

TREŚĆ.

Doc. Dr. <i>Wacław Zaleski</i> . Wpływ ciąży na zachowanie się wszczepionego pod gruczoł mlekowy rogu macicy u króliczek	433
<i>Bronisław Krzywobłocki</i> . Rola układu siateczkowo-śródbłonkowego w odwróconym wstrząsie anafilaktycznym	447
Dr. <i>Józef Mazurek</i> . Współczesne poglądy na zakażenie zarazkami Plaut-Vincent	463
Prof. Dr. <i>Wacław Jasiński</i> . Z wycieczki naukowej zagranicę	476
<i>Kazimierz Karaffa-Korbutt i Aleksander Safarewicz</i> . Pierwsze dziesięciolecie działalności Zakładu Higieny U. S. B. w Wilnie. 1923—1933	488
Protokoły Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego	503

SOMMAIRE.

<i>W. Zaleski</i> . Influence de la grossesse sur la corne utérine transplantée sous la glande mammaire chez la lapine	445
<i>B. Krzywobłocki</i> . L'influence du système reticulo—endotheliale sur le choc anaphilactique reuversé	462
Dr. <i>J. Mazurek</i> . Les opinions contemporaines sur l'infection par les microbes de Plaut-Vincent	475

**ADRES REDAKCJI PAMIĘTNIKA WIL. TOW. LEK.:
Wilno—Zamkowa 24—Wileńskie Towarzystwo Lekarskie.**

KOMITET REDAKCYJNY:

Wydział:

Redaktorowie: Prof. Dr. *W. Jasiński* i Prof. Dr. *A. Safarewicz*.
Redaktor administracyjny: Dr. *M. Minkiewicz*.

CZŁONKOWIE KOMITETU:

Dr. *W. Bądryński*, Dr. *H. Rudziński*, Prof. Dr. *J. Szmurło*,
Doc. Dr. *E. Czarnecki*, Prof. Dr. *Schilling*, Dr. *A. Wirszubski*,
Dr. *S. Lewande*, *Siengalewicz*.

Rękopisy należy nadsyłać pod adresem redakcji listem poleconym.

Cena prenumer. wraz z przesyłką:

Rocznie — 15 zł. Półrocznie — 8 zł. Zeszyt pojedynczy 2 zł. 50 gr.

CENA OGŁOSZEŃ:

Okładka	Karta biała lub kolorowa				
	przed tekstem		w tekście		
3 strona . .	40 zł.	Jedna strona . .	50 zł.	Jedna strona	40 zł.
4 „ . .	50 „	Obie strony . .	80 „	Obie strony	70 „

Przed tekstem lub w tekście Redakcja może umieszczać ogłoszenia drukowane tylko na oddzielnych kartach.

Wszelkie wkładki według umowy.

Redakcja zastrzega sobie prawo nieprzyjęcia ogłoszenia.

Ogłoszenia i prenumeratę należy przysyłać pod adresem:

Wilno, ul. Św. Ignacego Nr. 5. Tow. Wyd. „Pogoń”, Drukarnia „Pax”.

PAMIĘTNIK

WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO

I

WYDZIAŁU LEKARSKIEGO UNIW. STEFANA BATOREGO

ORGAN T-WA LEKARSKIEGO WOJ. NOWOGRÓDZKIEGO

I

WILEŃSKO - NOWOGRÓDZKIEJ IZBY LEKARSKIEJ



WILNO

NAKŁAD WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
Z ZASIĘKIEM FUNDUSZU KULTURY NARODOWEJ PRZY PREZYDJUM
RADY MINISTRÓW.

TOW. WYD. „POGOŃ”, DRUKARNIA „PAX”, WILNO, UL. ŚW. IGNACEGO 5.

Z Kliniki Położniczo-Ginekologicznej U. S. B. w Wilnie
Dyrektor Prof. Dr. W. Jakowicki.
i z Zakładu Histologii Uniwersytetu w Strasburgu
Dyrektor Prof. P. Boulm.

Wpływ ciąży na zachowanie się wszczepionego pod gruczoł mlekowy rogu macicy u Króliczek.

Podał Doc. Dr. WACŁAW ZALESKI
Adjunkt Kliniki.

Ogólnie jest znane, że u króliczek śluzówka nieciążarnej macicy dwurożnej układa się w podłużne fałdy w liczbie 6-ciu, z których 2 najszersze, leżące u podstawy rogu, t. j. od strony jego krezki, ulegają podczas ciąży bardzo znacznemu przerostowi i swoistym przeobrażeniom, wytwarzając matczyną część łożyska (placenta materna).

Oba boczne fałdy śluzówki macicy, przylegające do poprzednich, również ulegają podczas ciąży przerostowi, aczkolwiek w mniejszym stopniu, tworząc pierścieniowate zgrubienie, otaczające matczyną część łożyska, zostały one nazwane przez Minot'a — „periplacenta”. Pozostałe zaś 2 fałdy, leżące po stronie przeciwległej krezce, nie przyjmujące udziału w wytwarzaniu łożyska, a jedynie ulegające podczas ciąży znacznemu rozciągnięciu, zostały przez tegoż Minot'a nazwane „obplacenta”.

Naturalnie, że największym zmianom w ciąży ulegają te części śluzówki fałdów macicy, leżących od strony krezki, do których z początku przylega, a następnie zagnieżdża się, zapłodnione jaje, co u króliczek następuje w końcu 8-go lub na początku 9-go dnia od chwili zapłodnienia (po stosunku).

Zapłodnione jaje, które do 8-go dnia leżało wolne w świetle rogu macicy, pewnym swoim odcinkiem, nazwanym przez Minot'a „area placentalis”, a zwróconym zawsze w kierunku fałdów podstawowych, skleja się ze śluzówką tych fałdów, które w tem miejscu wytwarzają pewne zgrubienie okrągłej formy, składające się z 2 połówek (cotylédons maternels — Duval'a, „Placentarwulst” — Maximow'a), a tworzące następnie matczyną część łożyska (placenta materna).

Nie mając na celu szczegółowego opisu zmian, jakim ulegają zbliżone ku sobie powierzchnie placentae maternae i kosmków jaja

plodowego, wytwarzające stopniowo łożysko, pragnę nakreślić jedynie istotę tych zmian i podaję je w streszczeniu, powołując się na szczegółową pracę Maximow'a.

Najbardziej charakterystyczne zmiany zachodzą w tkance łącznej śluzówki w głębi placentae maternas; tkanka ta już pod koniec 10-go dnia ciąży prawie cała zostaje zużyta na wytworzenie otoczek okołonaczyniowych, składających się z początku z komórek glikogenowych jednojądrzastych, które pod wpływem podrażnienia, pochodzącego z elementów zarodka, przeistaczają się następnie w komórki wielojądrzaste, zawierające dużą ilość glikogenu. Komórki te, pochodzące, zdaniem Maximow'a, ze ścianek naczyń włosowatych, podług zaś zapatrywań innych autorów (Minot, Duval) z tkanki łącznej śluzówki, grają ważną rolę w odżywianiu tkanki zarodka.

W ten sposób wytwarzanie kompleksu szerokich naczyń krwionośnych, otoczonych pochawkami komórek glikogenowych, stanowi najbardziej istotną i swoistą część zmian, zachodzących w tkance łącznej placentae maternas; proces ten jest najbardziej silnie zaznaczony w warstwach tk. łącznej, leżących tuż pod nabłonkiem śluzówki.

Przejdźmy z kolei do rozpatrzenia zmian, zachodzących w samym nabłonku śluzówki placentae maternas.

Zmiany te przedstawiają się następująco: komórki nabłonka zlewają się w ciągłą masę protoplazmatyczną, w której nie można rozróżnić granic pomiędzy poszczególnymi komórkami a zwyrodniałym jądrem, nabłonki gromadzą się w liczne skupienia, w ten sposób poniekąd przypominając warstwę komórek nabłonkowych syncytium kosmków.

Nabłonek gruczołów ulega podobnym zmianom zwłaszcza w ujściu gruczołów i w późniejszych okresach ciąży ulega zwyrodnieniu i zniszczeniu, zachowując się jedynie w głębokich warstwach gruczołów.

Zdaniem większości autorów (Duval, Masius, Maximow, Minot) nabłonek gruczołów u króliczek nie odgrywa żadnej roli w wytwarzaniu łożyska.

Komórki ektodermy zarodka spoczywają z początku (koniec 8-go dnia) na zwyrodniałej warstwie nabłonka powierzchniowego śluzówki. Następnie pod wpływem tkanki zarodkowej nabłonek śluzówki coraz bardziej ulega ścięnczeniu przede wszystkim w tych miejscach, gdzie pod nim przebiegają wyżej opisane naczynia włosowate,

zabudowane, zaopatrzone w otoczkę z komórek glikogenowych jednojądrzastych. W tych też miejscach bywa nabłonek najprzód przebity i odsunięty na stronę, skupiając się w ujściu gruczołów (na 9-ty dzień), a komórki areae placentalis zarodka wstępują w ścisłą łączność ze ściankami powierzchownych naczyń włosowatych śluzówki. Komórki ektoblastu coraz bardziej przenikają w tkankę łączną śluzówki macicy, zwłaszcza pomiędzy naczynia krwionośne i wytwarzają najpierw kosmki pierwotne, a następnie i kosmki właściwe, obficie omywane krwią matczyną.

Pomijając tu celowo opis zmian zachodzących w płodowej części łożyska, jako zależnych od rozwoju tkanki zarodkowej, należy zaznaczyć, że na szczycie swojego rozwoju (15-ty dzień) łożysko króliczki posiada trzy części składowe:

1) matczyną część łożyska (placenta maternas), obejmującą głębokie warstwy zgrubienia łożyskowego śluzówki (Placentarwulst — Maximow'a), do której wrasta tkanka zarodkowa;

2) warstwę pośrednią (pars intermedia — Zwischenschicht — Maximow'a) leżącą bez ściśle określonych granic pomiędzy pierwszą a następną, która jest

3) płodowa część łożyska (placenta foetalis seu ectoplacenta).

W drugiej połowie ciąży zaczynają występować objawy zwyrodnienia, coraz bardziej narastające w miarę zbliżania się końcowego okresu ciąży.

Rozpatrzmy z kolei, jakim zmianom ulega periplacenta. Śluzówka periplacentae ulega tym samym zmianom, co i śluzówka placentae maternas, tylko rozpoczynają się one nieco później i nie sięgają tak daleko.

Nabłonek powierzchniowy i gruczołowy ulega zwyrodnieniu już w początku ciąży, tworząc duże jednorodne, nieprawidłowego kształtu masy protoplazmy, na których obwodzie są widoczne skupienia ulegających zwyrodnieniu i zanikowi jąder, wykazujących objawy nadmiernej barwliwości.

Takież podobieństwo zmian zachodzi i w tkance łącznej periplacentae, która podobnie jak i tkanka łączna placentae maternas tworzy kompleks szerokich naczyń krwionośnych otoczonych pochawkami okołonaczyniowymi, składającymi się z komórek glikogenowych jednojądrzastych. W początku drugiej połowy ciąży na powierzchni periplacentae tuż bezpośrednio pod warstwą zwyrodniałego nabłonka tworzą się również komórki glikogenowe wielojądrzaste.

W dalszym przebiegu ciąży objawy zwyrodnienia nie ograniczają się jednak do powierzchni periplacentae, nie tylko obejmują one nabłonek, sięgają również warstwy komórek glikogenowych zarówno jednojądrzastych jak i wielojądrzastych, które, tracąc stopniowo swój glikogen, ulegają zwyrodnieniu tłuszczowemu i przeistaczają się powoli w bezkształtną masę (detritus). W ten sposób w nabłonku i tkance łącznej matczynej części periplacentae przeważają procesy degeneracyjne, natomiast w przylegającej do niej warstwie ektodermy zarodka dają się zauważyć procesy twórcze. Ektoderma tworzy tu w początku ciąży jedną warstwę małych komórek, w drugiej zaś połowie ciąży składa się z pokładu komórek walcowatych, leżących wielowarstwowo i wykazujących obecność licznych figur podziału (mitosis). Z tych właśnie komórek nabłonkowych ektodermy pochodzą liczne komórki olbrzymie, często złane ze sobą i posiadające liczne jądra, które wgłębiają się w matczyną tkankę periplacentae pomiędzy komórkami glikogonowymi i masami detrytu zwłaszcza w pobliżu miejsc pozbawionych nabłonka.

Komórki olbrzymie nabłonkowego pochodzenia zachowują się jak istotne makrofagi i są wyrazem fagocytowych właściwości ektodermy.

Jakim wreszcie zmianom ulega „Obplacenta“, nie przyjmująca udziału w wytwarzaniu łożyska i nie wchodząca w ścisły związek z tkanką zarodkową?

Śluzówka obplacentae nie ulega w ciąży zgrubieniu, gdyż w jej tkance łącznej nie wytwarzają się masy komórek glikogenowych, które właśnie powodują znaczne zgrubienie i przerost (hypertrophia) śluzówki placentae maternae et periplacentae. Dają się tu spostrzeżać pojedyncze wysepki komórek glikogenowych, leżące w powierzchniowych warstwach śluzówki, zwłaszcza w pobliżu periplacentae.

Już w początku ciąży nabłonek powierzchniowy i w ujściu gruczołów obplacentae ulega zwyrodnieniu. W głębi zaś gruczołów nabłonek pozostaje nietknięty a nawet w późniejszych okresach ciąży rozrasta się, rozszerzając się na odcinki pozbawione nabłonka, tak że z chwilą zbliżenia się porodu cała śluzówka obplacentae nanowo jest pokryta nabłonkiem.

Zwyrodniały nabłonek śluzówki przedstawia się w postaci mas protoplazmatycznych z licznymi jądrami atroficznymi. W nabłonku widoczne są liczne wodniczki (vacuolae) i przestrzenie wypełnione płynem, które stopniowo zwiększając się dosięgają wielkości główki szpilki i są widoczne gołym okiem.

Szczególnie duże i liczne są one naprzeciw łożyska, gdzie też najprzód ukazują się liczne komórki olbrzymie, do których jeszcze wrócimy nieco niżej.

W końcu ciąży w śluzówce obplacentae widzimy częściowo procesy degeneracyjne, częściowo zaś procesy twórcze, co przejawia się obecnością komórek olbrzymich, zanikiem nabłonka tylko w pewnych ograniczonych miejscach, aż do całkowitej regeneracji śluzówki po porodzie, jak to wykazały badania Kiersnowskiego.

W tkance łącznej śluzówki, zwłaszcza w tych odcinkach, które leżą naprzeciw łożyska, już w 8—9-tym dniu ciąży rozwijają się specjalne komórki, które później dochodzą do olbrzymiej wielkości, posiadają jedno duże lub kilka jąder. Komórki te Maximow uważa za pochodne tkanki łącznej i zdaniem jego rozwijają się z obłonka i śródbłonka naczyń włosowatych tkanki łącznej śluzówki oraz warstwy okrężnej mięśniówki, a później rozrastając się, rozsuwają one luźną tkankę łączną i zbliżają się ku powierzchni śluzówki.

Te olbrzymie komórki najliczniej skupiają się bezpośrednio pod nabłonkiem śluzówki, gdzie są ubytki nabłonka (w środku ciąży) oraz liczne naczynia włosowate, z których ścianką są te komórki w ściślej łączności.

Również spotykają się te komórki olbrzymie w pobliżu wspomnianych wyżej komórek nabłonkowych śluzówki, zawierających wolne przestrzenie wypełnione płynem, a także często są obserwowane w skupieniach komórek glikogenowych obplacentae, leżących w pobliżu periplacentae.

Wielkość tych komórek dochodzi czasem do 100 mikronów, a kształt ich bywa najprzeróżniejszy: okrągły, wydłużony, posiadają one czasem rogi, wklęsłości lub zwężenia. Jądra ich dzielą się za pomocą amitozy na 2—3 części, a razem z nimi dzieli na tyleż części i cała komórka olbrzymia.

Dla ścisłości zaznaczyć należy, iż inni autorowie uważają, że te komórki olbrzymie są pochodzenia nabłonkowego.

Ulesko-Strogonowa nazywa je „Schleimhautriesenzellen“ i przypuszcza, że powstają one z nabłonka gruczołów śluzówki wskutek specjalnego jego zwyrodnienia.

Minot nazywa je „Monstrzellen“ i uważa, że pochodzą one z nabłonka śluzówki i że następnie one stopniowo wgłębiają się do tkanki łącznej a nawet do mięśniówki, gdzie je obserwował w 14-tym dniu ciąży, a w 15-tym dniu znajdował je w pobliżu powierzchni periplacentae.

Podczas trwania ciąży komórki olbrzymie coraz bardziej powiększają się, osiągając szczyt rozwoju w 22—23 dniu ciąży, następnie zachodzą w nich zmiany wsteczne i w końcu ostatnich 2—3 dni ciąży ulegają one całkowitemu zwyrodnieniu i zniszczeniu.

Zadaniem niniejszej pracy było sprawdzić, jakie zmiany zachodzą w rogu macicy podczas trwania ciąży pod wpływem ogólnych zmian w ustroju z ciążą związanych, bez lokalnego jednak wpływu zagnieżdżenia się zapłodnionego jaja oraz rozwijających się tkanek zarodka.

Do tego celu posługiwałem się nieco odmienną metodą niż Gérard, który w roku 1927 podwiązywał po jednej stronie róg leżący *in situ* i badał zmiany w nim zachodzące podczas trwania ciąży w rogu normalnym.

Króliczkom w wieku około 6—8 miesięcy wszczepiano pod gruczoł mlekowy przez otwór na powłokach brzusznych odcinki rogu długości 1,5—2,5 cm. razem z odnośnym odcinkiem krezki (więzadłem szerokim) i przebiegającymi w niej naczyniami, by zabezpieczyć należyte odżywianie wszczepionego rogu. Wszczepiony odcinek na końcach podwiązywano nitką lnianą lub katgutem i przyszywano pod gruczołem mlekowym do powłok brzusznych by w ten sposób zabezpieczyć róg od zbytniego kurczenia i skręcania się.*).

Następnie w różnych okresach ciąży (od 9 do 30 dnia) oraz w 1 dobę po porodzie wszczepione odcinki rogu wycinano, o ile to było możliwe wraz z przylegającym odcinkiem gruczołu mlekowego. Po utrwaleniu w płynie Bouin'a i po zatopieniu w parafinie skrawki barwiono hematoxyliną i eozyną, lub w razie badania na obecność glikogenu barwiono metodą Besta po uprzednim utrwaleniu w alkoholu absolutnym.

Doświadczenia te zostały rozpoczęte jeszcze w roku 1930 w Zakładzie Histologii Prof. Bouin'a, lecz zostały przerwane z powodu konieczności wyjazdu ze Strasburga. Dopiero w latach 1932—3 podjęto je ponownie i po uzupełnieniu dodatkowymi doświadczeniami i badaniami na obecność glikogenu, wyniki zostały ogłoszone na XIV Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu.

Przytaczając krótkie protokoły doświadczeń ułożyłem je nie w chronologicznej kolejności dat dokonanych doświadczeń, lecz w kolejności trwania ciąży, co dopomoże do zrozumienia zmian, zachodzących we wszczepionym rogu macicy w miarę rozwoju ciąży.

*) Technika tego zabiegu została podana w Ginekologii Polskiej r. 1930. Tom IX — zesz. 10—12.

Nr. 1. (Ciąża 9 dni).

15/XII. 1932 r. Laparatomja. Odcięto prawy róg i dwa odcinki jego długości 1,5—2,0 przeciągnięto razem z kreską przez otwór w powłokach brzusznych i wszyto nitką lnianą pod gruczoł mlekowy.

23/III. 1932 r. Zwierzę pokryto normalnym samcem. 1/IV. — dokonano wycinka.

Badanie drobnowidowe wykazuje silny rozrost gruczołów śluzówki rogu macicy. Nabłonek pozornie ułożony jakgdyby wielowarstwowo, jądra są rozczłonkowane. W tkance łącznej rozrost naczyń oraz silnie zaznaczone przekrwienie. W skrawkach barwionych metodą Besta—nieliczne komórki tkanki łącznej, zawierającej glikogen.

Nr. 2. (Ciąża 10 dni).

15/XII. 1931 r. Wszczepiono dwa odcinki prawego rogu wraz z kreską pod gruczoł mlekowy jak wyżej.

11/II. 1932 coitus normalis. 21/II — wycięcie wszczepionego odcinka rogu razem z tkanką gruczołu mlekowego.

Badanie drobnowidowe wykazuje zmiany podobne do poprzednio opisanych tylko nieco mocniej zaakcentowane. Jądra komórek nabłonkowych czasami posiadają kształt nie owalny a wydłużony lub kanciasty. Chromatyna jąder ułożona przeważnie na obwodzie, protoplazma obfita. Naczynia krwionośne tkanki łącznej są tak silnie przerośnięte i rozszerzone, jak tego nie spotykamy w kontrolnych preparatach w 10 dniu post coitum sterilem.

Nr. 3. (Ciąża 11 dni).

4/I. 1930 r. Wszczepienie prawego rogu pod gruczoł mlekowy. 9/II — coitus normal. 20/II pobrano wycinek. Wobec daleko posuniętej martwicy śluzówki preparat nie nadaje się do badania.

Nr. 4. (Ciąża 12 dni).

2/I. 1932 r. Wszczepienie jak wyżej. 30/IV coitus normal. 12/V wycięto wszczepiony odcinek rogu.

Badanie drobnowidowe wykazało nabłonek zwyrodniały nie tylko na powierzchni ale i w głębi krypt gruczołów. Granice pomiędzy poszczególnymi komórkami nabłonka zatarte. Jądra dość często zniekształcone, źle się barwią z chromatyną silnie zabarwioną, skupioną na obwodzie. Protoplazma obfita, zawiera drobne wodniczki. Dokola śródłonka naczyń włosowatych błony śluzowej tworzy się jakgdyby dodatkowa warstwa komórek dużych o pęcherzykowatych jądrach.

Nr. 5. (Ciąża 13 dni).

10/XII. 1932 r. Wszczepienie. 31/I. 1933 coitus normal. 13/II wycięcie wszczepionego rogu macicy.

Badanie drobnowidowe: nabłonek powierzchniowy wykazuje miejscami skupienia wielojądrzastych mas protoplazmatycznych. Podobne zmiany dają się spostrzeć i w nabłonku gruczołów, jednak spotykają się również gruczoły wysłane dobrze zachowanym nabłonkiem walcowatym. W skrawkach barwionych metodą Besta widoczne są dość liczne ziarenka czerwonego glikogenu, leżące wśród komórek mięśni gładkich. Natomiast wśród komórek tkanki łącznej ziarenka te są mniej liczne. Naczynia krwionośne są silnie rozszerzone i wypełnione krwią.

Nr. 6. (Ciąża 15 dni).

14/III. 1930 r. Wszczepienie. 13/VI coitus normal. 28/VI próbny wycinek.

Badanie drobnovidowe: fałdy śluzówki silnie rozwinięte, gruczoły znacznie rozszerzone, zwłaszcza u podstawy fałdów. Nabłonek gruczołów przeważnie dobrze zachowany. Miejscami w świetle gruczołów widoczne są skupienia komórek nabłonka w większym lub mniejszym stopniu zwyrodniałego, o jądrach również zwyrodniałych, leżących na obwodzie komórki. Podobne zmiany obserwujemy i w nabłonku powierzchniowym. (Mikrofot. Nr. 1).

Nr. 7. (Cięża 16 dni).

9/I. 1930 r. Wszczepienie. 29/IV coitus normal. 15/V pobrano wycinek.

Obraz zmian drobnovidowych zbliżony do poprzedniego, tylko naczyń tkanki łącznej podśluzowej są tu znacznie liczniejsze, i bardziej rozszerzone i wypełnione krwią. Tkanka łączna rozpułchniona, komórki jej zawierają obfitą protoplazmę oraz posiadają dobrze barwiące się jądra o kształtach okrągłych lub owalnych.

Nr. 8. (Cięża 18 dni).

3/I. 1933 r. Wszczepienie. 23/III coitus normal. 10/IV pobranie wycinka.

Badanie drobnovidowe wykazuje olbrzymie przekrwienie rozszerzonych i wypełnionych krwią naczyń tkanki łącznej nie tylko w głębokich ale i w powierzchniowych warstwach, leżących tuż pod nabłonkiem. Nabłonek powierzchniowy nabrzmiały, komórki jego w wielu miejscach zlewają się w wielojądrzastą masę protoplazmatyczną, wśród której nie można odróżnić granicy pomiędzy poszczególnymi komórkami nabłonka. Podobny proces w wielu miejscach obserwuje się i w gruczołach, zwłaszcza, leżących bardziej powierzchniowo. Poszczególne zagłębienia gruczołowe (krypty) wydają się jakgdyby zwężone wskutek wspomnianego nabrzmienia i pozornej wielowarstwowości nabłonka.

Nr. 9. (Cięża 20 dni).

4/I. 1930 r. Wszczepienie. 20/II coitus normal. 12/II pobrano wycinek.

Badanie drobnovidowe: nabłonek powierzchniowy oraz gruczołowy wykazuje także zmiany jak w poprzednim preparacie, są one tylko bardziej zaznaczone. Również i przekrwienie naczyń jest nadzwyczaj silnie zaznaczone.

Nr. 10. (Cięża 21 dni).

10/II. 1930. Wszczepienie. 16/V coitus normal. 6/VI pobrano wycinek.

Badanie drobnovidowe: nabłonek powierzchniowy tworzy nadzwyczaj charakterystyczne wielojądrzaste masy protoplazmatyczne, ułożone czasem w kilka warstw. Masy te wytworzyły się wskutek zaniku granic pomiędzy poszczególnymi komórkami nabłonka. W ten sposób mamy obraz drobnovidowy w pewnym stopniu przypominający syncytium i spotykający się w śluzówce periplacentae et obplacentae podczas ciąży rzeczywistej oraz w naszych preparatach pseudociąży. (Mikrofot. Nr. 2 i Nr. 3). Widoczne też są skupienia olbrzymich komórek nabłonkowych, leżących na powierzchni o jądrach piknotycznych, silnie zabarwionych i protoplazmą wodniczkowo zmienioną. Gruczoły rozszerzone. Nabłonek gruczołów również ulega takim zmianom, jakie miały miejsce w nabłonku powierzchniowym, t. j. granice pomiędzy poszczególnymi komórkami ulegają zatarciu, a nabłonek zlewa się w wielojądrzastą masę protoplazmatyczną.

