpieczalnie społeczne, pomoc lekarska dla pracowników miejskich, państwowych itd. mogą skierowywać chorych do Instytutu po uprzednim porozumieniu i zarezerwowaniu miejsca. O przyjęciu na Oddział rozstrzyga wynik badań, przeprowadzonych w poradni Instytutu lub skierowanie lekarza-specjalisty. Badanie i leczenie na oddziale prowadzone jest przez lekarzy różnych specjalności.

Redakcja otrzymała:

- K. Buiniewicz*: Wykłady kliniczne. Kowno 1933.
Transaction of the International College of Surgeons. Vol. I. Nr 1. 1938.
M. Winckel: Leben und Ernährung. Deutsche Verlagsgesellschaft m. b. H. Berlin 1938. Cena: 1.80 RM.
M. Winckel: Garten der Gesundheit. Deutsche Verlagsgesellschaft m. b. H. Berlin 1938. Cena: 1.50 RM.
A. Bickel: Die Ernährung der olympischen Kämpfer in Vergangenheit und Gegenwart. Deutsche Verlagsgesellschaft m. b. H. Berlin 1938. Cena: 1 RM.
J. Schülein: Die Bierhefe als Heil-, Nähr- und Futtermittel. Wyd. H. Steinkopff. Drezno-Lipsk 1938. Cena: 11 RM.
E. Schiephake: Behandlung rheumatischer Erkrankungen mit Ultra-Kurzwellen. Wyd. Th. Steinkopff. Drezno-Lipsk 1938. Cena: 7 RM.
Pamiętnik X Lekarskiego Kursu Wakacyjnego w Cieclocinku, 1937.
R. M. Taylor, M. Lisbonne, L. F. Vidal i R. H. Hazemann: Recherches sur la fièvre ondulante en France. Odb. z „Bull. de l'Organ. d'hygiène de la Soc. des Nations“. Vol. VII. Nr 9.
Miesięcznik Biblioteka Lekarska. Nr 7. 1938. Wyd. nauk. „Wiedza“.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju	zł 10.—
za granicą	zł 17.—