By sprawdzić, czy nie jest to zjawisko przypadkowe powtórzyłem doświadczenie w r. 1932, pobierając wycinek również po upływie 21 dni.

Nr. 11. 2/XII. 1932 wszczepienie. 31/I coitus normal. 21/II pobrano wycinek. **Obraz drobnovidowy** analogiczny z poprzednim z tą różnicą, że w przerosniętych gruczołach czasami widoczne są luźno leżące skupienia zwyrodniałego nabłonka.

Nr. 12. (Cięża 22 dni).

19/III. 1930 r. Wszczepienie. 4/VI. coitus normal. 26/VI wycinek.

Obraz drobnovidowy podobny do opisanego w 21 dni. Widzimy również dość dużo komórek owalnych wielkości 15×20 mikronów, o jądrze kulistym lub kształtu nerkowatego, o protoplazmie ziarnistej, silnie kwasochłonnej,

Nr. 13. (Cięża 23 dni).

3/I. 1933 r. wszczepienie. 23/III. coitus normal. 15/IV pobrano wycinek.

Badanie drobnovidowe—śluzówka wszczepionego rogu uległa martwicy, zachowując tylko wąski rąbek nabłonka, wobec czego preparat nie nadaje się do oceny zmian pseudociążowych.

Nr. 14. (Cięża 27 dni).

22/XII. 1931 r. wszczepienie. 16/I. 1932 coitus normal. 12/II. — pobrano wycinek.

Badanie drobnovidowe: wykazuje silnie rozszerzone i wypełnione krwią naczynia tkanki łącznej podśluzowej. Komórki nabłonka powierzchniowego o granicach zatartych. Protoplazmatyczne masy zwyrodniałego nabłonka w niektórych miejscach wypełniają krypty gruczołów lub leżące w świetle rogu. Nabłonek głęboko leżących gruczołów w niektórych miejscach obok objawów zwyrodnienia wykazuje objawy rozpoczynającej się regeneracji.

Nr. 15. (Cięża 28 dni).

15/I. 1933 wszczepienie. 6/III coitus normal. 3/IV. pobrano wycinek.

Obraz drobnovidowy prawie jednakowy z poprzednim tylko masy odpadającego i wolno leżącego w gruczołach i świetle rogu zwyrodniałego nabłonka spotykane są częściej i w większej ilości. Obok tego również obserwuje się proces regeneracji nabłonka głęboko leżących gruczołów.

Nr. 16. (Cięża 29 dni).

6/II. 1930 r. wszczepienia. 6/III coitus normal. 4/IV pobrano wycinek.

Badanie drobnovidowe: nabłonek powierzchniowy cały prawie zmieniony w bryły protoplazmatyczne kwasochłonne, zawierające liczne drobne jądra. Bryły te odrywają się od powierzchni śluzówki i nagromadzają się w świetle rogu macicy, gdzie widoczny jest ich stopniowy rozpad. Nabłonek gruczołowy wykazuje objawy energicznej regeneracji i staje się znowu wysokim, cylindrycznym.

(Mikrofot. Nr. 4 i Nr. 5).

Nr. 17. (Cięża 30 dni).

20/I. 1930 r. wszczepienie. 15/III coitus normal. 14/IV pobrano wycinek.

Badanie drobnovidowe: błona śluzowa po jednej stronie preparatu pokryta wysokim walcowatym nabłonkiem o prawidłowych kształtach, o jądrach owalnych, leżących u podstawy komórki. W niektórych gruczołach widoczne są jeszcze rozpadające się masy nabłonka. U podstawy gruczołów w błonie śluzowej i między gruczołami duże nacieki drobnokomórkowe z leukocytów wielojądrzastych. Po jednej stronie preparatu widać, że błona śluzowa pozbawiona jest nabłonka powierzchniowego. Miejscami spostrzegamy duże zdegenerowane komórki tkanki łącznej, oraz dość liczne wybroczyny krwawe w błonie śluzowej.

Nr. 18. (1 doba po porodzie).

3/III. 1930 r. wszczepienie. 14/IV. coitus normal. 15/V. poród. 16/V pobrano wycinek.

Badanie drobnovidowe: światło rogu macicy zwężone, zawiera skąpe resztki rozpadających się bezkształtnych komórek. Gruczoły zapadnięte i mniej

liczne. Cała powierzchnia śluzówki światła rogu oraz gruczołów wysłana jest niezbyt wysokim walcowatym nabłonkiem. Przekrwienie umiarkowane. Proces regeneracyjny nabłonka prawie ukończony.

Podsumowując wyniki tych doświadczeń, zaznaczyć należy, że w 2-ch przypadkach (w 11 i 23 dniu po pokryciu samicy) wypadły one ujemnie z powodu martwicy wszczepionych tkanek. W pozostałych zaś 16 przypadkach badanie drobnovidowe wycinków wszczepionego pod gruczoł mlekowy rogu macicy, poczynając od 9-go dnia ciąży do 30-go dnia ciąży i w 1 dobę po porodzie, wykazało obecność charakterystycznych zmian.

Stwierdzono mianowicie, że gdy w pozostawionym in situ rogu rozwija się ciąża, zachodzą pewne swoiste zmiany ciążowe i we wszczepionym rogu t. j. rogu nieciążnym. Obserwuje się tu zmiany podobne do tych, jakie mają miejsce w odpowiednich okresach normalnej ciąży w tych fałdach śluzówki z których wytwarza się t. zw. obplacenta. Do najbardziej charakterystycznych zmian, jakie zachodzą w tej ciąży rzekomej (pseudograwiditas), zaliczyć należy swoiste a tak charakterystyczne w ciąży zwyrodnienie nabłonka powierzchownego a częściowo i gruczołowego, wskutek czego układa się on jakgdyby w kilka warstw, tworząc szerokie pasma wielojądrzastych mas protoplazmatycznych, w których granicy pomiędzy poszczególnymi komórkami rozróżnić nie można.

Proces ten, zaledwie zaznaczony we wszczepionym rogu w pierwszych dniach ciąży, stopniowo narasta i najbardziej jest wyrażony po 21 dniach ciąży. W tym okresie daje się wykazać również obecność komórek olbrzymich przeważnie nabłonkowego pochodzenia. Gruczoły są wybitnie rozszerzone, wypełnione płynem i resztkami komórek zwyrodniałego nabłonka.

Wysoki walcowaty nabłonek pozostaje dobrze zachowany na dnie gruczołów, natomiast w ujściu gruczołów wykazuje on także zmiany jak i nabłonek powierzchniowy.

W końcowych okresach ciąży (27 — 29 dzień) dosięga szczytu proces łuszczenia się i odpadania zwyrodniałego nabłonka oraz ma miejsce proces jego regeneracji z pozostałego niezmiennego nabłonka dna gruczołów. Regeneracja nabłonka postępuje dość szybko i po upływie 1 doby po porodzie walcowaty niezbyt wysoki nabłonek wyścięła prawie całą powierzchnię śluzówki wszczepionego rogu macicy.

Wytwarzania pochewek okołonaczyniowych z komórek glikogenowych zarówno jedno jak i wielojądrzastych, tak charakterystycznego podczas wytwarzania się łożyska, w ciąży rzekomej się nie

stwierdza. W preparatach zabarwionych metodą Besta w pierwszej połowie ciąży można stwierdzić w tkance łącznej oraz w mięśniówce obecność komórek zawierających glikogen. W tkance łącznej nie stwierdza się komórek, które możnaby uznać za doczesną. Do podobnych wniosków co do komórek doczesnowych doszedł Gérard, który na podstawie swoich doświadczeń stwierdza, że u króliczek komórki doczesnowe rozwijają się tylko w obecności łożyska. Spostrzeżenie to jest natomiast w sprzeczności ze stanem, jaki stwierdzamy u ludzi.

Jak wiemy, podczas trwania ciąży pozamacicznej (trąbkowej, jajnikowej i brzusznej) w macicy ludzkiej rozwija się tkanka doczesnowa. Również stwierdzane były ogniska komórek doczesnowych u kobiet w pochwie, trąbkach lub jajnikach, poza obrębem narządu rodowego na otrzewnej zatoki Douglas'a, na jelicie grubym, wyrostku robaczkowym, na sieci podczas trwania normalnej ciąży. (Brant, Geipel, Hirschberg, Penkert, Schmorl, Ulesko-Strogonowa).

Wyszczególnione więc powyżej zmiany pseudociążowe należy uważać za powstałe na tle ogólnego działania jaja płodowego na cały ustroj samicy, prawdopodobnie zapomocą produktów dostających się do krwiobiegu.

Należy się słów kilka objaśnienia co do wprowadzonej tu nazwy „pseudociąży” i „zmiany pseudociążowe” w odróżnieniu od zmian ciążowych.

Jak wiemy, normalna ciąża powoduje szereg charakterystycznych zmian nie tylko w macicy, jako siedlisku rozwijającego się trofoblastu lub w innych odcinkach narządu rodowego, ale także i w całym ustroju samicy (zmiany we krwi, gruczołach dokrewnych, narządach mięsnych, odchylenia w przemianie materji i t. d.) Zmiany te są ogólnie znane i nie budzą wątpliwości. Natomiast powstaje szereg wątpliwości i sprzeczności w tłumaczeniu obrazu zmian, zachodzących w organizmie pod wpływem wprowadzenia do ustroju szeregu preparatów „hormonalnych”, czyli właściwie wyciągów z gruczołów dokrewnych.

Otóż szereg autorów, wprowadzając do ustroju zwierzęcego preparaty „hormonalne”, jak follikulina, wyciągi z ciała żółtego, prolan i t. d., stwierdza wybitne zmiany w postaci przekrwienia, czasami przerostu mięśniówki, wzmożonej czynności wydzielniczej nabłonka, rozrostu gruczołów śluzówki macicy i t. d., określając je mianem zmian „pseudociążowych”. Tymczasem ścisła analiza wykazuje, że są one zbliżone do zmian, jakie spotykamy w macicy pod-

czas rui, lub post coitum sterilem. Stan ten, jak wykazały badania Bouin'a, Courier'a a także Buchheim'a i moje (na królikach) jest wyrazem działania w ustroju hormonu ciała żółtego i przygotowania macicy do przyjęcia i zagnieżdżenia zapłodnionego jaja. Dlatego też podobnego rodzaju zmiany, obserwowane poza ciążą mogą być określane jedynie nazwą zmian przedciążowych (stadium praegravidum).

By uwidocznic różnicę zmian, zachodzących w nabłonku w stanie pseudociążowym a stanem przedciążowym, pozwolę sobie przytoczyć tu w tym samym powiększeniu co mikrofotografia Nr. 3, mikrofotografię Nr. 6. Widzimy na niej, że gruczoły są rozszerzone ad maximum, przekrwienie jest również bardzo silnie zaznaczone. Wysoki walcowaty nabłonek doskonale zachowany, w wielu miejscach posiada migawki. Granice pomiędzy poszczególnymi komórkami nabłonka są tu utrzymane, czyli stan ten całkowicie odpowiada stanowi przedciążowemu, jak go opisał Bouin.

W tem doświadczeniu kontrolnym wszczepienie rogu zostało również dokonane pod gruczoł mlekowy, tylko wycinek pobrano po upływie 8-miu dni post coitum, t. j. tuż przed zagnieżdzeniem się jaja płodowego. Takież sam obraz drobnowidowy uzyskano z wycinka, pobranego ze zdrowego rogu macicy, pozostawionego in situ w jamie brzusznej.

Określenie „pseudociąży” należy zachować, moim zdaniem, dla tych zmian swoistych, jakie zachodzą w macicy podczas trwania ciąży w ustroju, jednak bez obecności w macicy zapłodnionego jaja, jak to ma miejsce u kobiety w ciąży pozamacicznej lub w moich doświadczeniach, gdzie ciąża istniała tylko w jednym rogu, a w rogu wszczepionym jaja płodowego nie było. Tylko w tych okolicznościach można mówić o zmianach „pseudociążowych”, których wyrazem jest wspomniane wytwarzanie się mas protoplazmatycznych nabłonka śluzówki macicy, jego łuszczenie się i odpadanie w końcowych okresach ciąży z jednoczesną regeneracją nabłonka z głębokich warstw gruczołów, który to proces ustaje z chwilą ukończenia ciąży.

W zakończeniu składam wyrazy gorącej wdzięczności Panom Profesorom K. Opoczyńskiemu i St. Hillerowi za szereg cennych uwag w ocenie zmian drobnowidowych, a koledze Doc. S. Bagińskiemu za pomoc w przygotowaniu niektórych mikrofotografij.

Fig. 1. Changements dans la corne transplantée, 15 jours après la fécondation (Pseudogrossesse x 16).

a) muqueuse de la corne utérine, b) glande mammaire.

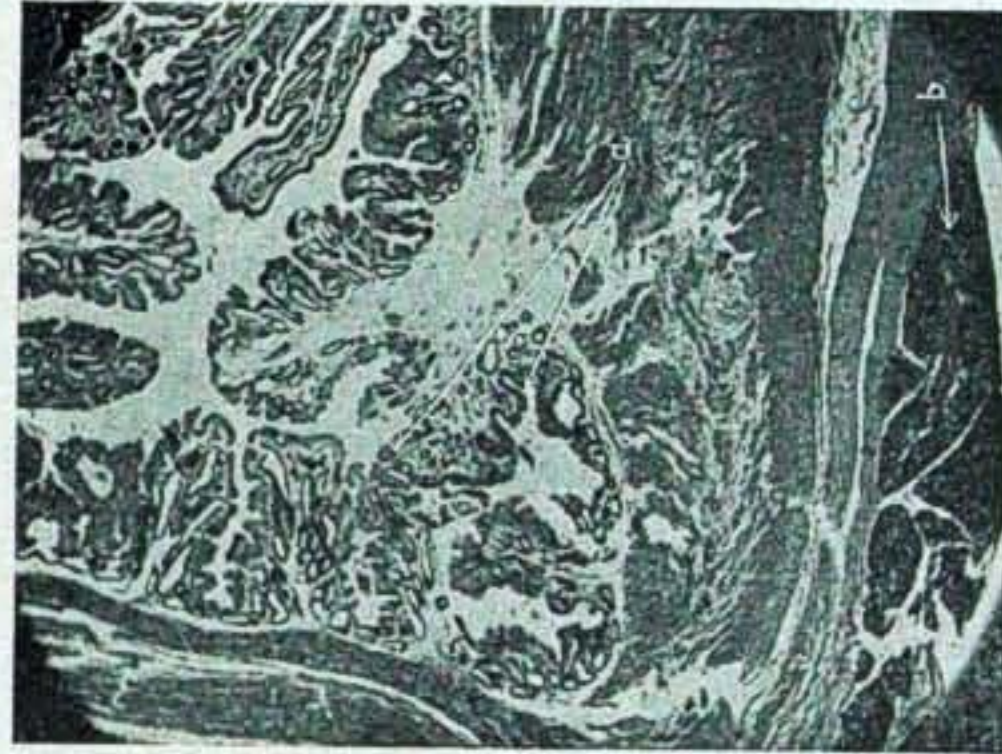


Nr. 1. Obraz zmian w 15 dni po zapłodnieniu. (Pseudociąży, x 16).

a) śluzówka rogu macicy, b) gruczoł mlekowy.

Fig. 2. Modifications histologiques pseudogravidés 21 jours après la fécondation (x 32).

a) transformations plasmodiales de l'épithélium superficiel, b) glande mammaire.

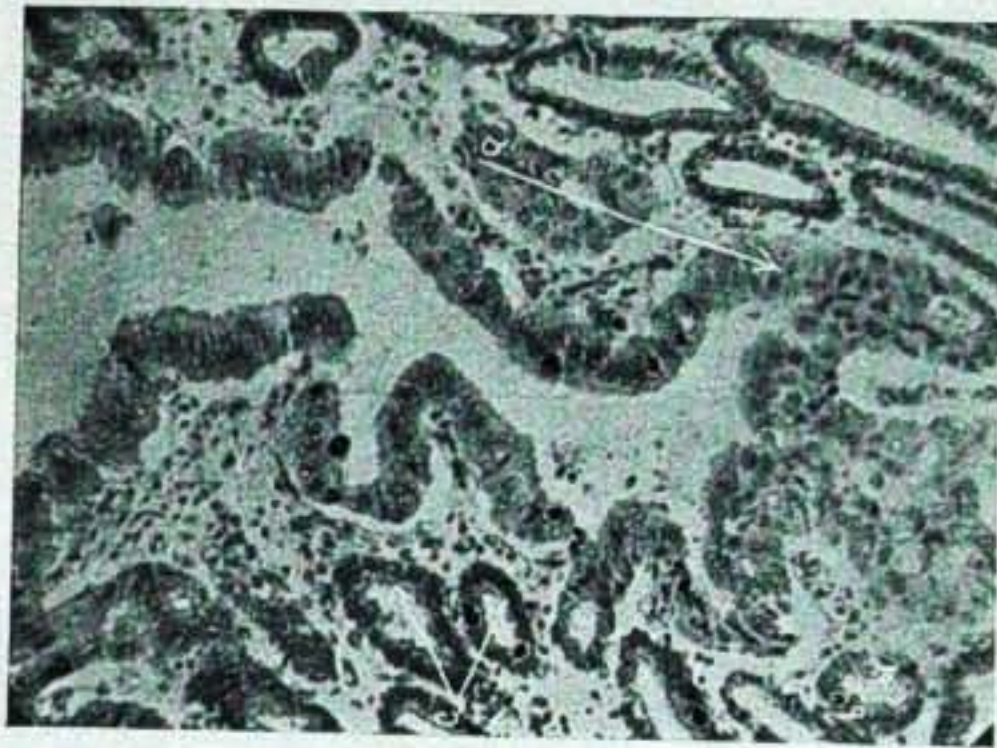


Nr. 2. Obraz zmian drobnowidowych w 21 dni po zapłodnieniu. (Pseudociąży, x 32).

a) charakterystyczne zmiany nabłonka powierzchniowego, b) gruczoł mlekowy.

Fig. 3. Même préparation (x 180).

a) il n'y a plus de cellules distinctes dans l'épithélium superficiel qui forme une couche plasmoidiale homogène, b) glandes dans lesquelles l'épithélium a partiellement subi les mêmes modifications, c) glandes avec l'épithélium bien conservé.

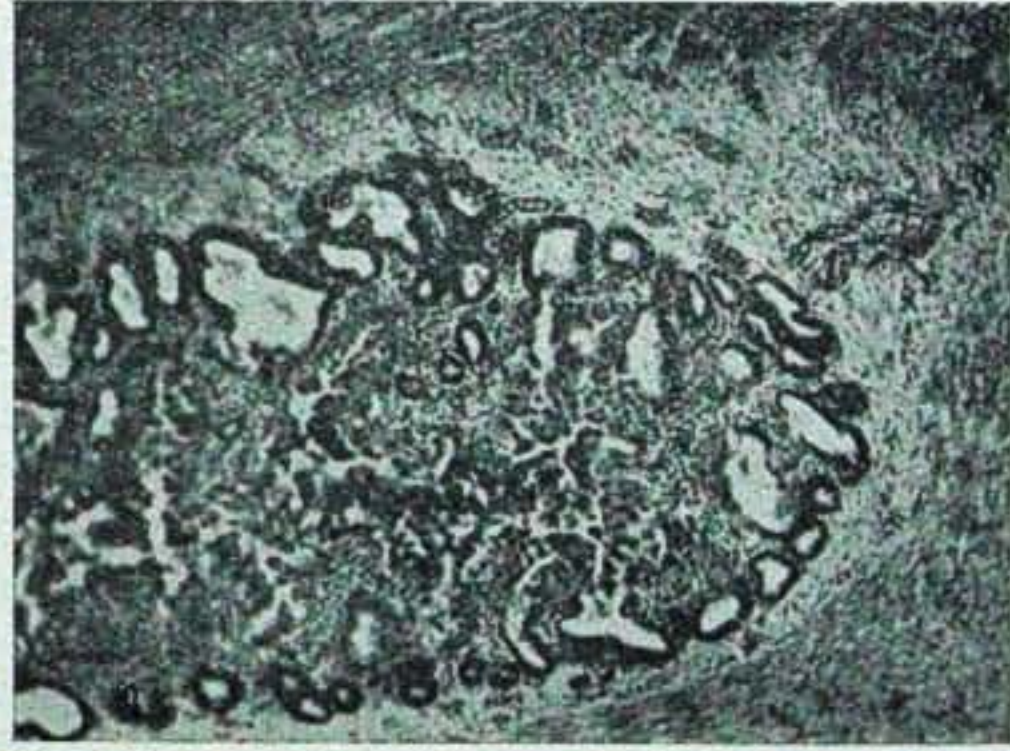


Nr. 3. Poprzedni preparat, x 180.

a) granice pomiędzy poszczególnymi komórkami nabłonka powierzchniowego nieistnieją, wskutek czego tworzy on wielojądrowe masy protoplazmatyczne, b) gruczoły z nabłonkiem częściowo zmienionym, c) gruczoły z dobrze zachowanym nabłonkiem.

Fig. 4. Pseudogrossesse 29 jours (x 48).

La cavité de la corne utérine est remplie de masses d'épithélium en desquamation. On peut voir aussi la régénération de l'épithélium des glandes.

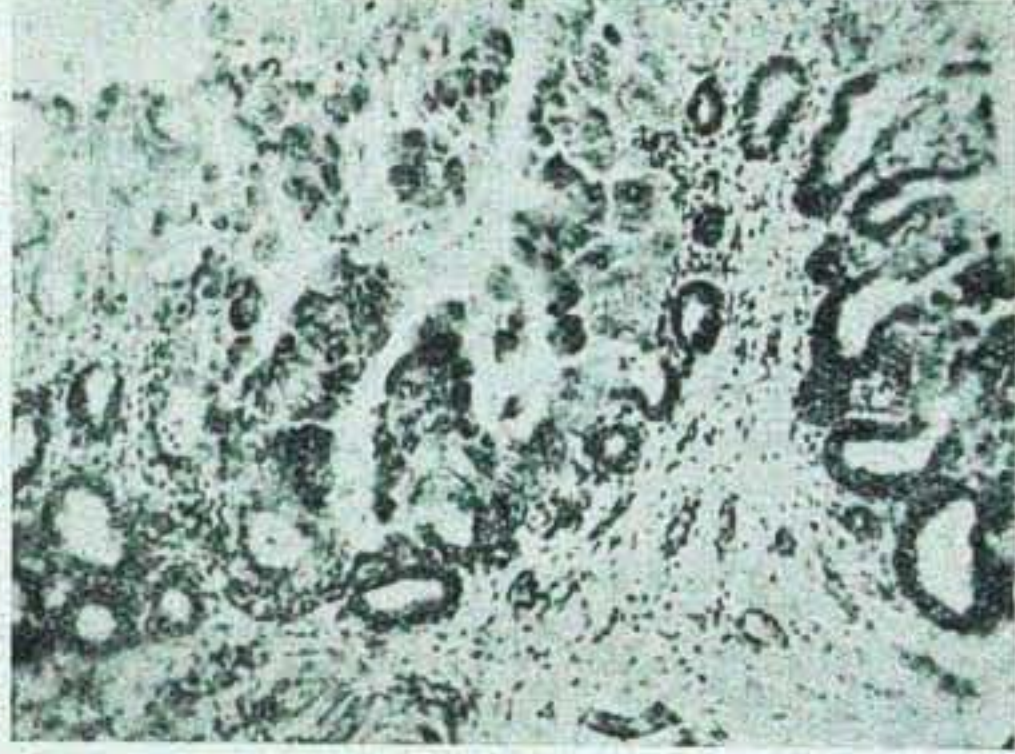


Nr. 4. Pseudociąża 29 dni (x 48).

Zagłębienie pomiędzy fałdami śluzówki macicy wypełnione masami łuszczonego się nabłonka powierzchniowego. Jednocześnie ma miejsce regeneracja nabłonka z głębi gruczołów.

Fig. 5. Autre partie de la même préparation (x 48).

On voit la limite entre l'épithélium glandulaire dégénéré et qui se détache et l'épithélium bien conservé donnant naissance au nouveau revêtement épithélial de l'intérieur de la corne.

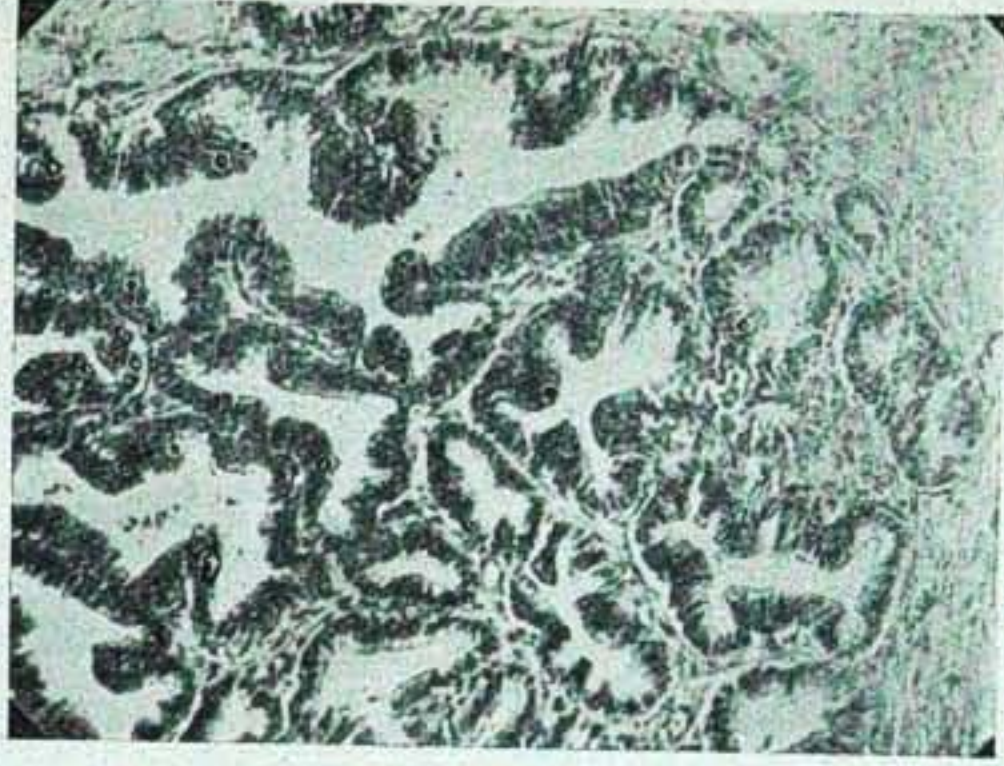


Nr. 5. Pseudociąża 29 dni (x 48).

Inne miejsce tegoż preparatu. Widoczna granica pomiędzy zwyrodniałym i odpadającym nabłonkiem gruczołów a nabłonkiem dobrze zachowanym, z którego rozpoczyna się proces regeneracji.

Fig. 6. Stade prégravidé (8 jours après le coït stérile—x 180).

Transplantation sous la glande mammaire. Modifications de la muqueuse de l'utérus à la nidation ovulaire. Les glandes sont distendues au maximum. L'épi thélium cylindrique à cellules hautes est bien conservé, certaines cellules protent des cils.



Nr. 6. Stadium praegravidum (x 180)

Róg macicy wszczępiony podgruczoł mlekowy. Zmiany śluzówki macicy tuż przed zagnieżdżeniem się jaja. Gruczolę rozwinięte ad maximum, wysoki walcowaty nabłonek doskonale zachowany, miejscami posiada migawki.

Piśmiennictwo.

1. Brant. Żurn. Akusz. i Żensk. Bol. 1909, s. 1087.
2. Bouin. Bruxelles-Médical. 1930. Nr. 43.
3. Bouin et Courrier. Arch. d'Anatomie Microscop. 1929. T. XXV.
4. Buchheim i Zaleski. Pam. Wil. T-wa Lek. 1931. T. VII, zesz. 6.
5. Duval. Journ. de l'Anatomie et de la Physiologie. 1889. Rok XXV. s. 309.
6. Geipel. Znttbl. f. Gyn. 1921. s. 1412.
7. Gérard. Arch. de Biolog. 1923. T. XXXVII, s. 407.
8. Hirschberg. Archiv. f. Gyn. 1905. T. 74 s. 620.
9. Kiersnowski. Anatom. Hefte. 1894. T. IV. s. 479.
10. Masius. Arch. de Biolog. 1889. T. IX. s. 83.
11. Maximow. Arch. f. Mikroskop. Anatomie u. Entwicklungsgesch. 1898. T. 51. s. 68.
12. Maximow. Arch. f. Mikroskop. Anatomie u. Entwicklungsgesch. 1900. T. 56. s. 699.
13. Penkert. Znttbl. f. Gyn. 1905. s. 462.
14. Schmorl. Mntsschrft. f. Geb. u. Gyn. 1897. T. V s. 46.
15. Ulesko-Strogonowa. Mntsschrft. f. Geb. u. Gyn. 1896. T. III. s. 207.
16. Ulesko-Strogonowa. Znttbl. f. Gyn. 1908. s. 829.
17. Ulesko-Strogonowa. Znttbl. f. Gyn. 1929. s. 18.
18. Zaleski. Ginek. Pol. 1930. T. IX. zesz. 10—12.

Clinique gynécologique et obstétrique de l'Université de Vilno.
Directeur Prof. W. Jakowicki.

Service de l'Institut d'Histologie de l'Université de Strasbourg.
Directeur Prof. P. Bouin.

Influence de la grossesse sur la corne utérine transplantée sous la glande mammaire chez la lapine.

par

W. ZALESKI

Professeur agrégé.

L'auteur a commencé ses expériences en 1930 dans l'Institut d'Histologie de l'Université de Strasbourg et les a achevées en 1933 à Vilno.

A 18 lapines âgées de 6 à 8 mois il a greffé sous la glande mammaire un fragment de la corne utérine de 1, 5—2,5 cm. de longueur avec la partie correspondante du méso et les vaisseaux qu'elle contenait, tandis qu'il laissait l'autre corne intacte*).

Au cours de la gestation, à partir du 9-me jour jusqu'au 30-me, et ensuite 24 heures après le part, des coupes du greffon ont été examinées au microscope (coloration à l'hématoxyline et à l'éosine, ou suivant la méthode de Best). L'auteur constate que les changements qui se produisent dans le greffon sont semblables à celles qui ont lieu, dans les périodes correspondantes d'une grossesse normale, dans les saillies

*) La technique de cette intervention a été publiée dans la „Ginekologia Polska“. Tome IX. 1930.

de la muqueuse utérine on se forme ce que l'on nomme l'obplacenta (Minot).

Parmi les changements les plus caractéristiques qui ont lieu dans la corne transplantée, il faut citer avant tout la transformation spécifique de l'épithélium superficiel et en partie de l'épithélium glandulaire, en large couche plasmodiale homogène dans laquelle il n'y a plus de cellules distinctes.

Ce processus à peine indiqué dans les premières jours après la nidation ovulaire, s'accroît graduellement et devient le plus intense au bout de 21 jours de gestation.

Dans cette période on constate aussi des cellules géantes d'origine épithéliale. On constate en outre l'élargissement et la dilatation kystiforme des glandes qui sont souvent remplies de liquide et de débris des cellules de l'épithélium dégénéré.

L'épithélium cylindrique à cellules hautes au fond des glandes ne subit pas de modification tandis qu'à l'orifice des glandes il est sujet aux mêmes changements que l'épithélium superficiel.

Dans le stade terminal de la grossesse (27—29 jours) la desquamation et la chute de l'épithélium dégénéré arrivent à leur plus haut degré. On peut aussi constater le processus de régénération épithéliale aux dépens de l'épithélium du fond des glandes. La régénération de l'épithélium avance assez vite, et au bout de 24 heures après le part un épithélium cylindrique revêt presque toute la muqueuse de la corne utérine. Cependant dans la pseudogrossesse on ne constate point la formation de gaines périvasculaires composées de cellules glycogènes mono—et polynucléaires, ce processus qui est pourtant si caractéristique pour la formation du placenta dans la grossesse normale.

En examinant les coupes prélevées dans la corne transplantée au cours de la première partie de la gestation, on peut constater dans les couches conjonctive et musculuse, des cellules peu nombreuses contenant du glycogène (coloration de Best). Dans la couche conjonctive on ne constate point de cellules déciduales ce qui est en accord avec l'observation de Gérard.

L'auteur applique le terme de „pseudogrossesse“ seulement aux réactions qui se produisent dans la corne utérine transplantée, au cours de la gestation dans la corne laissée in situ. Il les distingue ainsi des transformations du stade prégravidé que nous observons dans la muqueuse utérine sous l'influence de l'hormone des corps jaunes après le coït normal ou sterile ou sous l'action d'injections de quelques préparations ovariennes.

Z Zakładu Patologii Ogólnej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie
Kierownik Prof. Dr. Kazimierz Pelczar.

Rola układu siateczkowo-śródbłonkowego w odwróconym wstrząsie anafilaktycznym.

podał
BRONISŁAW KRZYWOBŁOCKI
asystent Zakładu.

Odczyn odwróconej anafilaksji, opisany przez Doera i Picka, Forsmana i Hintzega, Sachsa i Nathana, polega na tem, że wstrzyknięcie świnicy morskiej surowicy, zawierającej niweczniki hemolityczne, zwrócone przeciwko krwinkom czerwonym barana, sprowadza wstrząs anafilaktyczny, podczas którego następuje znaczne uszkodzenie (cytoliza) śródbłonek naczyń świnicy morskiej, zawierających antygen lipoidowy. Wstrząs tego rodzaju określili Doerr i Moldovan jako odwrócony wstrząs anafilaktyczny, ponieważ powstaje on po wprowadzeniu do ustroju, zawierającego antygen, surowicy zawierającej niweczniki.

W ten sposób u świnicy morskiej można wywołać wstrząs za pomocą surowicy hemolitycznej końskiej, zwróconej przeciwko krwinkom czerwonym barana, które zawierają antygen Forssmana, podobnie jak go zawierają i śródbłonek naczyń świnicy morskiej. Surowicę taką uzyskać również możemy przez uczulanie królika (zawierającego heterohemolizyny normalne) narządami a zwłaszcza nerką świnicy morskiej, to znaczy jej wyciągiem wodnym lub alkoholowym.

Jancso w swej pracy nad zagadnieniem blokady układu siateczkowo-śródbłonkowego wykazał, iż mechanizm blokady dzieli się na dwie zasadnicze fazy: pierwszą, polegającą na gromadzeniu się koloidu na powierzchni komórek układu siateczkowo-śródbłonkowego, która występuje w czasie od 2 do 3 minut po zastrzyknięciu koloidu i w przeciągu około 20 minut pokrywa powierzchnię komórek układu siateczkowo-śródbłonkowego cienką warstwą koloidu. Po 20 minutach rozpoczyna się druga faza, podczas której koloid nagromadzony na powierzchni przenika do plazmy komórek i tam gromadzi się w wodniczках.

Po kilku godzinach proces gromadzenia się wodniczkowego zostaje skończony i rozpoczyna się regeneracja komórek siateczkowo-

śródbłonkowych. Bezpośrednio po zastrzyknięciu występuje zjawisko zagęszczania krwi przez pojawienie się precypitatu (strątu), złożonego z koloidu oraz kompleksu fibrynowego. Zjawisko to po upływie kilku minut znika dzięki resorpcji strątu przez komórki układu siateczkowo-śródbłonkowego.

Biorąc pod uwagę fakt, że w powstaniu wstrząsu anafilaktycznego odwróconego biorą udział głównie i zdaje się wyłącznie śródbłonki naczyń, postanowiłem zbadać występowanie wstrząsu anafilaktycznego odwróconego pod wpływem miedzi koloidalnej.

Dla wywołania wstrząsu anafilaktycznego odwróconego korzystałem z dwóch rodzajów surowic. Surowice, oznaczone w mej pracy mianem Na, Nb oraz H, otrzymałem przez uczulenie królika nerką lub wątrobą świnki morskiej, zaś surowica HM. jest zwykłą surowicą hemolityczną końską dla krwinek barana. Przygotowanie surowic grupy pierwszej polegało na wprowadzaniu dożylnym zawiesiny nerki lub wątroby świnki morskiej, roztartych z ziemią okrzemkową, odwirowanej i rozcieńczonej płynem fizjologicznym w stosunku 1/10. Iniekcje te były trzykrotne w odstępach 3-ch dni, przyczem na 200 gr. wagi królika brałem 1,5 cm. zawiesiny. Po 9 dniach od chwili ostatniej iniekcji badałem miano precypitacyjne surowic i w razie wystąpienia wyraźnej precypitacji pobierałem krew.

Po otrzymaniu surowicy króliczej dokonywałem kilku próbnych wstrzykiwań świnkom morskim celem oznaczenia dawki, wywołującej wstrząs (doświadczenia Nr. Nr. 2, 12, 15, 16, 27 i 28).

Tablica Nr. 1.

SUROWICA	N. A.	N. b.	H.	H. M.
Ilość surowicy na 50 gr. wagi świnki potrzebna dla wywołania wstrząsu	0.1 c.	0.07 c.	0.15 c.	0.05 c.

Otrzymane w ten sposób surowice mimo jednakowego sposobu przyrządzenia znacznie się różniły między sobą co do natężenia objawów wstrząsu.

Najtypowszemi dla wstrząsu anafilaktycznego są objawy wywołane przez surowicę Nb. to jest surowicę królika, uczulonego na nerkę świnki morskiej. Wysoce charakterystyczną cechą tych objawów była gwałtowność oraz nasilenie drgawek. Wstrząs, wywołany przez tę surowicę, rozpoczynał się gwałtownym skurczem, wszyst-

kich mięśni a zwłaszcza mięśni tloczni brzusznej, czego następstwem było gwałtowne oddanie kału i moczu. Prawie równocześnie następowały zaburzenia w rytmie oddychania, który stawał się zbliżony do rytmu Cheyne-Stokes'a a mianowicie po głębokich i przyspieszonych oddechach następowały oddechy powierzchowne i wreszcie bezdech (apnoë). Podobnie, jak to stwierdził Vincente de Gauveia przy wstrząsie zwykłym, również i w moich doświadczeniach występowały objawy kaszlu i kichania, lecz tylko w przypadkach odczynu słabego, przy wstrząsach silnych dominowały objawy bezdechu. Po upływie kilku minut objawy te bądź wzrastały i prowadziły do śmierci świnki, bądź siła drgawek zmniejszała się, oddech wracał do normy i świnka przetrzymywała wstrząs.

Surowica Na. dawała objawy zbliżone do klasycznych objawów wstrząsu podostrego Lumière'a, a mianowicie: gwałtowne drgawki, oddawanie kału i moczu oraz zaburzenia w rytmie oddechowym, przyczem na pierwsze miejsce wysuwały się bardzo długie okresy bezdechu.

Surowica HM. odwrotnie, początkowo zmieniała tylko w małym stopniu rytm oddechowy, wywołując natomiast toniczne skurcze mięśni o znacznym nasileniu. Dopiero przed śmiercią świnki ukazywały się objawy duszności oraz oddawanie kału.

Tablica Nr. 2.

Czas wystąpienia wstrząsów kontrolnych i hamowanych.

Nr. doświadczenia	3	4	5	9	14	17	18	19			29		
Surowica	Na.	Na.	Na.	Na.	H.	Nb.	Nb.	Nb.			HM.		
Czas wystąpienia wstrząsu (w minutach)	4'	11' ?	3'	2'	6'	2'	0.5'	0.6'			2'		
Czas wystąpienia wstrząsu (w minutach)	6'		5'			5'	4'	4'	5'	Nie wystąpił	2'	5'	10'
Przerwa czasowa (w minutach)	O.		20'			1'	2'	20'	60'	120'	O.	60'	120'
Surowica	Na.		Na.			Nb.	Nb.	Nb.	Nb.	Nb.	HM.	HM.	HM.
Nr. doświadczenia	7		8			20	21	23	24	25	30	31	32

Od tych surowic Na. i Nb., będących surowicami królików, uczulonych na nerkę świnki morskiej, oraz surowicy HM. — hemo-

litycznej, najbardziej różni się surowica H, będąca rezultatem uczulenia królika wątroba świnki morskiej. Wstrząs, wywołany przez surowicę H., występuje znacznie później i ma przebieg słabszy (dośw. Nr. 14). Najwięcej charakterystyczną cechą wstrząsu anafilaktycznego, wywołanego przez surowicę H, są objawy ze strony składników morfotycznych krwi, o czym później będzie mowa.

Celem stwierdzenia wpływu miedzi koloidalnej na ustrój świnki morskiej wykonałem doświadczenie Nr. 1, i stwierdziłem, że po wstrzyknięciu 0,1 cm. miedzi koloidalnej na 50 gr. wagi świnki odczyn był bardzo słaby, a mianowicie po upływie kilku minut występowały objawy niepokoju oraz lekkie dreszcze. Stan taki trwał około 10—12 minut, poczem świnka uspokajała się.

W liczbie ciałek białych krwi oraz w ciepłocie ciała miedź koloidalna nie wywołuje żadnych zmian, jak to widać z tablic Nr. 5 i 6.

Miedź koloidalną podobnie jak i surowicę zastrzykiwałem do vena jugularis externa.

Do swych doświadczeń używałem 0,06% koloidalnego roztworu miedzi w koloidzie ochronnym (Elektrokoll. Kupfer-Lösung 0,06% fabryki v. Heydena w Dreźnie).

Próby swe wykonałem na 32 świnkach morskich.

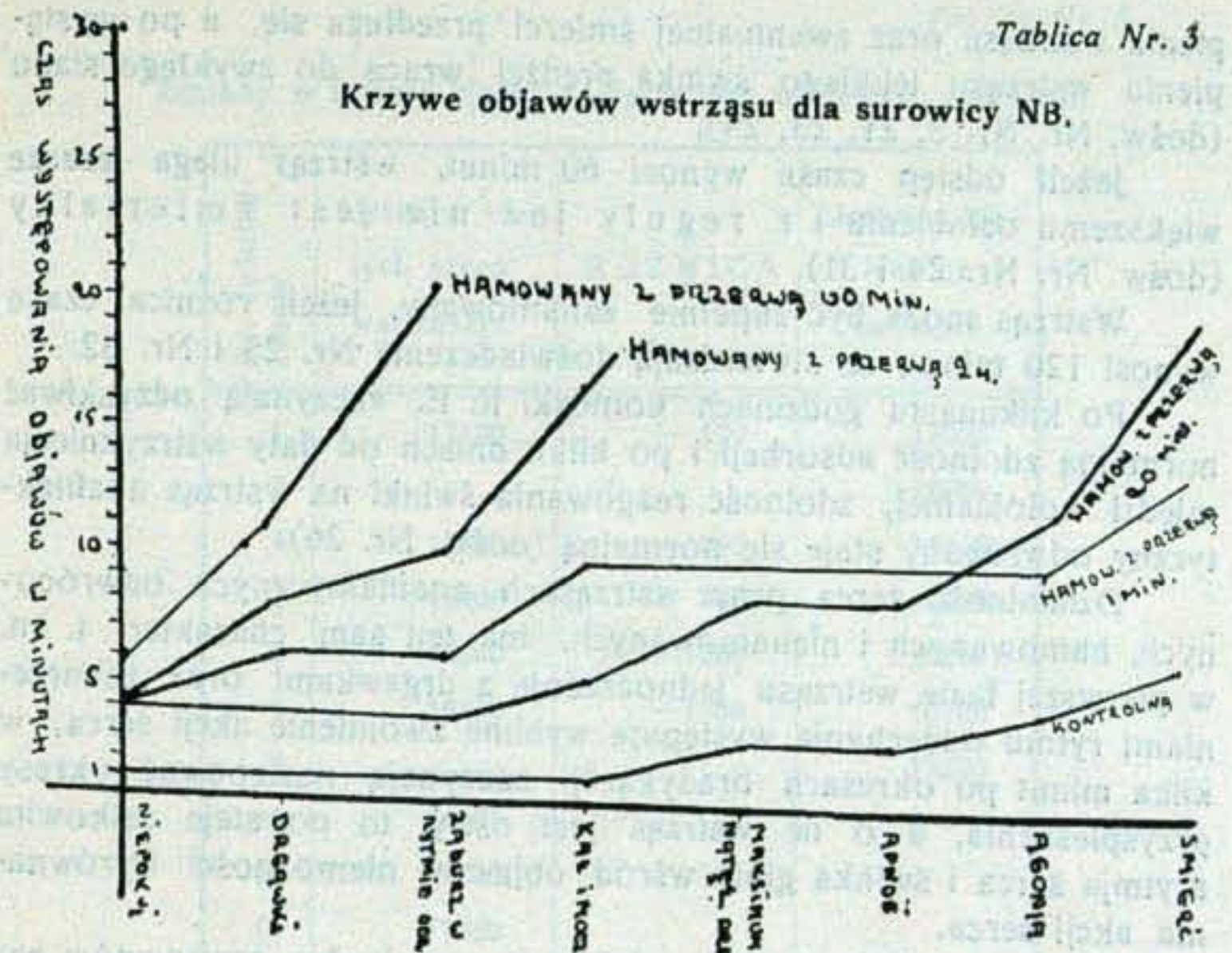
Różnice między wstrząsem anafilaktycznym normalnym a hamowanym miedzią koloidalną wybitnie zaznaczają się w czasie występowania pierwszych objawów wstrząsu. Z tablicy Nr. 2 widać, że we wszystkich przypadkach, dotyczących tej samej surowicy, wstrząs hamowany występuje bądź w tym samym czasie, bądź później, lecz zawsze objawy wstrząsu są łżejsze i pomimo dawki śmiertelnej śmierć nie następuje.

Zasadniczą rolę odgrywa różnica czasu pomiędzy iniekcją miedzi koloidalnej, a iniekcją surowicy. Z wykresu Nr. 3 widać, że im dłuższa jest przerwa pomiędzy wstrzyknięciami, tem większe zahamowanie wstrząsu. Przy jednoczesnej iniekcji różnice są minimalne, a nawet teoretycznie może nastąpić wzmożenie objawów wstrząsu (doświadczenia Nr. 7 i 30).

Jancso w swej pracy nad działaniem koloidów na układ siateczkowo-śródbłonkowy twierdzi, iż w pierwszych minutach po iniekcji koloidu powstaje strą, złożony z koloidu i kompleksu fibrynowego, który natychmiast zostaje adsorbowany przez komórki R. E. wobec czego równoczesne wstrzyknięcie koloidu z surowicą mogłoby dać zjawisko sumowania się obu spraw, a przez to przyspieszenie zetknięcia się surowicy ze śródbłonkiem naczyń.

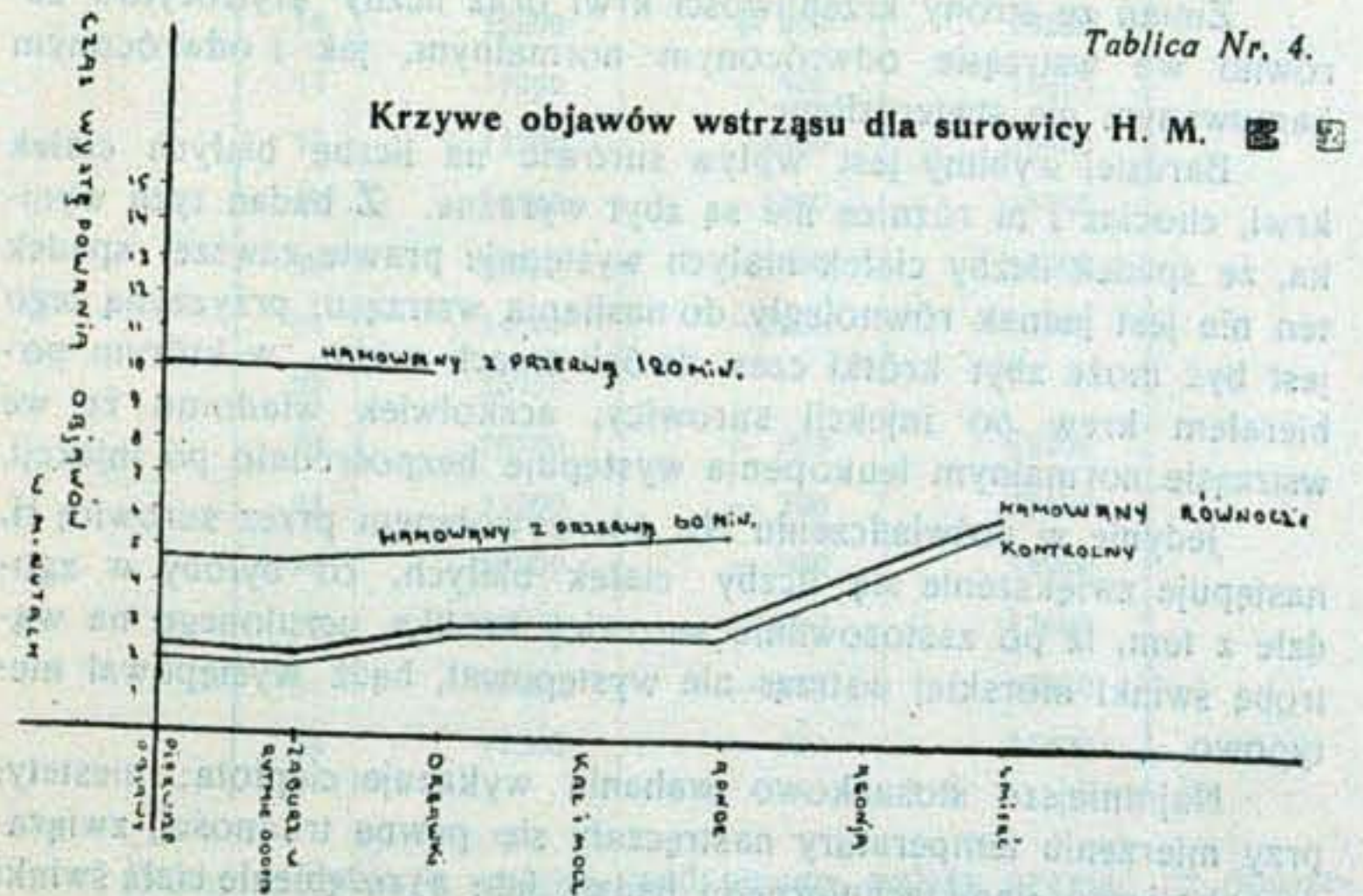
Tablica Nr. 3

Krzywe objawów wstrząsu dla surowicy NB.



Tablica Nr. 4.

Krzywe objawów wstrząsu dla surowicy H. M.



W razie odstępu czasu od 2—20 minut pomiędzy wstrzyknięciami objawy wstrząsu ulegają znacznemu osłabieniu, czas wystą-

pienia wstrząsu oraz ewentualnej śmierci przedłuża się, a po wystąpieniu wstrząsu lekkiego świnka pręcej wraca do zwykłego stanu (dośw. Nr. Nr. 8, 21, 23, 24).

Jeżeli odstęp czasu wynosi 60 minut, wstrząs ulega jeszcze większemu osłabieniu i z reguły już nie jest śmiertelny (dośw. Nr. Nr. 24 i 31).

Wstrząs może być zupełnie zahamowany, jeżeli różnica czasu wynosi 120 minut, co stwierdzają doświadczenia Nr. 25 i Nr. 32.

Po kilkunastu godzinach komórki R. E. zaczynają odzyskiwać normalną zdolność adsorpcji i po kilku dniach od daty wstrzyknięcia miedzi koloidalnej, zdolność reagowania świnki na wstrząs anafilaktyczny odwrócony staje się normalną (dośw. Nr. 26).

Działalność serca przy wstrząsach anafilaktycznych odwróconych, hamowanych i niehamowanych, ma ten sam charakter, t. zn. w pierwszej fazie wstrząsu jednocześnie z drgawkami oraz zaburzeniami rytmu oddechania występuje wybitne zwolnienie akcji serca, w kilka minut po okresach bradykardji zaczynają następować okresy przyśpieszenia, a o ile wstrząs jest ostry, to powstaje całkowita arytmja serca i świnka ginie wśród objawów niemożności wyrównania akcji serca.

Zmian ze strony krzepliwości krwi oraz liczby erytrocytów zarówno we wstrząsie odwróconym normalnym, jak i odwróconym hamowanym nie stwierdziłem.

Bardziej wybitny jest wpływ surowic na liczbę białych ciałek krwi, chociaż i tu różnice nie są zbyt wyraźne. Z badań tych wynika, że spadek liczby ciałek białych występuje prawie zawsze, spadek ten nie jest jednak równoległy do nasilenia wstrząsu; przyczyną tego jest być może zbyt krótki czas dwóch trzech minut, w którym pobierałem krew po iniekcji surowicy, aczkolwiek wiadomo że we wstrząsie normalnym leukopenja występuje bezpośrednio po iniekcji.

Jedynie w doświadczeniu Nr. 14, wywołanem przez surowicę H. następuje zwiększenie się liczby ciałek białych, co byłoby w zgodzie z tem, iż po zastosowaniu surowicy królika uczulonego na wątrobę świnki morskiej wstrząs nie występował, bądź występował nietypowo.

Najmniejsze stosunkowo wahania wykazuje ciepłota; niestety, przy mierzeniu temperatury nastęrczały się pewne trudności, związane z okolicznościami technicznymi badań, jak: a) oziębienie ciała świnki wskutek nienaturalnej pozycji na stoliku operacyjnym; b) w ostrych wstrząsach pomiar ciepłoty często odbywał się podczas agonji.

Tablica Nr. 5.

Zmiany w liczbie ciałek białych pod wpływem wstrząsu.

Nr. doświadczenia	Liczba c. białych przed wstrząsem	RÓŻNICA	Liczba c. białych po wstrząsie
1	17100	— 100	17000
3			18000
4	16000	— 800	15200
5	12800	— 800	12000
7	16600	—1200	15400
8	12400	—1700	10700
9			12200
10	14200		
11	15300		
13	11300		
14	12600	+ 600	13200
17	17200	— 400	16800
18	15200	—4800	10400
19	12300	—1300	11000
20	12200	—1300	10900
21	14600	— 2900	11700
22	13700		
24	16100	— 900	15200
25	17200	— 700	16500
29	16100	— 900	15200
30	18500	— 900	17600
31	13400	—1200	12200
32	14300	— 500	13800

Biorąc powyższe wpływy pod uwagę, należy przyjąć iż obniżenie w granicach od 0,1 — 0,3 C. może być wywołane przez czynniki uboczne. Pomimo tych niedokładności z tabl. Nr. 6 widać, iż

wstrząs anafilaktyczny odwrócony sprowadza znaczne obniżenie się ciepłoty przyczem obniżenie to jest zależne od stopnia zahamowania wstrząsu, co bardzo dobrze jest zaznaczone w doświadczeniach nad surowicą HM. (Nr. Nr. 30, 31, 32), gdzie postęp różnic pomiędzy t° przed wstrząsem i po wstrząsie jest wybitnie malejący, w zależności od przerwy pomiędzy wstrzyknięciem miedzi koloidalnej a iniekcją surowicy.

Sama miedź koloidalna nie wywołuje obniżenia ciepłoty, jak widać z dośw. Nr. 1, gdzie różnica wynosi tylko $-0,2\text{ C}$, co możemy uważać za obniżenie, wywołane wspomnianymi powyżej warunkami doświadczenia.

Tabela Nr. 6.

Zmiany w temperaturze podczas wstrząsu.

Nr. doświadczenia	Surowica	Temperatura normalna	Temperatura wstrząsu	RÓŻNICA	RODZAJ WSTRZĄSU
1		37 ⁰ 4	37 ⁰ 2	- 0.2	Tylko koloid
3	Na.	37 ⁰ 2	26 ⁰ 8	- 0.4	Kontrolna
4	" "	37 ⁰ 4	36 ⁰ 9	- 0.5	"
5	" "	35 ⁰ 6	35 ⁰ 3	- 0.3	"
7	" "	37 ⁰ 4	36 ⁰ 8	- 0.6	Hamowany jednocześnie
9	" "	37 ⁰ 2	36 ⁰ 7	- 0.5	Kontrolna
14	H	36 ⁰ 1	35 ⁰ 9	- 0.2	"
17	N.b.	37 ⁰ 1	36 ⁰ 5	- 0.6	"
20	" "	38 ⁰	37 ⁰ 1	- 0.9	Hamowany z przerwą 1 min.
21	" "	36 ⁰ 9	36 ⁰ 6	- 0.3	Hamowany z przerwą 2 min.
23	" "	37 ⁰ 1	36 ⁰ 1	- 1 ⁰	Hamowany z przerwą 20 min.
24	" "	37 ⁰ 5	37 ⁰ 3	- 0.2	Hamowany z przerwą 60 min.
25	" "	37 ⁰ 5	36 ⁰ 9	- 0.6	Hamowany z przerwą 120 min.
29	H.M.	37 ⁰ 8	37 ⁰	- 0.8	Kontrolna
30	" "	37 ⁰ 4	36 ⁰ 5	- 0.9	Hamowany jednocześnie
31	" "	37 ⁰ 2	36 ⁰ 5	- 0.7	Hamowany z przerwą 60 min.
32	" "	37 ⁰	36 ⁰ 7	- 0.3	Hamowany z przerwą 120 min.

Wyniki sekcji wykazują, że pomimo zahamowania i osłabienia objawów wstrząsu wyraźnych różnic w obrazie zmian patologicznych narządów wewnętrznych przy badaniu makroskopowym nie stwierdzono. Najlepszym przykładem tej stałości obrazu sekcyjnego jest doświadczenie Nr. 25 gdzie, aczkolwiek wstrząs nie wystąpił, to jednak zmiany w narządach wewnętrznych były takie same jak w dośw. kontrolnych. Jedynie doświadczenie Nr. 14, gdzie wstrząs był wywołany przez surowicę H, nie wykazało żadnych zmian patologicznych w narządach wewnętrznych. Obraz sekcyjny we wstrząsach anafilaktycznych zwykłych oraz hamowanych przedstawia się następująco: Obrzęk płuc, przekrwienie jelit oraz wybroczyny krwawe w wątrobie, śledzionie i jelitach.

Reasumując powyższe dane, wnioskować należy że: 1. Nasilenie odczynu we wstrząsie anafilaktycznym odwróconym jest ściśle związane z czynnością układu siateczkowo-śródbłonkowego, czego dowodem jest zmienność objawów wstrząsu w zależności od adsorpcji koloidu w śródbłonku naczyń. 2. Hamowanie wstrząsu anafilaktycznego odwróconego odbywa się w czasie zgodnym ze spostrzeżeniami Jancso nad blokadą układu siateczkowo-śródbłonkowego.

Nr.	Waga	Płeć	Sur.	Kol.	PRZEBIEG WSTRZĄSU	Temp. norm.
1	350 gr.	Samica	—	1,3 cm.	Po 30 min. wystąpiły atypowe drgawki kończyn, wymioty i kał. Początkowo świnka zachowywała się normalnie.	37 ⁰⁴
2	715 gr.	Samica	0,4 c N.a.	—	Bardzo słaby odczyn po 10 min.	—
3	305 gr.	Samiec	0,6 c N.a.	—	Po 4 m. wystąpiły drgawki z maximum natęż. po 19 min. Oddech typu CH.— Stokes'a z apnoe; kał i mocz.	37 ⁰²
4	710 gr.	Samiec	N.a. 1,3 c	—	Odczyn słaby. Zaburzenia oddechowe w 11 m. słabe drgawki.	37 ⁰
5	420 gr.	Samica	1,0 c N.a.	—	Wstrząs ostry. Drgawki po 3 min. Kał po 5 min. Maximum natężenia drgawek po 12 min.	35 ⁰⁶
6	370 gr.	Samica	0,8 c N.a.	Jedno- czes. 0,8 c		37 ⁰²
7	315 gr.	Samica	0,6 c N.a.	Jedno- czes. 0,6 c	Po 6 min. zaburzenia w rytmie oddechu, słabe drgawki. Kał po 5 min.	37 ⁰⁴
8	312 gr.	Samica	0,7 c N.a.	Przed 20 min. 0,7 c	Odczyn bardzo słaby. Zaburzeń oddechania brak. Słabe drgawki po 5 min.	—
9	510 gr.	Samica	1,0 c N.a.	—	Kał i mocz po 2 min. Zaburzenia oddech. oraz drgawki po 3 min. po 4 min. bezwład i okresowe ataki drgawek. Śmierć po 47 min.	37 ⁰²
10	420 gr.	Samiec		0,8 c		37 ⁰³
11	380 gr.	Samiec	0,7 c N.a.	Przed 2 min. 0,7 c		36 ⁰⁴

Temper. wstrząsu	Liczba ciałek białych przed wstrząsem	Liczba ciałek białych krwi po wstrząsie	Czas śmierci	Miejsce zastrzyk.	ROZBIÓR ZWŁOK	U w a g i
37 ⁰²	17100	17000	Zabita	V. IUG. DEXTRA	Żadnych zmian chorobowych.	Kontrolna na dział. miedzi koloid.
—	—	—	—	•	—	Próbna dla miareczkowania surowicy
36 ⁰⁸	—	17800	Zabita	•	Przekrw. jelit, obrzęk płuc. Wybrocz. w jelitach, śledzionie i wątrobie.	Kontrolna.
36 ⁰⁹	16000	15200	•	•	•	•
36 ⁰³	12800	12000	•	V. IUG. SINIST.	•	•
—	—	—	—	V. IUG. DEXTRA	—	Krwotok z żyły, św. padła
—	16600	14400	Zabita	•	Jak w dośw. Nr. 3.	Wstrząs hamowany.
—	12400	10700	•	•	•	•
36 ⁰⁷	—	12200	Padła po 47 min.	•	—	Kontrolna.
—	14200	—	Padła	•	—	Krwotok, świnka padła
—	15100	—	•	Do serca.	—	Świnka padła podczas inj.

Nr.	Waga	Płeć	Sur.	Kol.	PRZEBIEG WSTRZĄSU	Temper. norm.
12	305 gr.	Samiec	0,4 c H.		Wstrząs nie nastąpił	—
13	430 gr.	Samica	1,4 c H.			36°9
14	500 gr.	Samica	1,4 c H.		Objawy odczynu bardzo słabe. Zaburzenia w rytmie oddech. po 6 minut. Drgawki po 12 min.	36°1
15	310 gr.	Samica	0,3 c N.b.		Wstrząs nie wystąpił.	—
16	380 gr.	Samiec	0,7 c N.b.		Wstrząs bardzo gwałt. po 0,5 min. Śmierć po 7 min.	—
17	350 gr.	Samica	0,5 c N.B.		*Po 2 min. bardzo silne drgawki, kał i mocz z silną tłocznią brzuszną. Oddech typu CH—Stokes'a.	37°1
18	530 gr.	Samica kotna	1,1 c N.b.	—	Po 2 min. bardzo wybitne drgawki oraz skurcze mięśni tłoczni brzusznej. Dusznosc. Śmierć po 6 min.	37,1
19	380 gr.	Samica	0,7 c N.b.	—	Po 40 sek. silne drgawki kał i mocz. Śmierć po 4 min.	36°9
20	615 gr.	Samiec	1,2 c N.b.	Przed 1 min. -1,2 c	Wstrząs po 4 min. Bardzo silna dusznosc, bezwład przednich kończyn. Drgawki bardzo słabe. Śmierć po 14 m.	38°
21	370 gr.	Samiec	0,7 c N.b.	Przed 2 min. 0,7 c	Wstrząs po 4 min. silna dusznosc, bezdech po 10 min. kał po 15 min. Świnaka pozostała przy życiu.	36°9
22	304 gr.	Samica	0,6 c	Przed 20 min. 0,6 c		36°7

Temper. wstrząsu	Liczba ciałek białych przed wstrząsem	Liczba ciałek białych krwi po wstrząsie	Czas śmierci	Miejsce injekc.	ROZBIÓR ZWŁOK	U w a g i
—	—	—	—	—	—	Próbna dla miar. surow.
—	11300	—	Padła	Do serca	—	Krwotok, świnke padła
35°9	12600	13200	Zabita	V. IUG. DEXTRA	Żadnych zmian patologicznych	Kontrolna
—	—	—	—	"	—	Próbna dla miar. surow.
—	—	—	Padła po 7 min.	"	—	"
36°5	17200	16800	—	—	Bardzo silny obrzęk płuc. Wybrocz. w wątrobie, śledzionie i jelitach	Kontrolna
36°1	15270	10400	6 min.	V. IUG. DEXTRA	Tak jak w dośw. Nr. 17	"
—	12300	—	4 min.	"	"	"
37°1	12200	10200	14 m.	"	"	Wstrząs hamow.
36°6	14600	11700	Zabita	"	"	"
—	13000	—	—	"	—	Krwotok św. padła

Nr.	Waga	Płeć	Sur.	Kol.	PRZEBIEG WSTRZĄSU	Temper. norm.
23	380 gr.	Samica	0,7 c N.b.	Przed 20 min. 0,7 c	Po 4 min. drgawki i apnoe. Po 8 min. kał, mocz i kloniczne drgawki. Śmierć po 23 min.	37 ⁰ 1
24	350 gr.	Samica	0,7 c N.b.	Przed 60 min. 0,7 c	Po 5 min. słabe drgawki. Po 10 min. kał, mocz i apnoe. Po 15 min. wymioty. Świnka wstrząs wytrzymała.	37 ⁰ 5
25	324 gr.	Samiec	0,6 c N.b.	Przed 120 min. 0,6 c	Wstrząs nie wystąpił.	37 ⁰ 5
26	370 gr.	Samica	0,7 c N.b.	—	Wstrząs ostry. Śmierć po 4 min.	—
27	310 gr.	Samiec	0,7 c H.M.	—	Wstrząs bardzo silny. Śmierć po 4 min.	—
28	480 gr.	Samiec	0,2 c H.M.	—	Odczyn nadzwyczaj słaby po 11 min.	—
29	720 gr.	Samiec	0,7 c H.M.	—	Odczyn po 2 min. Drgawki i apnoe po 5 min.; kału i wymiotów brak. Śmierć po 6 min.	37 ⁰ 5
30	520 gr.	Samiec	Jednoczes. 0,6 c H.M.	0,9 c	Wstrząs po 2 min. Drgawki i apnoe. Śmierć po 6 min.	37 ⁰ 4
31	550 gr.	Samica	0,6 c H.M.	Przed 60 min. 0,9 c	Wstrząs osłabiony. Drgawki i apnoe po 5 min. Kału i wymiotów brak.	37 ⁰ 2
32	380 gr.	Samiec	0,4 c H.M.	Przed 120 min. 0,7 c	Ledwo dostrzegalne drgawki w ciągu 10-tej minuty.	37 ⁰

Temper. wstrząsu	Liczba ciałek białych przed wstrząsem	Liczba ciałek białych krwi po wstrząsie	Czas śmierci	Miejsce injekc.	ROZBIÓR ZWŁOK	U w a g i
36 ⁰ 1	—	—	Zabita	V. IUG. DEXTRA	Tak jak w dośw. Nr. 17.	Wstrząs hamow.
37 ⁰ 3	16100	15200	"	"	"	"
36 ⁰ 9	17200	16500	"	"	"	"
—	—	—	Padła 2 min.	"	"	Tej św. zastrzykn. miedź przed 3 dn.
—	—	—	Padła 2 min.	—	—	Próbna dla miar. surow.
—	—	—	—	—	—	Próbna dla miar. surow.
37 ⁰	16100	15200	Padła po 6 min.	V. IUG. DEXTRA	Silny obrzęk płuc, wybroczyny w jelitach, wątrobie i śledzionie.	Kontrolna
36 ⁰ 5	18500	17600	6 cm.	"	"	Wstrząs hamow.
36 ⁰ 5	13400	12200	Zabita	"	"	"
36 ⁰ 7	14300	13800	"	"	"	"

P i s m i e n n i c t w o .

Bonnano A. M. Leukopenie experimentale provoquée par le benzol et l'anaphylaxie. Soc. Intern. d. mick. biol. d. Sez italiana 1931 t. III. Doerr u. Pick. Zt. f. Immun. u exp. Ther. 1913 T. 13, Bioch. Zt. 1913 s. 129, Zt. f. Immun. u exp. Ther. T. 45 s. 251. Doerr u. Moldovan Zt. f. Immun. u. exp. Ther. 1910 s. 160. Gauveja Vincente Soc. Biol. Coimbre 193 in. C. R. Soc. Biol. t. CV p. 138. Forssman J. u. A. Hintze Bioch. Zt. 1912 T. 44 s. 336. Jančso. Pharmakologische beeinflussung des R. E. Lumière A. Le probleme de l'anaphylaxie. Edit O. Doin 1924 Paris.

R É S U M É .

Dans une serie des expériences exécutées sur 32 cobays, l'auteur a étudié l'influence des injections de cuivre colloïdale (0,06% cuprum colloïdale fabriqué par Von Heyden à Dresde) sur le choc anaphylactique renversé.

L'auteur a provoqué le choc renversé par le serum du lapin sensibilisé par l'extrait du rein, ou de foie du cobay, et par le serum hemolitique pour les érythrocytes du mouton.

Les expériences ont prouvé, que l'intervalle entre l'injection de cuivre colloïdale (blocage du système reticulo-endotheliale d'après Jancso) et l'injection du serum, joue une role considerable et dans le cas ou l'intervalle a dure 120 min. le choc est complètement arrêté. Les différences de température, ainsi que les changements dans la quantité des globules blancs dépendent moins de l'intervalle parmi les injections, même l'aspect de la section ne dépend pas de l'intensité du choc.

En resumant, on peut conclure:

1) Une réaction dans le choc anaphylactique renversé, dépend de la réaction du système R. E., que prouve instabilité et l'intensité du choc dépendant d'absorbtion de cuivre colloïdale par l'endothelium des vaisseaux.

2) L'enrayement du choc anaphylactique se fait dans le temps conformé aux observations d'Jancso sur blocage du système Reticulo-Endotheliale.

Z Kliniki Otolaryngologicznej U. S. B.
Kierownik Prof. Dr. Jan Szmurło.

Współczesne poglądy na zakażenie zarazkami Plaut-Vincent.

Dr. JÓZEF MAZUREK
asystent kliniki.

Rys historyczny.

Sprawa chorobowa, wywołana przez symbiozę krętka jamy ustnej z laseczką wrzecionowatą, została opisana w r. 1892 przez lekarza hamburskiego H. C. Plauta. Cierpienie to było znane już znacznie wcześniej, gdyż van Swieten, a następnie Jourdain już o sto lat wcześniej od Plauta podali opis tej choroby.

Strümpell w pierwszym wydaniu swego podręcznika z r. 1883, pod nazwą „Angina necrotica” daje doskonały opis, zupełnie odpowiadający temu cierpieniu, które jest dziś znane jako zapalenie gardła wrzodziejąco-błoniaste.

Barthes i Sannes (1887), a następnie pedjatrzy rosyjscy Rauffuss i Fiłatow opisują schorzenie o charakterystycznych objawach i dają mu nazwę anginy wrzodziejąco-błoniastej z zapaleniem jamy ustnej.

Brakło jednak podówczas wiadomości o czynniku etjologicznym i sposobie odróżniania tego cierpienia od innych podobnie przebiegających. Dopiero Plaut zapoczątkował przyczynowe badanie tej choroby.

Dwa lata później Vincent, wybitny francuski klinicysta i bakterjolog, obserwował epidemię choroby, wywołanej przez laseczkę wrzecionowatą i stale towarzyszący jej krętek ustny i dał jej obraz wyczerpujący zarówno pod względem klinicznym jak i bakterjologicznym.

Wyłynęła sprawa nazwy choroby. Pomijając sympatje narodowe badaczy, obecnie utarła się nazwa anginy Plaut-Vincent ze względu na dwóch pierwszych badaczy, którzy oprócz strony klinicznej uwzględnili i etjologję cierpienia. Sama nazwa jest o tyle usprawiedliwiona, o ile sprawa chorobowa dotyczy pierwotnie tkanki adenoidalnej gardła.

*) Referat wygłoszony na posiedzeniu Wil. Tow. Lek. w d. 5.IV.36.

W ten sposób została ustalona jednostka chorobowa i w ogólnych zarysach opracowana jej etiologia, objawy i leczenie.

Późniejsze obserwacje kliniczne wykazały jednak, że zarówno pod względem etiologicznym jak i klinicznym pozostało wiele spraw ciemnych, wymagających wyjaśnienia. Chodziło o ustalenie przede wszystkim, jaki zarazek stanowi istotną przyczynę choroby, czy prątek wrzeczionowaty, czy krętek ustny, czy też obydwa wspólnie, — w jakich postaciach choroba występuje najczęściej, jakie jest jej umiejscowienie, jakie zmiany zachodzą w tkankach, wreszcie jakie leczenie należy zastosować.

Te wszystkie zagadnienia dały powód do powstania bogatej literatury, z której na szczególniejszą uwagę zasługuje monografia o anginie Plaut-Vincent'a napisana przez Zarnikę*) praca Brüggemanna**) oraz prace O. Hirscha, Tschiasnego, Seguina, Bonchet'a i Logeais'a o przewlekłej anginie pochodzenia fuso-spiryllarnego, zawierające również badania histo-patologiczne tkanki, dotkniętej tem cierpieniem.

W piśmiennictwie polskim sprawa anginy Plaut-Vincent'a znalazła niezbyt szerokie uwzględnienie.

Poraz pierwszy spotykamy wzmiankę o tej chorobie w pracy Raczyńskiego, podówczas asystenta kliniki dziecięcej w Krakowie, „O wrzodliwym zapaleniu gardła i jego odróżnianiu od błonicy“ wydanej w r. 1898. Autor omawia etiologię „wrzodliwego“ zapalenia i dochodzi, że przyczyną jej jest krętek.

W r. 1903 K. Lewkowicz, drugi pedjatra krakowski, daje dokładny obraz bakteriologiczny, dotyczący sprawców choroby.

W r. 1906 ukazuje się praca w języku rosyjskim Szmurły i Kurzona, w której autorzy opisują szereg przypadków anginy Plaut-Vincent, spostrzeganych podczas epidemii w Samarze, gdzie owrzodzenia dotyczyły nie tylko migdałków, ale rozszerzały się na jamę ustną. Szmurło podkreśla wyraźnie jednostronne występowanie cierpienia, jednak wśród przypadków przez niego opisanych są takie, które przebiegały pod postacią anginy mieszkowatej obustronnej, a w nalotach znajdowano laseczki wrzeczionowate i krętki.

W r. 1907 A. Goldenberg (Szpital Anny Marji w Łodzi) ogłasza przypadek epidemii domowej stomacace, wywołanej przez prątki wrzeczionowate i krętki.

*) W podręczniku Denkera i Wehlera.

**) P. piśm.

W latach 1908—1914 ukazuje się szereg przyczynków, podających opisy przeważnie ciężkich angin septycznych. Przypadki takie opisywali Sokołowski, Gantz, Mutermilch, Puterman i Breszel.

W r. 1925 w Polskim Przeglądzie Otolaryngologicznym Wąsowski podał sześć przypadków o umiejscowieniu nietypowym, jak: w uchu środkowym, krtani i przegrodzie nosowej.

Objawy kliniczne.

Z opisów choroby i spostrzeżeń klinicznych wynika, że zakażenie Plaut-Vincent odznacza się nadzwyczajną różnorodnością i przyjmuje najrozmaitsze postaci. Objawy podmiotowe najczęściej są podobne do objawów, towarzyszących zwykłej anginie.

Najczęściej występuje jednostronne zapalenie migdałków podniebiennych z tworzeniem się z początku powierzchownego owrzodzenia, pokrytego białoszarym nalotem; owrzodzenia te mogą przesunąć się głębiej. Sprawa zaczyna się w górnym biegunie i stąd rozszerza się na cały migdałek (Szmurło).

Obok tej postaci, która uzyskała nazwę anginy Plaut-Vincent'a, istnieje postać rozlana, występująca najczęściej na dziąsłach, zwłaszcza około ostatnich zębów trzonowych, a później szerząca się na dziąsła górne i dolne, skąd przechodzi na migdałki, a nawet śluzówkę policzków, rzadziej języka. Do bardzo rzadkich przypadków należy zajęcie migdałka językowego (Tschiasny).

Wąsowski i inni opisywali przypadki zajęcia krtani. Chevalier Jackson i Vincent opisywali owrzodzenia pochodzenia fuso-spirillar-nego w oskrzelach, wreszcie szereg autorów jak Hirsch, Carnot i inni opisują przypadki owrzodzeń z nalotami na języku, podniebieniu, przegrodzie nosowej i na skrzydłach nosa, a więc już na skórze.

Do bardzo rzadkich również umiejscowień należy dno jamy ustnej i dolna powierzchnia języka. Jeden z takich przypadków, którego opis podam niżej, był spostrzegany w Klinice Wileńskiej przed niedawnym czasem.

Jeżeli owrzodzenie umiejscowi się w okolicy ostatniego zęba trzonowego żuchwy, niejednokrotnie spostrzega się szczękościsk; prawie zawsze daje się stwierdzić cuchnienie z ust (foetor ex ore).

Przebieg choroby.

Przebieg choroby bywa rozmaity. Przeważnie choroba trwa 1—2 tygodnie (Reiche), owrzodzenia oczyszczają się z nalotów i na-

stępuje wygojenie. W cięższych przypadkach objawy dosięgają znacznego natężenia. Chory jest osłabiony, rozbity, odczuwa silne bóle podczas jedzenia. Ciepłota ciała dochodzi do 39°C. wieczorami.

Owrzodzenia i naloty powiększają się, obejmują nieraz cały migdałek, rzadko jednak sprawa przechodzi na migdałek drugostronny. Język pokrywa się szarym nalotem. Spostrzega się niemiłą woń z ust. Powoli jednak naloty się oczyszczają, ciepłota opada, owrzodzenia goją i chory po 8–10 dniach wraca do zdrowia. Spotykamy jednak przypadki bardzo ciężkie, a nawet śmiertelne. W takich razach stan chorego odrazu jest niepokojący. Ciepłota waha się pomiędzy 39°–40°C. Owrzodzenia i naloty znacznie się powiększają, tkanka migdałkowa ulega martwicy, zjawiają się krwawienia, naloty czernieją, występuje wybitny foetor ex ore, stan ogólny zostaje upośledzony i wreszcie chory umiera z objawami ogólnego zakażenia i wyczerpania mięśnia sercowego.

Takie przypadki zostały opisane przez von de Stöcklina, Lämerhirta, Barona, Bruce'a i innych.

W przypadku Frenzla owrzodzenia na podniebieniu i w gardle tak zniszczyły tkanki, że został odstonięty kręgosłup. Śmierć w takich przypadkach przez zakażenie wtórne (Reiche) następuje wskutek zmian wywołanych.

Anatomja patologiczna, Bakterjologia.

W lekkich postaciach choroby powstaje obraz wrzekomobłoniastego zapalenia. Wysiłek surowiczy wraz z leukocytami krzepnie, lecz warstwy podstawowe nabłonka pozostają nienaruszone. W cięższych przypadkach zapalenie obejmuje wszystkie warstwy tkanki nabłonkowej, sięgając głębiej pod nabłonek i występuje obraz martwicy; taki obraz charakteryzuje formę wrzodziejącą. Badanie mikroskopowe wykazuje martwicę poszczególnych warstw. Powierzchnie rozszerzenia naczyń nie stwierdza się, nieco głębiej występuje warstwa, charakteryzująca się zastojem i wreszcie wał leukocytarny, jako linja odgraniczająca, skąd pochodzi, po przejściu zapalenia, odnowa przez wytwarzanie ziarniny i następcze zbliznowacenie.

W tkankach zajętych sprawą chorobową znajdujemy zwykle laseczkę wrzecionowatą i towarzyszący jej krętek (Vincent) w porządku następującym: w warstwach powierzchniowych znajdują się wrzecionowce w dużej ilości obok krętek i innych drobnoustrojów, jak gronkowce, łańcuszkowce, dwoinki zapalenia płuc, laseczki błonicy

i inne; głębiej spotykamy wrzecionowce, przenikające wgłąb tkanki. Meyer natomiast podnosi, że we wszystkich warstwach spotyka się krętek towarzyszący laseczce wrzecionowatej. Analogicznie zapatruje się Dietrich. Natomiast Fränkel, przedstawiając pięknie wykonane mikrofotogramy, dochodzi do wniosku iż trudno jest i rozgraniczać warstwy w rozłożeniu drobnoustrojów.

Laseczka wrzecionowata (bact. fusiforme) jest prosta lub słabo wygięta, nieruchoma, gramujemna; bieguny ma cienkie, wyciągnięte i ostro zakończone. W preparacie laseczki leżą pojedynczo lub układają się po dwie w kształcie litery S; łatwo barwią się błękitem metylenowym Löff'era lub barwnikiem Giemzy. W protoplazmie powstają miejsca słabiej zabarwione i jaśniejsze.

Krętki ustne są bardzo cienkie, dłuższe od laseczek wrzecionowatych i słabiej się barwią; skręty ich są nierówne i nieprawidłowe. Często można spotkać krętki długie i grube obok cienkich i krótkich. Niewiadomo, czy tworzy, wykazujące tak duże różnice morfologiczne, należą do jednego gatunku, czy też mamy tu do czynienia z mieszaniną gatunków.

Do hodowania krętek używa się podłoży, zawierających białko nieskażone, gdyż dotąd na podłożach stałych hodowli nie otrzymano. Wygłaszano poglądy, iż laseczka wrzecionowata jest jedną postacią ze stadiów rozwojowych krętek (cytowane przez Gryglewicza), a więc moglibyśmy przyjąć, że mamy do czynienia z jednym drobnoustrojem. Podobnie przypuszczają Herrel i Voss. W hodowlach kłótych krętki rosną w kolonjach w postaci plamek białawych, laseczki wrzecionowate zaś w postaci żółto-białawych ziarenek. Hodowle obu drobnoustrojów jednakowo cuchną.

Etjologia i patogeneza.

Jaką właściwie rolę odgrywa współzycie krętka i laseczki wrzecionowatej? Już Baumgarten wypowiedział pogląd, że drobnoustroje Vincent'a nie są przyczyną, wywołującą chorobę, lecz drobnoustrojami towarzyszącymi.

Beck i Kerl podnoszą niepewność etjologii choroby, gdyż laseczki wrzecionowate, jak również krętki są spotykane w normalnej jamie ustnej, zaś powstanie choroby uzależniają autorzy od czynnika wyzwalającego, który może być natury chemicznej, podobnie jak to ma miejsce w zapaleniu jamy ustnej pochodzenia rtęciowego. Że jednak symbioza, rozważanych drobnoustrojów zdolna jest wywołać objawy chorobowe, to wynika z szeregu prac różnych autorów

Smidt i David doświadczalnie na zwierzętach dowiedli, że tylko symbioza laseczki i krętka wywołuje zmiany chorobowe w postaci ropni i zgorzeli, każdy zaś zarazek z osobna nie wywoływał tych zmian.

Nowsze prace (Albray, Raymonde) rozszerzają teren zadziałania tych zarazków. Fusospirilloza może być czynnikiem etiologicznym całego szeregu schorzeń wychodzących z jamy ustnej, jak zapalenie ucha środkowego, zgorzel płuc, a nawet ropnie mózgu, jak to miało miejsce w przypadku Thompsona, gdzie po usunięciu zęba wytworzył się ropień mózgu o zakażeniu krętkami i laseczkami wrzeczionowatymi.

Wąsowski podaje również przypadek ropnia mózgu, w którym znalazł w ropie wrzeczionowce i krętki.

Zakażenie wychodzi z jamy ustnej, gdzie zarazki mogą istnieć jako normalna flora. W pewnych jednak bliżej nieznanymi warunkach można zakazić się z zewnątrz.

Kassowitz w r. 1913 demonstrował w Wiedniu, w T-wie Leksarskim chorego ze zmianami chorobowymi na języku, śluzówce policzków, krtani i odbytu.

Jelinek opisuje epidemię fusospirillozy w oddziałach IV Armii Jugosłowiańskiej. Podczas tej epidemii obserwowano przypadki zmian chorobowych na palcach, wywołanych właśnie przez fusospirillozę.

Talice i Rodolfo podają przypadek, gdzie matka w wieku 40 lat i troje dzieci w wieku 5—7 lat, w jednym domu, pokolei przechodzili anginę Plaut-Vincent.

Nie brak również przypadków, kiedy angina przebiegała równocześnie z błonicą (Spray, Robb, Spalding).

Wielu autorów sądzi, że normalna flora ustna, w tej liczbie krętka i wrzeczionowce, a szczególnie w przypadkach próchnicy zębów (Bernheim i Pospischill), zdolna jest wywołać zmiany chorobowe z chwilą, gdy odporność organizmu osłabnie; sprzyja temu cały szereg czynników, do jakich należy zaliczyć złe odżywianie, nadużycie palenia tytoniu i zatrucie rtęcią; prócz tego, istnieją i inne nieznanne czynniki.

Należy również podkreślić, iż często objawy, wywołane fusospirillozą (Escat), występują przed objawami całego szeregu chorób jak gruźlica prosówkowa, owrzodzenie II-rzędne przymiotu i inne,

Rozpoznanie.

Sam obraz kliniczny choroby nie jest decydujący, znane są bowiem przypadki wrzodzącego zapalenia gardła wywołane przez gronkowce złociste, jak to miało miejsce w przypadku Grangeau'a. Podobny przypadek podaje Brüggemann: wystąpiły tu typowe objawy anginy Plaut-Vincent, jednak w preparatach znajdowano przeumokoki i dopiero surowica przeumokokowa dała wyleczenie. Nie należy także zaniedbywać badań bakteriologiczno-drobnowidowych; preparaty należy robić mazane. Wiele również wyjaśnić mogą badania anatomiczno-patologiczne.

Do celów dajagnostycznych ważne jest, aby wykryć omawiane dwa drobnoustroje razem i w większej ilości (Beck, Kerl), przytem stwierdza się (Giussani) w warstwach nekrobiotycznych powierzchniowych symbiozę krętka i laseczki, zaś głębiej więcej laseczek a na granicy demarkacyjnej owrzodzeń same laseczki.

Powracając jeszcze do samych owrzodzeń, podnieść należy, że trudno bywa odróżnić je od owrzodzeń pierwszo — i drugorzędno przymiotu. Próba Wassermanna nie zawsze jest w takich przypadkach miarodajna. W podejrzanych przypadkach trzeba się opierać na braku symbiozy, jak również na wyglądzie krętka bladego. Brak jest również bolesności gruczołów szyjnych w przypadku pierwszorzędnego przymiotu na migdałku.

W przypadkach wątpliwych nie należy zaniedbywać punkcji gruczołów chłonnych i badania wydobytego przy tej punkcji płynu. Do rozpoznania anginy może dopomóc charakterystyczny zapach słodkawym z ust.

Leczenie.

Leczenie powinno być ogólne i miejscowe; w lekkich przypadkach wystarcza przemycie migdałków chorych, zwłaszcza krypty z owrzodzeniami i nalotami. Wskazane jest płókanie wodą utlenioną w przerwach dwugodzinnych i wstrzymanie chorego od zajęć w ciągu kilku dni. Dobre daje wyniki pędzlowanie 2% płynem Lugola w roztworze wodnym lub 5% roztworem kwasu pikrynowego w 95% alkoholu.

W przypadkach ciężkich chorego kładziemy do łóżka, podajemy preparaty salicylowe, na szyję zaleca się okład rozgrzewający i płókanie. Jeżeli takie postępowanie daje mały wynik, owrzodzenia zasypujemy proszkiem neosalwarsanu albo pędzlujemy 10—20% roztworem tego środka w glicerynie, lub 10—20% roztworem preparatu bizmutu jak luatol, trepol i t. p.

W bardzo ciężkich przypadkach stosuje się wlewania dożylnie neosalwarsanu, którego wpływ nieraz bywa bardzo dodatni i chory wraca do zdrowia.

Przypadki takiego wyleczenia opisywali w naszej literaturze Lubliner, Sokołowski i Dembiński (cytow. w/g Szmurły). Mangabeira Albernaz z Brazylii radzi zamiast neosalwarsanu stosować rozpuszczalne sole bizmutu do leczenia miejscowego, jak również do zastrzykiwań śródmięśniowych.

Otrzymane wyniki mają przewyższać to, co obserwowano po preparatach arsenowych, jak to wykazały również spostrzeżenia Szmurły.

Po zapoznaniu się z historią anginy Plaut-Vincent'a i jej klinika przechodzimy teraz do opisanie przypadków spostrzeganych i leczonych w klinice Otolaryngologicznej U. S. B.

Niektóre z tych przypadków odstępują w znacznej mierze od zwykłej postaci anginy Plaut-Vincent'a i dlatego uważamy za niezbędne podać je w opisie szczegółowym.

Przypadek I. Chora H. P. lat 30, panna, gospodyni. Przybyła do Kliniki 5/XII—1932 ze skargami na ból w gardle przy polykaniu, bolesność w jamie ustnej przy poruszaniu językiem, ból zębów, krwawienie z dziąseł i uczucie wypełnienia czemś w jamie ustnej. W dzieciństwie chorowała na odrę, później na tyfus i malarję. Obecnie przed wyżej wymienionymi skargami czuła się zupełnie dobrze.

Stan obecny: Budowa prawidłowa, odżywienie mierne, ciepłota ciała 37,8° C., tętno 90/min. dobrze wypełnione, miarowe, gruczoły podżuchowe i na szyi powiększone—przy ucisku bolesne. Ze strony narządów wewnętrznych nic szczególnego.

Nos. Przegroda nieco skrzywiona w prawo, przewody drożne prawy nieco węższy. Muszle dolne nieco obrzmiałe i zaczerwienione. Na przegrodzie w przedniej dolnej części, po stronie lewej i na dnie nosa po stronie lewej, owrzodzenie pokryte biało-szarawym nalotem; pod nalotem nieco krwawi.

Jama ustna i gardło: Wybitnie nieprzyjemny słodkawy zapach z ust; na wardze górnej po stronie prawej małe owrzodzenie pokryte nalotem. Na błonie śluzowej policzka i na dziąśle, za ostatnim zębem trzonowym dolnym, po stronie prawej, owrzodzenie pokryte szaro-białawym nalotem; przy zdejmowaniu nalotów nieco krwawi. Dolna powierzchnia języka i jego brzeg o pasie 1½ cm. pokryte szaro-białawym nalotem, miejscami oddzielającym się i krwawiącym.

Na migdałku prawym, w górnym biegunie szary nalot. Łuki podniebienne czerwone, tylna ściana gardła przekrwiona.

Krtani. Ze względu na dużą bolesność i niemożność szerokiego otwarcia ust nie badano.

W preparatach mazanych, wziętych z poszczególnych owrzodzeń, stwierdzono pod drobnowidzem analogiczne obrazy. W każdym polu widzenia liczne łaseczki wrzecionowate, układające się gdzieś w kształcie litery S, oraz liczne, o skrętach nieregularnych, krętki. Obok tego nieliczne pałeczki i ziarenkowce. Łaseczki wrzecionowate i krętki w każdym polu widzenia stanowiły prze-

ważającą większość drobnowidzi. Preparaty barwiono gramem i błękitem metylowym Löfflera.

Uszy. Nic patologicznego nie stwierdzono.

Krew. Ciałek czerwonych 4.800.000, ciałek białych 10.800 w mm³. Odczyny kiłowe (Dr. Karyszkowski) ujemne.

Z chwilą ustalenia rozpoznania anginy Plaut-Vincenta i owrzodzeń poszczególnych o charakterze wrzekomo błoniastym o etiologii fuso-spirillarnej, rozpoczęto leczenie Kasbis'em—preparatem bizmutu.

Widzimy więc, iż w powyższym przypadku, krętek i łaseczka wrzecionowata, stanowiły czynnik etiologiczny do wywołania typowych objawów anginy Plaut-Vincent z jednej strony, z drugiej zaś te same charakterystyczne owrzodzenia znajdujemy na brzegu języka i pod językiem, na śluzówce przegrody nosa i na wardze górnej po wewnętrznej stronie. Przypadek taki, oczywiście, należy do rzadkości, a spostrzeżenia nad takimi nietypowymi umiejscowieniami potwierdzają przypadki obserwowane przez innych autorów oraz potwierdzają, iż istnieją różnorodne postaci i procesy patologiczne, wywołane przez fuso-spirillozę.

Tak np. Anthon i wielu innych autorów przyjmują, iż sprawa chorobowa zwykle bierze początek z infekcji dziąseł, co pierwszy stwierdzał w 98%; również Szmurło zwraca uwagę, że angina często rozpoczyna się owrzodzeniem za ostatnim zębem trzonowym, zębem mądrości, który tak wcześnie ulega próchnicy.

Przypadek powyższy pod względem złośliwości należy do dosyć łagodnych. Leczenie preparatami bizmutu Kasbis dało polepszenie. Przypadek ten nie był obserwowany do końca, gdyż chora wypisała się na własne żądanie.

II-gi przypadek. Chory J. W., z zawodu fryzjer, zgłosił się do kliniki 30/IV. 1930 r., ze skargami na bóle gardła. Do tego czasu na gardło nie chorował. Z chorób, w dzieciństwie przebył odrę. Pozatem na nic nie chorował. Rodzina i rodzeństwo zdrowi.

Stan obecny. Chory o odżywieniu umiarkowanym, skóra prawidłowo zabarwiona, w narządach wewnętrznych zmian chorobowych nie stwierdzono. Ciepłota 37,2° C.

Nos: Przegroda skrzywiona w prawo, przerost mierny prawej dolnej muszli

Gardło: Prawy migdałek znacznie powiększony, na przedniej bocznej powierzchni, rozległy szary nalot, przy zdejmowaniu nalotu łatwo krwawi, pod nalotem tkanka rozmiękczona.

Krtani i uszy bez zmian patologicznych.

Badanie bakteriologiczne nalotów z migdałka wykazało obecność licznych krętków i łaseczek wrzecionowatych. Zastosowano leczenie preparatem bizmutu—Kasbis'em w postaci pędzlowań miejsc dotkniętych sprawą chorobową. W ciągu kilku dni następnym chory doznał znacznego polepszenia stanu ogólnego ze zniknięciem objawów miejscowych. Ciepłota ciała powróciła do normy.

6/V—30. Chory wypisał się z kliniki, czuł się zupełnie zdrow.

Przytoczona historia choroby powyższego przypadku wykazuje iż mieliśmy typowy przypadek anginy Plaut-Vincent o względnie łagodnym przebiegu.

Zaznaczyć należy, iż leczenie miejscowe kasbis'em dało dobre wyniki.

Przypadek III. Chory G. B. lat 26, policjant, przybył do kliniki 7/X—1930, ze skargami, że od 4-ch tygodni ma bóle gardła przy połykaniu oraz bóle zębów i dziąseł.

Po tygodniu, od czasu rozpoczęcia się choroby, zauważył krwawienie z dziąseł; stan taki trwa do chwili przybycia do kliniki. Jako przyczynę choroby, podaje „przeziębienie”, pozatem w wywiadzie nic szczególniejszego.

Stan obecny: chory o odżywieniu miernym, wzrostu 172 cm. wagi 68 kg., gruczoły szyjne, karkowe, pachwinowe powiększone i twarde. Gruczoły szyjne bolesne na ucisk. Ciepłota 37,2°.

Nos: śluzówka zaczerwieniona, skrzywienie przegrody w części chrząstkowej w prawo, przewód nosowy prawy prawie niedrożny.

Jama ustna. Dziaśła zaczerwienione, miejscami pokryte słabym, szarym nalotem, miejscami krwawią. Owrzodzenia błony śluzowej policzka po stronie lewej, w okolicy ostatnich zębów trzonowych.

Gardło: tylna ściana zaczerwieniona, naczynia nastrożone, kilka grudek limfatycznych powiększonych. Na migdałkach obustronnie owrzodzenia pokryte szaro-żółtym nalotem. Duża bolesność przy badaniu.

Krtań: bez zmian szczególniejszych.

Badanie bakterjoskopowe: w nalotach, z migdałków i z jamy ustnej, stwierdzono liczne spirochety i laseczki wrzecionowate. Badanie krwi na odczyny kiłowe dało wynik ujemny.

Chory przebywał w klinice do 20/X. — 30 r., był leczony pędzlowaniem miejsc owrzodzonych w jamie ustnej i gardle, Kasbis'em oraz zastrzykami domięśniowymi łaćolu. Ciepłota ciała do dnia 12/X—30 podgorączkowa, a następnie w granicach normy.

Owrzodzenia i bolesność, w miarę leczenia, zmniejszały się. Chory wypisał się z kliniki bez objawów owrzodzeń na migdałkach i śluzówce policzka, lecz objawy stanu zapalnego dziąseł pozostały.

Przypadek ten, jak widzimy, przedstawiał obraz anginy Plaut-Vincent'a, obok zapalenia wrzodziejącego dziąseł o tej samej etiologii. Jako osobliwość, należy odnotować obustronność zajęcia migdałków, tak rzadko obserwowaną przez innych autorów.

Zupełnie jest możliwe, iż sprawa chorobowa wyszła pierwotnie z jamy ustnej.

Podkreślić należy, że w tym przypadku angina pod wpływem leczenia preparatem bizmutu ustąpiła, lecz objawy ze strony jamy ustnej pozostały, a więc pozostało ciągle źródło zakażenia. W takich przypadkach jest możliwy nawrot anginy Plaut-Vincent'a.

Salomon, Reiche, Pusateri, a w ostatnich czasach Segnin, mówiąc o przewlekłym zapaleniu migdałków, wywołanym przez fuso-spirillozę, opisywali takie nawroty anginy Plaut-Vincent'a.

Przypadek IV. Chora S. J. lat 21, krawczyni, przybyła do kliniki 30/IX, 1930 r., ze skargami na bóle w gardle przy połykaniu. Bóle wystąpiły po stronie lewej, później zjawily się po stronie prawej. Zachorowała przed 6-tygodniami, bóle głowy i łamanie w stawach. Podaje, że przyczyną choroby jest przeziębienie. W dzieciństwie przechodziła odrę i zapalenie płuc. W marcu bieżącego roku przechodziła grypę. Na choroby weneryczne nie zapadała.

Stan obecny: odżywienie mierne, blada, wzrostu średniego. Ciepłota ciała 39° C, tętno 120/min. słabo wypełnione.

Nos: śluzówka blada, pozatem bez zmian.

Jama ustna i gardło: na wargach opryszczka, nieznaczne krwawienie z dziąseł. Migdałek prawy owrzodzony, nekrotyczny, lewy pokryty brudnym nalotem.

Badanie nalotu i części nekrotycznych wykazało dużą ilość krętków i wrzecionowców, obok innych drobnoustrojów. Badanie krwi. Ciałek czerwonych 3.000.000, ciałek białych 5.000 w mm. Myelocytów 2%, młodych 7%, pałeczkowatych 12%, segmentowanych 52%, limfocytów 27%. Krzepliwość 14 min. Grupa B.

Serce: granice normalne, osłuchowo: szmer przedskurczowy na koniuszku.

Płuca: oddech zaostrozony w płatach górnych.

Mocz: ślady białka i pojedyncze wałeczki szkliste.

Posiew krwi—wyhodowano gronkowiec.

3/X—1930. Ciepłota 38,5°, stan jak wyżej, zatrzymanie moczu.

Posiew z gardła: ziarniaki typu enterokoków, laseczek błonicy nie wyhodowano. Stan bez zmian.

9/X—30. Ciepłota 28,5°. Dokonano transfuzji krwi od żony brata (grupa B) w ilości 30 cm³. Chora czuła się lepiej. Zastrzyknięto surowicę gronkowcową w ilości 50 cm³.

11/X—30. Stan ogólny pogorszył się, krwawienie z migdałka prawego.

12/X—30. Ponowna transfuzja krwi.

13/X—30. Stan bez zmian szczególniejszych.

14/X—30. Chora nieprzytomna, ciepłota 39,6°, tętno szybkie i miękkie.

15—16/X—30. Stan bez poprawy.

17/X—30. Exitus letalis.

Przez cały czas ciepłota ciała wahała się 38—39,5° C. Dokonano sekcji (Dr. Samborski, Zakład Anat. Pat. U. S. B.) podczas której stwierdzono: Oedema meningesum. Hyperaemia cerebri. Adhaesiones pleurae multiples bilaterales. Pleuritis haemorrhagica bilateralis. Antracosis glandularum peribronchial. Ecchymoses subepicardiales. Degeneratio parenchymatosa myocardii. Gangrena tonsillae dextrae. tumor lienis acutus. Hypertrophia renis sinistri. Nephritis circumscripta bilateralis. Infiltratio adiposa hepatis.

Powyższy przypadek przedstawiał obraz anginy Plaut-Vincent'a, która dała w następstwie ogólne zakażenie ustroju zakończone zejściem śmiertelnym.

W przypadku tym obok fuso-spirillozy mieliśmy do czynienia z obecnością we krwi gronkowca. Ten ostatni wszakże rzadko bywa przyczyną posocznicy, natomiast stale podkreśla się wielką złośliwość laseczek wrzecionowatych i krętków w razie przedostania się takowych do krwiobiegu.

Widzieliśmy to już w przypadku, spostrzeganym w klinice Wi-
leńskiej i opisanym przez Wąsowskiego, gdzie u żołnierza rozwinęło
się ropne zapalenie wyrostka sutkowego z ropniami na szyi, co za-
kończyło się zejściem niepomysłnym.

W naszym przypadku śmierć nastąpiła prawdopodobnie z po-
wodu krwotocznego zapalenia opłucnej i wyczerpania mięśnia serco-
wego. Możliwe jest również, iż angina Plaut-Vincent była tu sprą-
wą pierwotną, a zakażenie wtórne doprowadziło do zejścia śmiertelne-
go. Tak czy inaczej, destruktywne działanie fuso-spirillozy w tym
przypadku nie ulega wątpliwości.

P i ś m i e n n i c t w o .

J. Raczyński. Przeg. Lek. Nr. 46 i 47. 566. 1898. O tak zw. „wrzodli-
wym zapaleniu gardła” i jego odróżnianiu od błonicy. K. Lewkowicz. Przeg.
Lek. 1903. str. 137. Wretowski T. Przypadek wrzodnego zapalenia gardzieli
wywołanego przez prątki wrzecionowate Gaz. Lek. 441. 1908. Puterman i Bre-
szel. Przyczynę do wrzodzącego zapalenia gardzieli wywołanego przez la-
seczki wrzecionowate. Gaz. Lek. 1909. 355. Sokołowski A. Naloty migdałka
prawego. Demonstracja prątków Vincent. Gaz. Lek. XVIII. 492 M. XI. 227
Gantz M. Angina Vincent. 1914. M. XXIX. Mutermilch P. Dz. J. 1. 40. An-
gina Vincenti. Tryjarski. Przypadek Anginy Vincent P. Dz. J. 1. 108. Szmur-
ło J. i Kurzon. O jeźwiennoj anginie Vincent Medicinskoje Obozrenje 1906.
Moskwa. Goldenberg A. Czasopismo Lek. Łódź 1907. str. 232. Szmurło.
Choroby jamy ustnej gardła i przelyku. Wilno 1930. Wąsowski. Laseczniki
Vincenti P. Prz. O t. 1925. Talice, Rodolfo V. Epidemische Vincentsche
Angina. Inst. de Hig. Exp. Fac. de med., Montevideo. Arch. Pediatr. Uruquay 2.
Clothier, H., H. Vincent's Angina. Dent. Rec 52. 10—20 (1932). Sugihora.
Noboru Ein schwerer Fall von Angina Plaut—Vincenti mit Residuen Otologia
(Eukuoka) 4. 677—642 (1931 (Japanisch). Herrel, Voss The presents of Plaut-
Vincent's infection Archiv of. otolaryng. 14. 1—8 (1931). Albray, Raymon-
de A. Vincents infection a Tradieal and dental problem. Dent. Assoc. 73, 878—
883 (1931). Smith, Dawid T. Fusospirohetal disease of the lunge producent
with cultures from Vincents Angina. I. int. Dis. 46. 303—310. 1930. Giussani.
Contributo alla etiologia e alla patogenesi della stomatite e della angine di
Plant-Vincent. Jelinek. Nouvelle observation sur la stomatite et l'angine de
Plaut—Vincent. Acta oto-laryng. Bd. 11. H. 4. (1927). Escat. Caractère deute-
ropathique de l'angine fuso-spirillaire de Vincent. Meconnaissent frequente de
la proathie antecandente. Oto-rhino-laryneol. international Bd. 11. Nr. 6. 1927.
Spray Robb Spaldine. A case of coincident diphtheria and Vincents an-
gina. Journ. at the americ. med assoc. Bd. 88 Nr. 16. 1927. Beck Oskar und
Wilhelm. Kerl. Die angina necrotica (Plaut—Vincent) und ihre Differential-
diagnosse. Zarniko. Erkrankungen des Lymphatischen Rachenringes. Grygle-
wicz. Bakterjologia i terologia. Wilno 1928. Baumgarten. Lehrbuch der
pathogenen Microorganismen. 1911.

R É S U M É.

L'auteur, après avoir fait étude de la question de la fusospirosetose
au point de vue historique et clinique, relate quatre cas plus interes-
sants de cette affection observés pendant les trois dernières années
à la clinique Otolaryngologique de Wilno.

Le premier cas concerne une femme de 30 ans, menagère, qui
se plaignait d'une malaise générale, de la fièvre, des douleurs de la
langue des dents et de la gorge, et du saignement des gencives.
L'examen du nez, de la bouche, des amygdales et du pharynx révéla
présence des ulcérations recouvertes des fausses membranes blanches
grisâtres sur la partie antéroinférieure de la muqueuse, de la surface
inférieure de la langue et près de son bord libre, sur la gencive de
la dernière molaire gauche inférieure et sur l'amygdale droite. L'ha-
leine de la malade excessivement fétide. Saignement des ulcérations
à chaque épreuve de prélever les fausses membranes. Dans les frottis
les bacilles fusiformes et les spirilles en abondance. Le 2-me cas d'un
homme de 21 ans, coiffeur, présentait une ulcération étendue et
des fausses membranes blanches grisâtres, adhérentes et saignantes
à chaque épreuve de les détacher, sur la tonsille droite. L'examen bacté-
riologique y révéla aussi dans les frottis une association fusospirillaire.
Plusieurs attouchements de l'ulcération avec casbis (émulsion huileuse
de sel de bismuth) furent suivis de guérison rapide. Le troisième cas
avait trait à un homme de 26 ans, agent de police, chez qui les ulcé-
rations étendues se trouvaient sur la joue au voisinage des dernières
dents molaires et sur les deux amygdales (ce qui est très rare). Une
fétidité prononcée de l'haleine. L'examen bactériologique révéla la
même association fusospirillaire. Le traitement bismuthique donna aussi
une amélioration rapide du côté des amygdales, bien que l'ulcération
de gencive persistait encore à temps de sortie du malade.

Dans le 4-me cas d'une femme de 21 ans, couturière, l'ulcération
et fausses membranes de teinte sale grisâtre se sont développées sur
l'amygdale droite en état nécrotique. L'haleine très fétide. Dans les
frottis des nombreux bacilles fusiformes et spirilles, la culture du
sang révèle le staphylococque. Il fallait donc y admettre une infection
mixte qui avait provoqué une septicémie. Les complications du côté
du coeur, des poumons et des reins ne tardèrent pas à se produire
et la malade succomba deux semaines après malgré tous les efforts
thérapeutiques mises en oeuvre pour la sauver.

Prof. Dr. WACŁAW JASIŃSKI.

Z wycieczki naukowej zagranicę.

W końcu grudnia 1932 roku otrzymałem od Pana Ministra Wyznań i Oświecenia Publicznego urlop naukowy na przeciąg II trymestru dla zwiedzenia klinik dziecięcych krajowych i zagranicznych.

Celem mojej podróży było zgromadzenie materiału naukowego do zapowiedzianego na XIV Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich referatu programowego o leczeniu kiły wrodzonej.

Chodziło mi przytem nietylko o materiał książkowy, lecz w pierwszym rzędzie o poznanie placówek, prowadzących walkę z kiłą, oraz ludzi, stojących na czele tych instytucyj.

Zacząłem od Warszawy, gdzie dorobek nasz na polu walki z kiłą przedstawia się dosyć pokaźnie, jak mnie o tem przekonało zwiedzenie: oddziału dla dzieci w szpitalu św. Łazarza (dr. Michałowski), pracowni serologicznej i oddziału dla dzieci kiłowych w Domu Wychowawczym (doc. dr. Straszyński i dr. Wit. Borkowski) poradni Tow. Eugenicznego (dr. T. Welfle) oraz konferencje z przedstawicielami Departamentu Zdrowia w Ministerjum Opieki Społecznej (dr. Kowalczewski i dr. Tubiasz), Wydziału Opieki Społecznej Magistratu (naczelnik dr. C. Wroczyński, dr. Łacki) i Wydziału Obyczajowego (dr. Wikt. Borkowski) — wreszcie dłuższa rozmowa z Prezesem Pol. Tow. Eugenicznego dr. L. Wernicem, inicjatorem cyklu wykładów o kile wrodzonej, wydanych nakładem Towarzystwa w sporym zeszycie, z obszerną pracą dr. L. Wernica, poświęconą leczeniu kiły wrodzonej.

Klinika Dermatologiczna Uniwersytetu Warszawskiego oraz poradnie przeciwkiłowe, wchodzące w skład poszczególnych Ośrodków Zdrowia st. m. Warszawy były mi już znane, a materiał statystyczny dotyczący tych poradni otrzymałem dzięki uprzejmości dr. Tubiasza i dr. Łackiego.

Pobyt mój w Warszawie przeciągnął się nieco; do celowego użycia tego czasu dopomógł mi najżyczliwiej dyrektor kliniki dziecięcej U. W. prof. dr. M. Michałowicz. Z „rodziną pediatryczną”, skupiającą się w zarządzie Pol. Tow. Pediatrycznego, Klinice dziecięcej U. W. i Szpitalu Karola i Marji w Warszawie łączą mnie oddawna serdeczne stosunki, — rad byłem przeto, że te węzły zacieśniły się jeszcze bardziej i że przed wyjazdem do obcych miałem możliwość przyjrzeć się zbliska codziennej pracy naszych placówek naukowych.

Z prawdziwym uznaniem chcę tu podkreślić to, co stwierdziłem podczas dalszej swej wycieczki, — że na współpracę naukową i wymianę myśli wśród personelu lekarskiego poszczególnych zakładów zwraca się u nas w Polsce znacznie większą uwagę, niż zagranicą.

W początku lutego 1933 r. udałem się do Berlina, który znałem z dłuższego pobytu w ostatnim roku przed wybuchem wojny. Chciałem odświeżyć sobie w pamięci i ocenić rozwój poszczególnych zakładów naukowych, jak również poznać poglądy i działalność ludzi, stojących na czele walki z kiłą, tak skutecznie i umiejętnie prowadzonej w państwie Niemieckiem.

Wybitny kierownik kliniki dziecięcej Uniwersytetu Berlińskiego profesor A. Czerny, w jesieni 1932 r. ustąpił z katedry z powodu wieku. — Odtąd klinika znajduje się pod kierownictwem profesora dr. G. Bessau, znanego autora wielu prac z zakresu odżywiania niemowląt i immunologii, do niedawna kierownika kliniki dziecięcej uniwersytetu w Lipsku.

Klinika Berlińska posiada nader przestarzałe i nieodpowiadające współczesnym wymaganiom budynki; urządzenia jednak pomocnicze (Rentgen, pracownia), obszerna biblioteka oraz dobór sił naukowych (3 profesorów, prócz dyrektora kliniki) — czynią z niej wartościowy warsztat naukowy z dobrze opracowanym i ciekawie przedstawianym materiałem klinicznym.

Prof. Bessau jest dobrym wykładowcą; — poglądy swoje, niekiedy sprzeczne z utartymi w pedjatrji, wypowiada wobec młodocianego audytorjum nieraz może zbyt śmiało i bezwzględnie. Bardzo energicznie n. p. występował prof. Bessau przeciwko rozpoznawaniu przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego u dzieci, które zdaniem jego nie istnieje; pomija się zaś — wedł. prof. Bessau — w rozpoznaniach sprawę zespołu pierwotnego gruźlicy w jamie brzusznej. Do rozpoznawania tej postaci gruźlicy dopomagają rentgenogramy, w szczególności zdjęcia, dokonane po zastosowaniu odmy brzusznej (pneumoperitoneum); klinika berlińska posiada bogatą kolekcję zdjęć tego rodzaju.

Liczba hospitantów, szczególnie cudzoziemców, wybitnie zmniejszyła się w ostatnich latach — „ogon” na obchodach kliniki składał się conajwyżej z 20 lekarzy z asystentami, gdy w dawnych latach liczba hospitantów przekraczała 70—80 osób i prof. Czerny omawiał materiał z lekarzami na sali wykładowej, nie będąc w stanie ze względów technicznych wprowadzić wszystkich na sale chorych.

W klinice prof. Bessau przyjęto mnie życzliwie, dając możliwość korzystania bez ograniczeń z biblioteki; — bywałem również obecny na wykładach i obchodach, a prof. Bessau wciągał mnie nieraz w dyskusję, omawiając przypadki chorobowe.

Pragnąc odświeżyć sobie w pamięci dawniej mi znane szpitale dziecięce, udałem się po informacje do Związku docentów (Robert Koch Platz 2). — Przewodniczący tego Związku prof. dr. Adam (okulista) poświęcił mi dużo czasu i udzielił najważniejszych wiadomości. Nie wypadły one dla mnie pomyślnie, gdyż w tym czasie właśnie nastąpiło kilka zmian personalnych, utrudniających zwiedzenie zakładów. Dyrektor wielkiego szpitala dla dzieci (Kaiser u. Kaiserin Friedrich Krankenhaus w Weding) — dobrze mi znany profesor H. Finkelstein, wybitny uczony, doskonały klinicysta i zawsze miły dla cudzoziemców — ustąpił niedawno (z powodu wieku). Następca jego prof. dr. L. F. Meyer znany mi był również, jako długoletni współpracownik prof. Finkelsteina, a później kierownik zakładu dla dzieci („Kinderazyl“), skąd wyszły nader ciekawe prace z zakresu zaburzeń odżywiania i przemiany materji niemowląt.

Prof. L. F. Meyer na nowej placówce najwidoczniej dążył do zachowania tradycji swego poprzednika co do wszechstronnego opracowywania materiału szpitalnego; ze względu jednak na niedawne objęcie swego stanowiska, a może i nastroje polityczne, sprawiał wrażenie pozbawionego zwykłej pewności siebie i pogody. Wtrącając tu nawiasem, że zarówno prof. L. Meyer, jak jego dawny współpracownik dr. Nassau (z którym zetknąłem się później) oraz wymieniony wyżej prof. Adam poznali Wilno i jego okolice (Oszmiana) podczas wielkiej wojny światowej.

W szpitalu, prowadzonym obecnie przez L. F. Meyera, wybudowano przed kilku laty pawilon obserwacyjny, (względnie dla chorych zakaźnych), przystosowany według nowoczesnych sposobów do leczenia w poszczególnych pomieszczeniach obok siebie różnych jednostek chorobowych (zamiast oddzielnych pawilonów dla płonicy, błonicy i t. p.). Z pierwszego rzutu oka widać, że pawilon ten został zbudowany mniej solidnie i tańszym kosztem, niż dawne oddziały szpitalne — urządzenia jednak są celowe i dobrze pomyślane. Szpital naogół sprawia wrażenie poważnej placówki naukowej z dużym i ciekawym materiałem. Pragnę podkreślić wybitną uprzejmość starszego ordynatora tego szpitala (dr. Paschläu) i jego gotowość zapoznania mnie z materiałem szpitalnym; dzięki temu zaraz pierwszego dnia miałem możliwość być obecnym podczas pylorotomji (sposobem We-

ber - Ramstedta), dokonanej bardzo szybko i sprawnie przez ordynatora miejscowego oddziału chirurgicznego dr. Lange; wynik zabiegu był bardzo dobry.

Zwiedziłem również imponujący mi przed 20 laty Zakład państwowy do zwalczania śmiertelności niemowląt (Kaiserin Viktoria Augusta Haus); zauważyłem odrazu, że dyrektor tego zakładu (dziś już nieżyjący prof. dr. L. Langstein) bardzo podupadł na zdrowiu; „pochylił się ku starości“, i to w stopniu bardzo znacznym również sale i urządzenia tego zakładu; trudności budżetowe instytucji widoczne są wszędzie. Z nowych urządzeń i w tym zakładzie przybył pawilon obserwacyjny, urządzonej wspólnie, lecz zbyt szczupły i przeładowany. Zakład w dalszym ciągu skupia w swych murach szeroko prowadzoną akcję opieki nad niemowlętami i małymi dziećmi; akcją tą kieruje dzielnie prof. dr. Rott, który okazał mi wiele uprzejmości i zainteresowania. W gronie lekarzy zakładu spotkałem uchodźców z Rosji (dawnych Niemców nadbałtyckich), którzy przyjęli obywatelstwo niemieckie i zaaklimatyzowali się w nowej ojczyźnie. Od nich otrzymałem adres dużej kolonii lekarzy Rosjan, którzy obawiali się współżycia z władzami sowieckimi i od kilkunastu lat mieszkają w Berlinie, prowadząc instytucje społeczno-lekarskie i kulturalne dla swych ziomków uchodźców. Kierownik poradni rosyjskiej (Nachodstr. 10), nieco starszy kolega mój z uniwersytetu warszawskiego (dr. Aksienow), wspominał nie bez rozrzewnienia lata, spędzone w Polsce, tak odmienne od obecnej doli tych tułaczy.

Z zakładów szpitalnych dla dzieci zwiedziłem jeszcze bardzo dokładnie duży oddział (z osobnym terytorjum) szpitala miejskiego w Lichtenbergu (dzielnica podmiejska). Oddział ten zasługuje na poznanie, gdyż posiada obszerne i nowoczesne urządzone gmachy i duży materiał (200 łóżek), lekarzy zaś pracuje tam niewielu. Oddział ten interesował mnie ze względu na osobę kierownika, którym jest prof. dr. Erich Müller, wielce zasłużony twórca nowych metod leczenia kiły wrodzonej, ten sam, który w roku 1913 wprowadził leczenie dużymi dawkami neosalvarsanu obok stosowanego jednocześnie kalomelu, — obecnie zaś propaguje leczenie doustne spirocydem (u nas stovarsol) w dawkach b. wysokich: E. Müller podaje nawet niemowlętom po 4 tabletki á 0,25 (t. j. 1,0 stovarsolu pro die), stosując to leczenie z niewielkimi przerwami w ciągu 14 tygodni (77 okresów po 10 dni leczenia i 7 × 4 dni przerwy) — Müller uważa, że podane w ten sposób w ciągu jednej kuracji 50,0 lub wyżej stovarsolu wystarczają do wyleczenia kiły i w ogromnej

większości przypadków czynią zbędnym powtarzanie kuracji. Materiał kiłowy, jakim obecnie M. rozporządza, jest zresztą szczupły — wśród tego materiału dostrzegłem niemowlę, u którego w przebiegu leczenia stovarsolem zanotowano na karcie obecność krwi i białka w moczu — E. Müller nie przypisał jednak tych objawów działaniu ubocznemu stovarsolu, uzależniając je od samej kiły. E. Müller sprawia naogół wrażenie fanatyka, w najlepszym zresztą słowa tego znaczeniu; dyskusja z nim jednak jest z tego powodu nieco trudna. Poglądy E. Müllera są w wielu punktach sprzeczne z poglądami drugiego znawcy kiły wrodzonej prof. dr. A. Buschke, którego odwiedziłem również w jego oddziale dla chorych skórnych i wenerycznych w olbrzymim szpitalu im. Rudolfa Virchowa. Prof. Buschke wyraził zdziwienie, że szukam materiału do pracy o kile wrodzonej w Berlinie, gdzie kiła wrodzona jest obecnie rzadkością. Co do zwalczania kiły, zgodził się łatwo, że największe znaczenie posiada leczenie ciężarnych i wyrażał się przychylnie o pracy w tym kierunku dr. Philippa, docenta kliniki położniczej w Berlinie, który stosuje energiczne leczenie kobiet kiłowych w czasie ciąży. Było to dla mnie miłą niespodzianką, gdyż w piśmiennictwie znajdują się wzmianki, że Buschke jest przeciwnikiem leczenia ciężarnych. Doc. Philippa odszukałem również (klinika prof. Stöckela) i otrzymałem od niego odbitki prac i pewne wyjaśnienia. O leczeniu kiły wrodzonej rozmawiałem jeszcze z dr. Nassau, autorem ogłoszonej niedawno (1932) obszerniejszej i wartościowej pracy o kile wrodzonej; w pracy tej uwzględnione zostało b. dokładnie i wszechstronnie piśmiennictwo (nie wyłączając prac autorów polskich).

Z dużą uprzejmością i zainteresowaniem udzielił mi także wiadomości i materiału statystycznego dr. Roeschmann, poważny działacz na polu walki z chorobami wenerycznymi, długoletni sekretarz i główny motor niemieckiego Towarzystwa do walki z chorobami płciowymi („Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung des Geschlechtskrankheiten“). Miałem sposobność być na odczycie popularnym dr. Roschmanna, urządzonym podczas t. zw. „dni zdrowia“, przeznaczonych na propagandę higieny i zwalczania partactwa leczniczego w Berlinie — zaimponowało mi przedewszystkiem przepełnienie olbrzymiej sali oraz wielkie zainteresowanie, z jakim słuchano doskonałego zresztą prelegenta i jego żywego odczytu. Towarzystwo do walki z chorobami płciowymi nie ustaje w swych staraniach co do uzupełniania wprowadzonej już w życie w Berlinie ustawy o walce z chorobami wenerycznymi, — ulepsza również wzory ankiety do

lekarzy w celu zebrania możliwie dokładnych danych o rozpowszechnieniu chorób płciowych w Niemczech.

Pisząc o pobycie swym w Berlinie w okresie pożaru Reichstagu, wyborów i zwycięstwa nowych rządów, nie mogę nie wspomnieć choć słówkiem o nastrojach miasta, stosunku mieszkańców do obco-krajowców oraz nastrojach ludności polskiej w Niemczech w tych historycznych momentach.

Mając na względzie wyłącznie cele naukowe, nie starałem się badać głębiej jakichkolwiek przejawów życia politycznego; mogę przeto mówić tylko o tem, co samo rzucało się w oczy. Otóż przed wyborami i w dzień wyborów (4.III 1933) w Berlinie panowała raczej depresja, niż podniecenie; — walki wyborczej lub nawet jakiegokolwiek ożywienia nie dostrzegłem w sąsiedztwie kilku lokali wyborczych. Po zwycięskich wyborach zaznaczyła się już wyraźniej postawa oddziałów szturmowych, co po tygodniu zresztą doprowadziło do znanych gwałtów. Pierwsze ofiary tych gwałtów miałem możność widzieć w Konsulacie Rz. P. w przeddzień swego wyjazdu z Berlina. Osobiście nie doświadczyłem w Berlinie żadnych przykrości, nietylko ze strony profesorów i lekarzy lub personelu pomocniczego klinik i zakładów, lecz i ze strony mieszkańców miasta — pomimo, że spotykałem się dość często ze znajomymi i w miejscach publicznych rozmawialiśmy bez skrępowania po polsku. Co do nastrojów wśród mniejszości polskiej w Niemczech, to odczuwano tu jako krzywdę i niesprawiedliwość ograniczenia praw wyborczych oraz zawieszenie organów prasy polskiej; jak się dowiedziałem, te ograniczenia miały skutek odwrotny, bo przyczyniły się raczej do wzrostu liczby osób, które podczas wyborów opowiadały się otwarcie za przynależnością do narodowości polskiej; zauważono to zarówno w Berlinie, jak zwłaszcza na prowincji. Jeszcze słówko o wojnie. Obawa wojny była wówczas tak rozpowszechniona w Warszawie, że wielu znajomych powstrzymywało mnie z tego powodu usilnie od wyjazdu do Niemiec; wśród Polaków w Berlinie nie spotkałem najmniejszego zaniepokojenia w tym kierunku: sądzono tu raczej, że walki wewnętrzne absorbują tak wybitnie sfery rządzące, że myśl o wojnie i wykonaniu „hasel odwetowych“ z konieczności musi odejść na plan dalszy.

W połowie marca postanowiłem zwiedzić kliniki dziecięce w innych miastach niemieckich i rozpocząłem od Frankfurtu nad Menem. Klinika dziecięca zajmuje tu osobny budynek piętrowy w pięknie położonym (nad Menem) i dobrze urządzonego szpitalu miejskim. Oprócz

głównego gmachu, otwarto tu niedawno pawilon zakaźny, pokazywany z chlubą przez dyrektora kliniki (prof. v. Mettenheim) i stowiórki, jak było widać, owoc jego długich rozważań i narad z architektami, którzy przeprowadzili nader celowo i gustownie budowę tego pawilonu. Prof. dr. von Mettenheim, poważny i ogólnie znany pedjatra, a niezwykle miły człowiek, poświęcił mi dużo czasu, wobec czego mieliśmy możliwość omówienia wielu tematów. Co do leczenia kiły, to we Frankfurcie stosowany jest dość często stovarsol (spirocid), lecz w małych dawkach. — Zainteresowano się tutaj wypróbowaną przez nas w Wilnie dyetą jabłkową; ostatnio jednak we Frankfurcie używane są częściej preparaty pektyny zamiast jabłek: Soja rozpowszechniana jest szeroko przez klinikę w postaci osobnej pożywki (Sojabasan) według przepisu prof. Madera, asystenta kliniki. Klinika we Frankfurcie naogół sprawiła na mnie b. dodatnie wrażenie.

Z Frankfurtu udałem się do Heidelberga, który pociągał mnie zarówno jako ciekawe miasto o pięknych tradycjach, jak i ze względu na osobę dyrektora kliniki — prof. Moro — wybitnego pedjatri — i znanych mi z prac asystentów jego (prof. Gyorgy i dr. W. Keller). O ile miasto sprawiło istotnie niezatarte wrażenie, w samej klinice doznałem pewnego zawodu, wywołanego zresztą przez nieprzyjazny dla mnie zbieg okoliczności, albowiem prof. Moro był właśnie na wyjeździe.

Klinika dziecięca mieści się w dawno wybudowanym z ofiar prywatnych szpitalu dziecięcym (Luisenstift) i jakkolwiek posiada dużo miejsca (200 łóżek) i znać w jej urządzeniach staranie o wprowadzenie ulepszeń, jednak nie sprawia ona wrażenia nowoczesnej instytucji: zdaję sobie sprawę, że wrażenie to, oparte na powierzchownych spostrzeżeniach, nie zmniejsza znaczenia kliniki, jako wybitnej placówki naukowej.

Podobne wrażenie sprawiła na mnie i następna klinika, jaką zwiedziłem, w Würzburgu. Udałem się tam ze względu na osobę kierownika, którym jest prof. dr. H. Rietschel, dobrze znany z nazwiska nie tylko pedjatom, lecz wszystkim, którzy interesują się kiłą wrodzoną. Poglądy Rietschela na patogenезę kiły wrodzonej nie były dla mnie nowe; co do leczenia, to autor ten obawia się dotąd stosowania wysokich dawek spirocydu według metody Müllera. Z tematów, jakie omawialiśmy podczas wizytacji kliniki, wspomnę o dobrych wynikach, jakie otrzymywał Rietschel, stosując szczepionkę kokluszową w celach zapobiegawczych. Nadmienię jeszcze, że prawą

ręką kierownika kliniki w Würzburgu jest b. miły kolega — słowianin (z Rosji); liczba lekarzy w klinice w stosunku do dużego materiału jest niewielka. Prof. Rietschel pokazał mi w Würzburgu drugą ciekawą instytucję dziecięcą: wspaniale urządzone żłobek dla niemowląt (Maria Theresia Säuglingsheim), składający się z całego szeregu małych celek oszklonych (ogółem 80 łóżek) z nowoczesnymi celowymi urządzeniami do pielęgnowania zdrowych niemowląt i izolacji chorych. W Würzburgu zwiedziłem także w Zakładzie fizyki pamiątkowy gabinet prof. Roentgena, który dokonał tu wiekopomnego swego odkrycia; wśród pamiątek przeważają zresztą w tym gabinecie akcesoria myśliwskie, świadczące o upodobaniach wielkiego uczonego w tym kierunku. Po zwiedzeniu Norymbergi i Rothenburgu, które interesowały mnie ze względów historycznych, udałem się do Monachjum.

Dyrektor kliniki dziecięcej uniwersytetu w Monachjum, prof. dr. M. v. Pfaundler, zaciekał mnie nie tylko jako autor licznych i cennych prac z zakresu naszej specjalności oraz współredaktor wartościowego wielotomowego podręcznika pedjatrii (Pfaundler-Schlossman); chciałem go poznać, gdyż był on przed laty towarzyszem pracy mego niezapomnianego Nauczyciela ś. p. Józefa Brudzińskiego, z którym wraz z Moro pracowali w Gratzu pod kierunkiem jednego z pionierów nowoczesnej pedjatrii prof. T. Eschericha. — W klinice prof. Eschericha stawiałem i ja pierwsze swe kroki na polu pedjatrii w czasie, gdy prof. Escherich prowadził już klinikę w Wiedniu — jesteśmy przeto wyznawcami tej samej szkoły. Prof. Pfaundler zachował dobrze w pamięci postać Brudzińskiego i mówił o nim z wielkim uznaniem, wyrażając szczery żal, że śmierć tak wcześnie przecięła pasmo jego życia.

Klinika dziecięca w Monachjum sprawia przede wszystkim wrażenie bardzo miłe; widać na każdym kroku dbałość o estetykę i wytwarzanie pogodnego nastroju wśród chorej dźiatwy. W urządzeniach niejedno czeka na lepszą konjunkturę finansową. Osobliwością zakładu jest oddział dla gruźlicy na otwartym tarasie, umieszczonym na dachu kliniki. Pomimo dość surowego klimatu Monachjum oddział ten czynny jest w ciągu wszystkich pór roku. Materiał dziecięcy w klinice jest duży i dobrze opracowywany przez liczne grono asystentów i hospitantów na czele z dr. Ulrichem. Miałem sposobność wysłuchać wykładu prof. Pfaundlera dla lekarzy wojskowych — wykład był poświęcony aktualnym tematom z dziedziny pedjatrii, zwłaszcza odżywianiu dzieci oraz zapobieganiu i leczeniu chorób za-

każnych — Pfaundler jest gorącym zwolennikiem stosowania surowicy ozdowieńców, rozszerzając wskazania prócz odry (zapobiegawczo) i choroby Heine-Medin'a (lecniczo) na płonice, błonice i inne postaci chorobowej bardzo chętnie również stosuje wstrzykiwania krwi ludzkiej dożylnie (przetaczania) i domięśniowo, jako leczenie bodźcowe. Zaslugą Pfaundera jest zwracanie w kartach choroby dużej uwagi na opis stanu fizycznego dziecka z uwzględnieniem wskaźników i wykresów (somatogramy).

W Monachjum zwiedziłem także oddział dla dzieci w wielkim szpitalu podmiejskim (Schwabing). Oddział ten, prowadzony przez profesora Huslera, byłego współpracownika kliniki uniwersyteckiej, urządony jest wspaniale, można powiedzieć z przepychem; w czasie jednak, gdy go zwiedzałem, wypełniony był tylko do połowy (około 120 łóżek na 200) i posiada stanowczo zbyt mało sił lekarskich, aby materiał mógł być należycie opracowany.

Oprócz kliniki i szpitala dziecięcego, miałem możliwość poznać dokładniej Zakład chemii fizycznej uniwersytetu w Monachjum. Zakład ten został świeżo wybudowany dzięki sumom, otrzymanym z fundacji Rockefellera, co zawdzięczać należy osobie i staraniom kierownika zakładu, a rodaka naszego prof. dr. Kazimierza Fajansa (z Warszawy). Zakład zakreślony jest na szeroką miarę i posiada celowe a kosztowne urządzenia i przyrządy do najbardziej precyzyjnych badań naukowych. Miło mi tu zaznaczyć uprzejmość prof. Fajansa, który szczegółowo zapoznał mnie z ciekawym swym zakładem, oraz wielką gościnność, jakiej w domu jego doznałem.

Wycieczka moja po państwie niemieckim miała się ku końcowi — po zwiedzeniu Alp Bawarskich udałem się do Drezna, gdzie poprzestałem na wędrowce po znanych galerjach i muzeach, nie wyłączając zresztą bogatego muzeum higienicznego, mieszczącego się w gmachach powystawowych. Oddział dla dzieci w szpitalu miejskim, niedawno wybudowany i posiadający według Pfaundera wspaniałe i nowoczesne urządzenia, został, niestety, zamknięty z powodu zbyt wysokich kosztów utrzymania, a kierownik tego oddziału prof. Baarth nie był obecny w Dreźnie.

Z Drezna udałem się do Pragi, pragnąc poznać lepiej zarówno stolicę Czechosłowacji, jak i niektóre zdrojowiska, czynne w ciągu całego roku. Wycieczka do zdrojowisk (Karlove Vary, Jachimov, Podjebrady) dała mi tylko w przybliżeniu pojęcie o ich walorach ze względu na zbyt wczesną porę roku — Pragę natomiast poznałem dokładnie, zwiedzając zarówno jej zabytki historyczne i ciekawe gmachy, jak urządzenia lekarskie i społeczne.

Praga doniedawna posiadała 4 kliniki uniwersyteckie w zakresie pedjatrii: w uniwersytecie czeskim prowadzili je prof. Svehla i prof. Pešina, w uniwersytecie niemieckim — prof. Fischl i prof. Langer. W ostatnich latach stosunki te uległy zmianie: prof. Svehla zmarł, a prof. Pešina i prof. Fischl ustąpili z katedr z powodu wieku. Obiedwie kliniki czeskie — dla niemowląt i dzieci starszych — prowadzi obecnie prof. Brdlik (z Bratislavy). W klinice dla niemowląt uniwersytetu niemieckiego objął zastępczo wykłady dr. Epstein, syn nieżyjącego już wybitnego profesora pedjatrii z Pragi, poprzednika prof. Fischla. Prof. Brdlik zapoznał mnie tylko z częścią kliniki, przeznaczoną dla niemowląt. — Widać tu wyteżoną pracę w kierunku nadania zakładowi cech współczesnych; zaczęto od wyodrębnienia „oddziału fizjologicznego“ (dom wychowawczy) od „oddziału patologicznego“ (klinika). — Posiadanie w zakładzie zdrowych niemowląt oraz wybitnie społeczny charakter instytucji posiadają duże znaczenie pod względem dydaktycznym, a pomocnicze urządzenia dają możliwość pracy naukowej, o czym przekonałem się niedawno w Poznaniu na XIV Zjeździe Przyrodników i Lekarzy, gdzie w sekcji pedjatrycznej wygłoszono z tej kliniki kilka ciekawych odczytów. Oddział dla starszych dzieci (2-ga klinika dziecięca) mieści się w starym szpitalu i domaga się podobno gruntownej przebudowy.

W części niemieckiej domu wychowawczego poznałem prof. Fischla, który już tylko jako gość przychodzi do zakładu; pragnąłem nawiązać z nim rozmowę co do leczenia kily ze względu na poglądy Fischla, odbiegające w kilku punktach od większości innych pedjatrów; — wykład dr. Epsteina przerwał nam, niestety, tę rozmowę. — Wykład i sposób prowadzenia kliniki wykazały umiejętność wyzyskania przez kierownika dość szczupłego materiału klinicznego — zakład, podobnie jak po stronie czeskiej, znajduje się w stadium reorganizacji.

Oddział dla dzieci starszych (II klinika niemiecka), prowadzony przez prof. Langerę mieści się w niedawno odnowionym szpitalu dziecięcym i posiada duży materiał. Kierownika kliniki w Pradze nie zastałem, — z materiałem szpitalnym zapoznali mnie uprzejmie asystenci (wszędzie w Pradze bardzo liczni), w tej liczbie syn prof. Langerę.

Zakłady społeczno-lekarskie Pragi poznałem dobrze dzięki uprzejmości i serdecznej gościnności dr. G. Manna, pedjatri, z którym miałem sposobność poznać się w Wilnie podczas wycieczki lekarzy czeskich do Polski.

Prymarjusz dr. Mann prowadzi od szeregu lat zakład dla niemowląt (żłobek i szpital) w miejscowości podmiejskiej Krč. Zakład ten powstał jako fundacja prywatna i posiada duże, pięknie położone terytorjum oraz solidnie budowane gmachy. Obecnie jednak istnieją znaczne trudności finansowe, które nie pozwalają wyzyskać w całości gmachów i urządzeń: zamknięto osobny oddział dla dzieci kiłowych, wzorowany na skandynawskich „domach Welandera”, — a i w oddziale ogólnym pomimo wielkich starań i wysiłków poczyniono z konieczności pewne ograniczenia. Zakład prowadzony jest jednak na wzór kliniczny i posiada ciekawy materiał naukowy.

Dzięki nawiązanym podczas wspomnianej wyżej wycieczki czeskiej przyjacielskim stosunkom ze Szpitalem Karola i Marji w Warszawie asystentka dr. Manna (dr. Králova) przyjechała na czas dłuższy do Warszawy; była ona wówczas i w Wilnie i mieszkała w klinice dziecięcej U. S. B. podczas III Zjazdu Pedjatrów Polskich; asystentka zaś Szpitala Karola i Marji (dr. Cywińska-Łyskawińska) bawiła następnie przez pewien czas w Krču w celach naukowych.

Prymarjusz dr. Mann, po zapoznaniu mnie ze swym zakładem, ułatwił mi także dokładne zwiedzenie imponujących swym ogromem i nowoczesnymi urządzeniami zakładów społeczno-lekarskich pod ogólną nazwą „Masarykowe Domovy”. Jest to wielki kompleks gmachów (23 budynki), przeznaczonych dla wielu instytucji społecznych i lekarskich, jak przytułki dla starców, nieuleczalnych i przewlekle chorych, oddziały dla chorych psychicznie oraz dla umysłowo niedorozwiniętych dzieci, — dla dzieci porzuconych, jak również dla dzieci w początkowym okresie gruźlicy, otrzymujących tu prócz leczenia naukę szkolną. Ogólna liczba osób, korzystających z zakładów społecznych i leczniczych, przekracza 2 tysiące, a z personelem pielęgniarskim i administracyjnym zakłady te liczą 3000 osób i tworzą jakgdyby osobne miasteczko, posiadające własne urządzenia komunikacyjne (kolejka), teatr, kino i t. p. Masarykowe Domovy są fundacją państwową i społeczną, ufundowaną na cześć Prezydenta Masaryka w X rocznicę niepodległości Państwa; — zakłady te przynoszą zaszczyt naszym pobratymcom i sąsiadom, jako żywy pomnik ich uczuć patriotycznych oraz umiejętne zaspokojenie istotnych potrzeb społecznych.

W środku miasta poznałem jeszcze dzięki uprzejmości dr. Manna ciekawy i okazały „Dom lekarzy czeskich”, duży gmach z salą posiedzeń, biblioteką, czytelnią i salami klubowymi, — zbudowany i utrzymywany przez towarzystwa lekarskie.

Pragnę na tem miejscu wyrazić głęboką wdzięczność prymarjuszowi dr. G. Mannowi za jego prawdziwie ujmującą uprzejmość, szczerą gościnność i poświęcenie prawie całego dnia na pokazanie mi wyżej wymienionych zakładów i urządzeń.

W drodze powrotnej do Wilna zatrzymywałem się jeszcze w Krakowie, gdzie odwiedziłem Senjora pedjatrów naszych prof. dr. K. Lewkowicza, który pokazał mi rozszerzone pracownie chemiczne kliniki dziecięcej U. J., warsztat wielu ciekawych prac tej kliniki z zakresu równowagi kwasowo - zasadowej.

W Krakowie odbyłem także konferencję z prof. dr. F. Walterem, dyrektorem kliniki dermatologicznej i koreferentem tematu zjazdowego o leczeniu kiły wrodzonej.

Końcowym etapem mojej wycieczki było wreszcie odwiedzenie Sanatorjum dla dzieci im. Rektora Józefa Brudzińskiego w Górcie pod Buskiem. Jak widać z przebiegu mej wycieczki, do Sanatorjum w Górcie przyjechałem bezpośrednio po zwiedzeniu szeregu miast oraz ciekawych i wspaniałych gmachów w Niemczech i Czechosłowacji. Wrażenia te jednak nie zmniejszyły ani trochę szczerego podziwu mego i prawdziwego uznania dla tego zakładu leczniczego, który powstał dzięki niezmordowanej pracy i zabiegom dr. Starkiewicza, godnego następcy tych naszych jałmużników — lekarzy, którzy w drugiej połowie ubiegłego stulecia tworzyli własnym trudem i wysiłkiem szpitale i instytucje dziecięce we Lwowie, Krakowie, w Warszawie i Rabce.

Miło i pożytecznie spędziłem półtora dnia w Górcie; gdy dzieliłem się z drogim mi kolegą dr. Szymonem Starkiewiczem świeżo otrzymanymi wrażeniami, doszedłem do wniosku, że nasze placówki pedjatryczne, aczkolwiek mniejsze i uboższe, pozwalają myśleć spokojnie o rozwoju i przyszłości pedjatrii polskiej; patrząc zaś na swego rozmówcę, cieszyłem się przede wszystkim, że posiadamy w Polsce ludzi gotowych do ofiarnej pracy dla dobra młodych pokoleń Odrodzonej Ojczyzny.

Pierwsze dziesięciolecie działalności Zakładu Higjeny U. S. B. w Wilnie. 1923—1933.

Podali

KAZIMIERZ KARAFFA-KORBUTT i ALEKSANDER SAFAREWICZ

Dane chronologiczne. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra W. R. i O. P. w sprawie organizacji studjów lekarskich w uniwersytetach państwowych z dnia 18 października 1920 r., higienę wykłada się na V kursie w ilości 40 godzin wykładów i 20 godzin ćwiczeń. Wobec tego, że Uniwersytet Wileński rozpoczął swe czynności w jesieni 1919 r., wykłady higieny przypadają na jesień 1923. Tak się też stało: pierwsze wykłady higieny zostały wygłoszone w listopadzie 1923.

Personel naukowo-pomocniczy od początku organizacji zakładu do końca r. 1929 stanowiły następujące osoby: 1) Dr. Witold B r y n k, st. asystent 1923—1924; 2) Prof. Dr. Aleksander S a f a r e w i c z, starszy asystent od r. 1923, od r. 1929 — adjunkt; 3) Dr. med. Janina B o r t k i e w i c z ó w n a, mł. asystent od roku 1926, starszy od roku 1929; 4) Porucznik Dr. Stanisław R o n d o m a ń s k i, asystent łącznikowy od r. 1926 do 1931; 5) Jan K i e w l i c z, asystent nadetatowy (bezpłatny) 1925—1927; 6) Dr. Feliks K a s p e r o w i c z, asystent nadetatowy (bezpłatny) od r. 1928; 7) Mr. chem. Kazimierz R o d z i e w i c z, asystent tytularny od r. 1931; 8) Podpułkownik Dr. Adolf M a l i n o w s k i, asystent łącznikowy od r. 1932.

Lokal. Z początku wykłady odbywały się w zakładzie anatomji patologicznej (1923/24), następnie od wiosny 1924 r. w miejskiej stacji analitycznej przy ulicy Hetmańskiej Nr. 3; dopiero w kwietniu 1925 r. zakład mógł się przenieść do własnego lokalu w szpitalu wojskowym na Antokolu, gdzie mieści się obecnie. Zajmuje on tam osobny budynek murowany, piętrowy, bez sutereny. Liczba wszystkich ubikacyj wynosi 17, włączając hall, przedpokoje, ustępy; samych ubikacyj dla celów pedagogiczno-naukowych jest 11. Ogólna kwadratura 456 m². Zakład zaopatrzone w wodociąg, kanalizację (z dołami kloacznymi), oświetlenie elektryczne i trzy szafy wyciągowe. Miejskowa instalacja gazowa („gazol“ w cysternach) została uruchomiona dopiero na wiosnę 1930 r.

Inwentarz zawierał w końcu roku 1932/33 w dziale mebli 283 pozycyj, wartości 8.423 zł., w dziale pomocy naukowych 511 pozycyj, wartości 10.822 zł.; biblioteka zakładu posiadała 1.082 tomów, wartości 28.624 zł. W bibliotece znajduje się m. i. komplet *Archiv für Hygiene*, wynoszący 105 tomów.

Działalność pedagogiczna. Wykłady dla studentów V kursu rozpoczęły się dn. 14. XI. 1923 r. i odbywają się po 4 godziny tygodniowo. Ćwiczenia 5 godzin tygodniowo odbywały się początkowo według rozkładu ministerjalnego w trimeszcie wiosennym. Od roku 1924, po uzyskanej aprobacie Rady Wydziałowej, ćwiczenia rozszerzono na wszystkie trzy trimestry roku akademickiego, a w roku 1927 wprowadzono. obok grupowych ćwiczeń z zakresu metodyki badań higienicznych, obowiązkowe zadania sanitarne; każdy student według swego życzenia wybiera sobie z listy, zawierającej około 200 tematów, i wykonywa samodzielnie, pod kierownictwem asystentów zakładu, indywidualne zadanie sanitarne. Niektóre z wykonanych zadań posiadają walory nie tylko pedagogiczne, lecz i naukowe, służą jako materiał dla późniejszych opracowań zbiorowych. Frekwencja na wykładach wynosi 5—30% ogółu zapisanych studentów, zależnie od trimestru, na ćwiczeniach zaś 100%.

Podajemy niżej program, według którego wykładano higienę oraz przeprowadzano ćwiczenia ze studentami

PROGRAM HIGJENY.

I. Zasady statystyki sanitarnej.

1. **Metodyka badań statystycznych.** Definicje. Szeregi statystyczne. Zjawiska nomologiczne i idjograficzne. Charakterystyka szeregów. Interpretacja graficzna. Korelacja i współczynnik korelacji; przykłady. Technika badania statystycznego; kolejność i charakterystyka poszczególnych części tego badania.

2. **Statyka i dynamika ludności.** Definicje. Obszar, ludność bezwzględna i gęstość zaludnienia. Rozkład ludności według cech biologicznych (płci, wieku) i niebiologicznych; przykłady. Śmiertelność, jej współczynniki. Stosunki korelacyjne pomiędzy śmiertelnością a innymi zjawiskami. Śmiertelność a zabiegi sanitarne. Tablice wymieralności. Rozrodezość. Ślubność. Migracja.

3. **Chorobowość ludności.** Definicje. Źródła statystyki chorobowości. Współczynniki chorobowości. Choroby zakaźne w Polsce. Chorobowość według płci i wieku. Stosunki korelacyjne pomiędzy chorobowością a innymi zjawiskami; przykłady.

II. Odżywianie.

4. **Prawa i normy odżywiania.** Definicje. Sposoby badania przemiany materji i energii. Równowaga przemiany materji i potrzeba energii. Substancje odżywcze, ich charakterystyka chemiczna i fizjologiczna. Używki. Wegetarianizm.

Trawienie. Resorpcja. Pożywność. Strawność. Teoria Pirquet'a. Normy odżywiania się. Objętość, waga i konsystencja pokarmu. Odżywianie mas. Technologia produktów spożywczych. Sposoby, zmierzające ku polepszeniu odżywiania ludności.

5. **Produkty spożywcze i używki.** Przygotowanie i przechowywanie produktów spożywczych. Zastosowanie zimna sztucznego. Konserwowanie produktów. Kontrola sanitarna. Mleko. Przetwory mleczne. Margaryna. Mięso. Metody konserwowania. Jaja. Zboże, mąka, chleb. Strączkowe. Ziemniaki. Jarzyny. Grzyby. Owoce. Cukier. Sacharyna. Przyprawy. Napoje alkoholowe. Używki zawierające alkaloidy. Tytoń. Badanie i sanitarna ocena produktów spożywczych i używek.

III. Regulacja ciepła w ustroju.

6. **Ekonomia ciepła w ustroju człowieka.** Produkcja, oddawanie i regulacja ciepła. Wpływ czynników meteorologicznych na regulację ciepła. Rozstrój regulacji. Porażenie słoneczne i ciepłne.

7. **Powietrze.** Skład chemiczny. Znaczenie higieniczne części składowych. Zanieczyszczenie powietrza gazami i kurzem. Metody badania.

8. **Zjawiska fizyczne w atmosferze.** Ciepło, ciśnienie, prądy, wilgotność, elektryczność powietrza. Znaczenie higieniczne tych zjawisk. Metody badania.

9. **Klimat.** Definicje. Pogoda i klimat. Typy klimatyczne. Strefy klimatyczne. Aklimatyzacja.

10. **Odzienie.** Higieniczne funkcje ubrania. Materiały, tkaniny i ich własności pierwiastkowe. Własności tkanin wtórne. Stosunek tkanin do powietrza i wody. Termiczne własności tkanin. Oddzielne części ubrania. Obuwie. Metody badania.

11. **Pielęgnowanie skóry.** Znaczenie higieniczne. Kąpiele.

IV. Mieszkanie i siedziba.

12. **Gleba.** Ogólne znaczenie higieniczne. Stosunki geognostyczne. Budowa mechaniczna. Temperatura, powietrze, wilgotność gruntu. Zanieczyszczenie. Drobnoustroje. Metody badania.

13. **Ogólna higiena budowlana.** Planowanie budynku. Sanitarna ocena materiałów budowlanych. Fundament. Ściany. Podłogi. Polepa. Wilgotność ścian. Metody badania.

14. **Wentylacja mieszkań.** Definicje. „Kub powietrzny”. Wielkość wentylacyjna. Przewietrzanie naturalne i sztuczne. Badanie przewietrzania.

15. **Oświetlenie mieszkań.** Wymagania higieniczne. Fotometrja. Normy. Oświetlenie naturalne i sztuczne. Ocena sanitarna sposobów oświetlania. Świece, nafta, gaz świetlny, acetylen, elektryczność.

16. **Ogrzewanie mieszkań.** Wymagania higieniczne. Ogrzewanie miejscowe. Ogrzewanie centralne powietrzem, wodą, parą. Ocena sanitarna rozmaitych sposobów ogrzewania.

17. **Zaopatrzenie w wodę.** Źródła i własności wód naturalnych. Wymagania higieniczne. Badania fizyczne, chemiczne, biologiczne. Sanitarna ocena wody. Miejscowe zaopatrywanie. Centralne zaopatrywanie, wodociągi. Oczyszczanie i odkażanie wody.

18. **Usuwanie odpadków.** Ilość i własności odpadków. Systemy usuwania. Wywóz. Destruktry. Kanalizacja. Oczyszczanie ścieków. Pola irygacyjne. Filtry biologiczne. Sanitarna ocena.

19. **Grzebanie zwłok.** Rozkład zwłok. Grzebanie. Cmentarze. Wymagania higieniczne. Kremacja. Ocena sanitarna.

20. **Urządzenie miast.** Plany. Ulice, bruki. Roślinność. Komunikacja, lokomocja. Miasto-ogród. Sanitarna ekspertyza w kwestjach mieszkaniowych.

21. **Socjalno-higieniczna analiza sprawy mieszkaniowej.** Obecne warunki mieszkaniowe w rozmaitych krajach Europy, szczególnie w Polsce. Przeludnienie mieszkań, domy noclegowe. Stosunki korelacyjne pomiędzy mieszkaniem z jednej strony a zdrowotnością, alkoholizmem i przestępczością ludności — z drugiej. Plany rozwiązania sprawy mieszkaniowej. Polityka mieszkaniowa, ustawodawstwo. Rola państwa, samorządów, kooperacji mieszkaniowych, „Housing-scheme” w Anglii.

V. Praca i Zawód.

22. **Zasady ergologii.** Określenie pojęcia pracy. Elementy pracy. Klasyfikacja pracy. Fizjologia i patologia pracy. Psychologia pracy i wybór profesji. Metody badania. Zmęczenie. Rola hormonów. Tayloryzm. Umiejętna organizacja pracy.

23. **Higiena szkolna.** Budynek szkolny. Przybory i utensylja szkolne. Higiena nauczania. Szkodliwości. Zmęczenie. Choroby szkolne. Środki zapobiegawcze.

24. **Higiena przemysłowa.** Klasyfikacja zawodów. Traumatyzm przemysłowy. Choroby profesjonalne. Szkodliwości przemysłowe; zapobieganie. Praca kobiet i dzieci. Stosunki sanitarne w poszczególnych gałęziach przemysłu. Ochrona pracy.

25. **Higiena pracy umysłowej.** Fizjologia i patologia pracy umysłowej. Choroby zawodowe profesji umysłowych. „Praca emocjonalna”. Szkodliwości pracy umysłowej; sposoby zapobiegania.

26. **Higiena wojskowa.** Koszary. Ogólne warunki sanitarne w służbie wojskowej. Szkodliwości profesjonalne. Służba w poszczególnych działach broni. Choroby wojskowe. Higiena polowa. Sanitarna okopów. Sanitarne urządzenie etapów.

VI. Walka z chorobami zakaźnymi

27. **Zasady profilaktyki ogólnej.** Izolacja. Kwarantanny. Dezynfekcja. Szczepienia ochronne. Inne zarządzenia sanitarne.

VII. Higiena społeczna.

28. **Higieniczna opieka nad matką i dzieckiem.**

29. **Alkoholizm. Choroby weneryczne. Gruźlica.**

30. **Eugenetyka i higiena ras.** Definicje. Główne zagadnienia. Degeneracja. Prawa dziedziczenia. Mendel. Galton. Dziedziczenie cech nabytych. Praktyczne zastosowanie eugenetyki w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej i w Europie.

VIII. Organizacja służby zdrowia i ustawodawstwo sanitarne.

U w a g a. Rozdział ten wykladał, jako kurs docentski, obowiązkowy dla słuchaczy, Aleksander Safarewicz.

ĆWICZENIA PRAKTYCZNE.

I. Metody badań sanitarnych.

1. Oznaczenie CO_2 w powietrzu zapomocą zmodyfikowanej metody Pettenkofera.
2. Oznaczenie twardości wody zapomocą metody Winkler'a (Boutron'a i Boudet'a).
3. Oznaczenie utlenialności wody zapomocą metody Kubel'a i Tiemann'a.
4. Oznaczenie chlorku w wodzie zapomocą metody Mohr'a.
5. Ilościowe oznaczenie NH_3 w wodzie zapomocą odczynnika Nessler'a.
6. Ilościowe oznaczenie N_2O_5 w wodzie zapomocą metody Noll'a.
7. Ilościowe oznaczenie N_2O_8 w wodzie zapomocą metody Griess'a.
8. Oznaczenie rozpuszczonego O_2 w wodzie zapomocą metody Winkler'a.
9. Chlorowanie wody.
10. Badanie mleka: ciężar właściwy, zawartość tłuszczu (zapomocą metod Feser'a, Marchand'a i Gerber'a) i części stałe.
11. Badanie mąki zapomocą metody Rakowicza.
12. Badanie chleba: ciężar właściwy, objętość porów, kwasowość.

II. Zadania sanitarne.

Studenci mieli do wyboru następujące zadania indywidualne:

I. Statystyka sanitarna.

1. Otrzymać drogą pomiarów wzrostu najmniej 50 osób szereg statystyczny, rozklasyfikować go, obliczyć charakterystyki szeregu i wykreślić diagramy.
2. To samo zadanie dla szeregu statystycznego wagi najmniej 50 osób.
3. Obliczyć prawdopodobieństwo a posteriori na podstawie rzucania jednej monety.
4. To samo z 2 monetami.
5. To samo z 2 kośćmi do gry.
6. Obliczyć współczynnik korelacji pomiędzy dwoma danymi szeregami.
7. Zbadać zapomocą tablicy Dawidowa granice prawdopodobieństwa dwóch danych zjawisk.
8. Opracować dany materiał statystyczny, podany w postaci tablic liczbowych, obliczyć odpowiednie współczynniki.
9. Ułożyć liczbową tablicę korelacyjną.
10. Na podstawie tablicy liczbowej sporządzić wykresy o różnych kształtach (interpretacja graficzna szeregów).
11. Opracować krytycznie kilka faktów z demografii danego miasta.
12. Opracować kilka zjawisk z chorobowości danej miejscowości na podstawie materiałów kas chorych.

II. Higijena odżywiania.

13. Obliczyć wszechstronnie racje żywienia w poszczególnych konkretnych przypadkach.
14. Obliczyć dane racje (np. żołnierską, chorego w klinice lub w szpitalu, rację w ochronce lub internacie i t. d.) w kaloriach i nemach.
15. Zbadać trzy próby mleka rynkowego i podać ocenę sanitarną.
16. Zbadać porównawczo 2 próby mleka na tłuszcz metodą Feser'a, Marchand'a i Gerber'a.
17. Zbadać trzy próby mleka metodą biologiczną.
18. Zbadać dwie próby masła i podać ocenę sanitarną.
19. Zbadać 3 próby kielbas na ilość $NaCl$, domieszki konserwujące oraz ilościowo na krochmal.
20. Zbadać 3 próby mąki i podać ocenę sanitarną.
21. Zbadać 3 próby mąki żytniej metodą Rakowicza.
22. Zbadać mikroskopowo 3 próby mąki.
23. Badanie porównawcze mąki na sporysz trzema różnymi sposobami.

24. Zbadać 2 próby chleba i podać ocenę sanitarną.
25. Określić wielkość nadpieku chleba.
26. Dać sanitarne opisanie zbadanej piekarni i wskazać jej zalety i wady sanitarne.
27. To samo względem rzeźni.
28. Krytyczny opis sanitarny hal i rynków (targowisk) miasta.
29. Opis chłodni i sanitarna ocena zastosowania chłodu do konserwowania artykułów żywnościowych.
30. Zbadać bakterjologicznie próby mięsa solonego i solanki.
31. Zbadać antyseptyczne działanie H_2O_2 względem artykułów żywności.
34. Poddać krytycznej ocenie, z punktu widzenia sanitarnego, najczęściej używane sposoby konserwowania mięsa.
35. Zbadać próbę mięsa surowego i podać ocenę sanitarną.
37. Zbadać próbę mięsa na zatrujące mięsne.
38. Zbadać próbę piwa i podać ocenę sanitarną.
39. Zbadać naczynia drewniane którymi się posługuje ludność miejscowa dla przechowania wody i artykułów żywnościowych oraz dla przygotowania pokarmów, i podać ich ocenę sanitarną.
40. To samo co do naczyń glinianych lub metalowych.

III. Regulacja ciepła w ustroju.

A) Powietrze.

41. Zbadać porównawczo 2 próby powietrza na CO_2 metodą Pettenkofera, Wolpert'a i Gądzikiewicza.
42. Zbadać powietrze na obecność CO jakościowo.
43. To samo ilościowo.
44. Określić ilość kurzu w powietrzu.
45. Wykonać porównawcze badanie zakurzenia powietrza przyrządami Petri'ego i Owen's'a.
46. Zbadać powietrze na domieszkę sadzy.
47. Określić ilość bakterij w powietrzu.
48. Zbadać porównawczo wilgotność powietrza zapomocą psychrometru i higrometru.
49. Przeprowadzić katatermometryczne badanie powietrza danego lokalu.
50. Określić szybkość ruchu powietrza zapomocą katatermometru.
51. Określić temperaturę efektywną powietrza danego lokalu.
52. Określić temperaturę ekwiwalentno-efektywną powietrza danego lokalu.
53. Określić jednocześnie zawartość CO_2 w powietrzu oraz wskaźniki H i H'.
54. Zbadać jonizację powietrza.
55. Określić NH_3 , SO_2 , HCl w powietrzu.
56. Podać charakterystykę klimatu Polski oraz jego ocenę sanitarną.

B) Odzienie.

57. Określić rodzaj surowca i zbadać mechaniczne własności dwóch próbek tkaniny.
58. Zbadać budowę mikroskopową dwóch próbek tkaniny.
69. Zbadać stosunek danej tkaniny do powietrza i wody.
60. Zbadać przewodnictwo cieplne przy pomocy kalorymetru Stefa'n'a.
61. Zbadać promieniowanie cieplne danej tkaniny.
62. Zbadać własności cieplne danej tkaniny w stanie suchym i wilgotnym przy pomocy katatermometru.
63. Zbadać stosunek danej tkaniny do poszczególnych gazów czy też do substancji lotnych.
64. Zbadać porównawczo próby tkanin na zdolność zanieczyszczania się kurzem ulicznym.
65. Zbadać porównawczo próby tkanin na zdolność ich zanieczyszczania się bakteriami.
66. Określić ilość „brudu usuwalnego” oraz „brudu stałego” w dwóch próbach odzienia starego (noszonego).
67. Podać ocenę sanitarną zbadanej części odzienia.

IV. Mieszkanie i osiedle.

68. Zbadać mechaniczną budowę i sanitarne własności gleby.
69. Określić odsetkę organicznych substancyj danej próby gleby.
70. Określić sposobem Kjeldal'a ilość azotu w próbce gleby ulicznej.
71. Zbadać zanieczyszczenie bakteryjne próby gleby ulicznej.
72. Zbadać wilgotność ściany.
73. Zbadać naturalną wenty-

lację ogólną danego pomieszczenia metodą antrakometryczną. 74. Zbadać wentylację sztuczną danego lokalu. 75. Zbadać oświetlenie miejsca pracy w danym lokalu zapomocą przyrządu Wingen'a. 76. To samo — przyrządem Voegel'a. 77. Zbadać kąt padania i kąt otwarcia dla danego miejsca pracy oraz obliczyć stosunek powierzchni okien do powierzchni podłogi. 78. Oznaczyć kąt przestrzenny firmamentu zapomocą przyrządu Weber'a. 79. Wskazać wady oświetlenia sztucznego w danym lokalu. 80. Określić intensywność oświetlenia na ławach szkolnych przy pomocy światłomierza Cohn'a. 81. Zbadać ogrzewanie danego lokalu co do rozkładu temperatury powietrza i ogrzewającego przyrządu. 82. Podać krytyczny opis centralnego ogrzewania danego lokalu. 83. Zbadać 3 próby wody, pobrane w różnych miejscach rzeki. 83. Zbadać wodę rzeczną na zmianę utlenialności w ciągu miesiąca. 85. Zbadać próby wody ze studni. 86. Zbadać bakterjologicznie wodę, pobraną w 2 miejscach rzeki. 87. Dokonać określenia miana *b. coli* dla danego źródła wody. 88. Podać opis widzianej instalacji filtrów. 89. Podać krytyczny opis zaopatrywania w wodę miasta. 90. Wykonać jedorazowe biologiczne badanie wody rzecznej. 91. Podać krytyczny opis kanalizacji miasta. 93. Podać krytyczny opis biologicznej instalacji do oczyszczania ścieków. 94. Opisać zwiedzone krematorium. 95. Opisać sposób usuwania śmieci w mieście i podać system krytyce sanitarnej. 97. Kwestja mieszkaniowa w Polsce. 98. Kwestja mieszkaniowa w Anglii (Hausing-scheme). 99. Podać opis widzianego miastogrodu. 100. Porównać plany i opisy dwóch większych miast. 101. Opisać i podać krytyce sanitarne urządzenia miasta. 102. Sanitarно-statystyczne opisanie osiedla.

V. Zawód i praca.

105. Wykonać szereg badań zapomocą ergografa Mrosso'a. 104. Wykonać badanie na zmęczenie jednocześnie metodą estezjometri i punktowania. 105. Wykonać szereg badań dla oznaczenia orientacji profesjonalnej danej osoby (zapomocą testów). 106. Podać własny plan umiejętnej organizacji pracy studenta na wydziale lekarskim. 107. Podać opis i ocenę sanitarną widzianego budynku szkolnego. 108. Przeprowadzić sanitarne badanie podręcznika szkolnego. 109. Podać opis i ocenę sanitarną jakiegokolwiek pracy przemysłowej, którą student widział i badał osobiście. 110. Podać opis i ocenę sanitarną jakiegokolwiek zakładu przemysłowego, który student widział i badał osobiście. 111. Spostrzeżenia samoobserwacyjne w sprawie nużenia się studenta. 112. Wykonać plakat własnego pomysłu, mający na celu uświadomienie w dziedzinie higieny pracy.

VI. Walka z chorobami zakaźnymi.

113. Zbadać działanie dezynfekcyjne danego środka chemicznego według schematu. 113. Zbadać działanie dezynfekcyjne danego przyrządu do odkażania. 114. Zbadać zmiany własności tkaniny, powstałe pod wpływem odkażania w komorze parowej. 115. Porównanie sposobów dezynfekcji i dezynsekcji. 117. Podać opis stacji dezynfekcyjnej, którą student zwiedził osobiście. 118. Podać opis improwizowanej instalacji dezynfekcyjnej w polu lub na wsi. 119. Opracować plan stacji dezynfekcyjnej dla osiedla małego i dużego.

VII. Higiena społeczna.

120. Pojęcie, treść i objętość higieny społecznej. 121. Opracować wykład popularny z dziedziny walki z alkoholizmem. 122. Wykonać plakat przeciwalkoho-

liczny własnego pomysłu. 123. Krytyczna ocena prohibicji w Stanach Zjednoczonych. 124. Opracować wykład popularny z zakresu walki z gruźlicą. 125. Wykonać plakat przeciwgruźliczy własnego pomysłu. 126. Organizacja walki z gruźlicą w wymienionym kraju europejskim. 127. Opracować wykład popularny z zakresu zwalczania chorób wenerycznych. 128. Wykonać plakat z tejże dziedziny. 129. Sprawa prostytucji pod względem higieny społecznej. 130. Organizacja opieki nad matką i dzieckiem w wymienionym państwie europejskim. 131. Mendlowanie cech patologicznych u ludzi. 132. Sprawa dziedziczenia cech nabytych. 133. Pojęcie o indukcji somatycznej. 134. Sprawa degeneracji społeczeństw europejskich. 135. Charakterystyka alkoholizmu pod względem eugenicznym. 136. Charakterystyka chorób wenerycznych pod względem eugenicznym. 137. Charakterystyka gruźlicy pod względem eugenicznym. 138. Czy gruźlica jest chorobą zawodową? 139. Podać schemat organizacji służby zdrowia w Polsce. 140. Wymienić z polskiego ustawodawstwa sanitarnego przepisy, dotyczące się poszczególnych działów higieny.

Przystępując do organizacji wykładów i ćwiczeń, kierownik zakładu stwierdził, że w Polsce nie było żadnego oryginalnego kursu higieny, stojącego na poziomie nauczania akademickiego. Mocno przestarzały przekład kursu Flüggego już się nie nadawał w obecnych warunkach. Dlatego też powstała nagła potrzeba napisania i wydania uniwersyteckiego kursu higieny. Po przeprowadzonych pertraktacjach, gdy wszyscy ówcześni profesorowie higieny na wydziałach lekarskich kategorycznie uchyliłi się od układania kursu, kierownik zakładu postanowił sam podjąć się tej pracy. W ciągu lat akademickich 1922/23 i 1923/24 kurs został ułożony i wydany w Wilnie przez księgarnię J. Zawadzkiego. Należy podkreślić, że układanie kursu napotykało wielkie trudności wobec braku w Wilnie odpowiedniego piśmiennictwa i zupełnego jeszcze wówczas braku danych ze statystyki sanitarnej Polski. W r. 1932 rozpoczęto drugie wydanie uniwersyteckiego kursu higieny w postaci zeszytów.

W następnym roku akademickim kierownik zakładu razem z prof. A. Safarewiczem ułożyli i wydali *Zadania sanitarne*, książkę, mającą na celu ułatwienie studentom wykonywanie indywidualnych zadań.

W tymże roku kierownik zakładu ułożył i wydał podręcznik higieny dla szkół średnich. Powodem tej pracy była ta okoliczność, że wszystkie podręczniki szkolne higieny, wydane dotychczas w Polsce, były napisane nie przez specjalistów higieny, lecz przez lekarzy różnych innych specjalności, kierownikowi zaś zakładu chodziło o ujęcie szkolnego podręcznika z punktu widzenia współczesnej naukowej higieny.

W r. 1931 K. Karaffa - Korbitt napisał, na propozycję Ministerstwa W. R. i O. P., podręcznik dla szkół zawodowych i technicznych kursów doksztalających.

Kierownik brał udział w kursach dokształcających dla lekarzy, urządzanych przez wydział lekarski od r. 1927, oraz zorganizował kursy dla lekarzy sanitarnych m. Wilna (1924/25) i dla lekarzy szkolnych (1928/29); na kursach tych wykładali zarówno kierownik jak asystenci.

Wskutek porozumienia się z sekcją zdrowia Magistratu m. Wilna, każdy nowozaproszony miejski lekarz sanitarny powinien przez pierwsze 2 lata pełnić obowiązki nadetatowego asystenta zakładu higieny, w celu naukowej specjalizacji w swej dziedzinie. Zgodnie z tem asystenturę przebyli Dr. K. Rymaszeński i Dr. F. Kasperowicz, obecni lekarze sanitarni m. Wilna.

Od r. 1928 odbywają się w lokalu zakładu higieny teoretyczne wykłady na kursach siostr miłosierdzia, organizowanych przez Polski Czerwony Krzyż; higienę na tych kursach wykładają asystenci Dr. J. Bortkiewicz - Rodziewiczowa i Dr. F. Kasperowicz.

Działalność naukowa. Higiena, jak wiadomo, stanowi naukę o nadzwyczaj różnorodnej treści i metodologii. O ile pod względem dydaktycznym kierownik zmuszony jest, póki nie zostaną zróżnicowane katedry, objąć i wyłożyć całokształt wiedzy, o tyle naturalnie nie może on naukowo opanować i przeprowadzać badania we wszystkich dziedzinach swego przedmiotu, lecz wybiera do badania poszczególne jego działy. Ołów naukowe nastawienie katedry higieny wyraża się w sposób następujący: kierownik osobiście przeprowadza badania w dziedzinie statystyki sanitarnej i higieny pracy; prof. A. Safarewicz pracuje laboratoryjnie w dziedzinie badań produktów spożywczych, wody, ścieków, oraz higienicznych własności tkanin odzienia, z gałęzi zaś higieny społecznej specjalizował się w ustawodawstwie sanitarnem; asystent Dr. J. Bortkiewicz - Rodziewiczowa pracuje w dziedzinie higieny szkolnej, asystent zaś Dr. F. Kasperowicz specjalizuje się również w dziedzinie badań produktów spożywczych, oraz ogłasza artykuły w sprawach samorządowej medycyny społecznej. Mr. K. Rodziewicz, były asystent katedry chemii fizjologicznej na naszym uniwersytecie, opracowuje przeważnie zagadnienia z dziedziny sanitarji chemicznej. W ten sposób zakład higieny uprawia naukowo następujące dziedziny: statystykę sanitarną, produkty spożywcze, zaopatrywanie miast w wodę i kanalizację, odzienie, higienę szkolną, higienę pracy i ustawodawstwo sanitarne. Ze wszystkich tych dziedzin zostały opublikowane prace. Co się tyczy specjalnie odzienia, można tu zaznaczyć, że instytut techniczny intendencji Ministerstwa Spraw Wojskowych stale zwraca się do zakładu

z prośbą o badanie tkanin odzienia żołnierskiego i o orzeczenia sanitarne w tej sprawie; zlecenia te wykonywał Dr. A. Safarewicz, przyczem kategorycznie odmówił przyjęcia za swą pracę wynagrodzenia ze strony M. S. Wojsk.

Od r. 1925 mieściła się w lokalu zakładu miejska stacja analityczna; analizy wykonywał laborant miejski Jan Kiewlicz. Kierownictwo (honorowo, jakby ekwiwalent za to, że zakład higieny w ciągu roku korzystał z lokalu stacji i z jej inwentarza) spoczywało w ręku profesora higieny. W r. 1928 etat miejskiej stacji został znacznie rozszerzony, przyczem sama stacja zpowrotem przeniosła się do swego lokalu przy ul. Hetmańskiej. Nieco później kierownictwo zakładu badania żywności (zmieniona nazwa stacji analitycznej) przyjął prof. A. Safarewicz i poprowadził zakład w ten sposób, że pod względem naukowym zostaje on w ścisłym kontakcie z zakładem higieny. Gdy w r. 1932 A. Safarewicz rozpoczął swą działalność, jako ławnik Magistratu, kierownictwo zakładu miejskiego przyjął Dr. F. Kasperowicz, asystent Zakładu Higieny. Okoliczność ta umożliwia zakładowi higieny ograniczenie inwentarza naukowego, dając mu sposobność przeprowadzania części analiz naukowych w dobrze uposażonym zakładzie badania żywności. Również wspólnie oba zakłady wykonywają, według zgóry ułożonego planu, systematyczne badania źródeł, zaopatrujących m. Wilno w wodę. Od r. 1932 w zakładzie badania żywności przeprowadzają swe badania młodzi lekarze, którzy się doktoryzują i otrzymują tematy prac z zakresu zaopatrywania Wilna w wodę i sanitarnej kontroli nad artykułami żywnościowymi. Kierownik Pracowni Miejskiej, Dr. F. Kasperowicz poświęca dużo czasu, kierując pracami doktorantów.

Wobec braku w Polsce osobnego czasopisma, któreby mogło zamieszczać prace z dziedziny higieny o charakterze monograficznym, kierownik zakładu i prof. A. Safarewicz od r. 1924 wydają własnym kosztem *Archiwum Higieny*; zeszyty tego czasopisma rozsyła się bezpłatnie, początkowo przy czasopiśmie *Zdrowie*, obecnie przy czasopiśmie *Lekarz Wojskowy*.

Kierownik zakładu odbył naukowe podróże zagranicę, na zlecenie i na koszt fundacji Rockefeller'a, w r. 1923 i 1927, A. Safarewicz na własny koszt w r. 1925, 1927 i 1930. Właśnie w roku 1930 A. Safarewicz i F. Kasperowicz zwiedzili higieniczną wystawę w Dreźnie. Zarówno kierownik, jak i asystenci są członkami kilku towarzystw naukowych. Kierownik od r. 1923 był przewodniczącym wileńskiego oddziału Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

nego, A. Safarewicz — jego sekretarzem. Kierownik i asystenci przyjmowali czynny udział we wszystkich zjazdach higienistów, odbytych w Polsce od r. 1924.

W r. 1931 Rada Wydziału Lekarskiego nadała A. Safarewiczowi godność profesora tytularnego, w roku 1932 K. Karaffa-Korbitt został wybrany członkiem korespondentem Polskiej Akademii Umiejętności.

A. Safarewicz od r. 1932, jako ławnik, kieruje Wydziałem Zdrowia i Opieki Społecznej m. Wilna.

Prace naukowe. Za okres dziesięciolecia w Zakładzie Higieny zostały wykonane i opublikowane następujące książki i artykuły:

I. Kazimierz Karaffa-Korbitt.

1. Walka z kurzem w przemyśle. Wilno, 1923.
2. Przyczynki do metodyki badania tkanin odzienia wojskowego. *Lekarz Wojskowy*, 1924, Nr. 10.
3. O zasadniczych kierunkach w dziedzinie pracy. *Zdrowie*, 1924, Nr. 6.
4. Znaczenie teorii korelacji w statystyce sanitarnej. *Ibidem*.
5. Zarys higieny. Kurs uniwersytecki. Wilno, 1925.
6. Co to jest higiena zawodowa? Wilno, 1925.
7. Nowe prądy w higienie zawodowej, *Prace XII zjazdu lekarzy i przyrodników polskich*, 1925.
8. Higiena publiczna, Wilno, 1926.
9. Eugenika, służba wojskowa, a wojna, *Lekarz Wojskowy*, 1926, Nr. 2.
10. Metodyka nauczania higieny w szkołach średnich, *Zdrowie*, 1926.
11. Przemysł a zdrowie, Kraków, 1926.
12. O formatach książek szkolnych, *Przegl. Bibliograf.*, 1926, Nr. 18.
13. W sprawie nauczania higieny na naszych wydziałach lekarskich, *Nowiny Lekarskie*, 1926, Nr. 19.
14. Higiena pracy. Referat. *Pamiętnik zjazdu higienistów w Wilnie*, 1926.
15. Zadania sanitarne (wspólnie z doc. A. Safarewiczem), Wilno, 1926.
16. Projekt utworzenia w Polsce Instytutu Pracy, *Zdrowie*, 1927, Nr. 5.
17. Nieszczęśliwe wypadki w przemyśle, Kraków, 1927.
18. Zasady higieny pracy w fabrykach i rzemiosłach, *Pam. zjazdu lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich*, Łódź, 1927.
19. O hydrologii terenu wileńskiego, *Archiwum Higieny*, II, 1927.
20. O chorobach zawodowych robotników zajętych w fabrykach materiałów wybuchowych, *Lekarz Wojskowy*, XI, 1928, Nr. 3—4.
21. Automatyzacja pracy w świetle refleksologii, *II Zjazd Naukowej Organizacji Pracy*, Warszawa, 1928.
22. Higiena, podręcznik dla szkół średnich, Warszawa, 1928.
23. *Higiena pracy. Zasady ergologii*, Warszawa, 1928.
24. Higieniczne znaczenie czynników meteorologicznych w warsztatach pracy, *Przegląd Organizacji*, 1928, Nr. 10—12.
25. W sprawie ochrony oczu robotników zapomocą szkieł kolorowych, tamże, 1929, Nr. 3.

26. Praca i odpoczynek, Kraków, 1929.
27. O klasyfikacji szkodliwości pracy zawodowej, *Przegląd Organizacji*, 1929, Nr. 8.
28. O statystycznych błędach w naukowych pracach lekarskich. *Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego*, rok VI, 1930.
29. Statystyka sanitarna jako podstawa nauczania higieny społecznej. *Lekarz Wojskowy*, tom XVI, 1930.
30. Nauczanie medycyny na naszych uniwersytetach z punktu widzenia naukowej organizacji pracy. *Medycyna Warszawska*, 1930, Nr. 20.
31. Szkice społeczno-higieniczne. O pojęciach i określeniach zasadniczych. *Medycyna*, 1931, Nr. 3.
32. O źródłach wiedzy higienicznej. *Ibidem*, 1931, Nr. 4.
33. Rola metody statystycznej w sprawie określenia i badania chorób zawodowych. *Zdrowie*, 1931, Nr. 1—3.
34. O Polskim Instytucie pracy. *Ibidem*.
35. O nauczaniu higieny na wydziałach lekarskich i kształceniu higienistów. *Medycyna*, 1931, Nr. 5.
36. O statystycznym myśleniu lekarzy-społeczników. *Ibidem*, 1931, Nr. 6.
37. O naczelną państwową radzie zdrowia. *Ibidem*, 1931, Nr. 7.
38. O rozwój higieny pracy w Polsce, *Ibidem*, 1931, Nr. 8.
39. O społecznej wartości zdrowia. *Droga do zdrowia*, 1931, Nr. 1.
40. O przyszłej polskiej tablicy wymieralności. *Medycyna*, 1931, Nr. 9.
41. Działalność naukowa i pedagogiczna U. S. B. z lat 1919—1929 w świetle zestawień statystycznych. *Księga pamiątkowa ku uczczeniu 350 rocznicy założenia uniwersytetu wileńskiego* Wilno, 1931.
42. Sanitarne-statystyczne stosunki Polski w okresie 1919—1928 r. *Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego*, rok VII, 1931.
43. Stosunki zdrowotne w Polsce. *Wielka ilustrowana Encyklopedia Powszechna*, tom XIII.
44. Higiena. Podręcznik dla szkół zawodowych. Wilno, 1932.
45. O nauczaniu higieny na wydziałach farmaceutycznych uniwersytetów polskich. *Wiadomości Farmaceutyczne*, 1932, Nr. 37 i 38.
46. Nauczanie higieny w szkołach zawodowych. Wilno, 1933.
47. O sanitarnych normach wody do picia. *Gaz i woda*, 1932.
48. O piśmiennictwo higieniczne. *Medycyna*, 1932, Nr. 2.
49. O sanitarnym nadzorze nad artykułami żywnościowymi. *Ibidem*, 1932, Nr. 3.
50. Drugi powszechny spis ludności. *Ibidem*, 1932, Nr. 13.
51. Ogólna higiena pracy. Kraków 1933.

II. Aleksander Safarewicz.

52. Badanie książek szkolnych pod względem higienicznym, *Arch. Higieny*, I, z 1, 1924.
53. O wentylacji pomysłu Inż. Stanisława Bądryńskiego, *Ibidem*, I, z. 2, 1925.
54. Higieniczne własności tkanin odzienia, tamże, I, z. 3, 1926.
55. Zadania sanitarne dla użytku studentów medycyny (wspólnie z prof. K. Karaffą-Korbittem), Wilno, 1925.
56. O nowych prądach w sprawie oczyszczania ścieków (streszcz. refer.), *Pam. IV zjazdu higien. polsk. i V zjazdu lekarzy i działaczy sanit. miejsk.* 1926.

57. Oczyszczanie ścieków przy pomocy aerowania w obecności mułu aktywnego, *Pamiętnik VI zjazdu lekarzy i dział. sanit. miejsk. w Łodzi*, 1927.
58. O akcji sanitarnej samorządów na terenie województwa (projekt), *Zdrowie*, 1928.
59. W sprawie odżeleziania wody wodociągu m. Wilna (wspólnie z J. Kiewliczem), *Lekarz Wojskowy*, 1928.
60. W sprawie zaopatrywania w wodę m. Wilna, *Pam. Wil. Tow. Lek.* 1929.
61. Badanie tkanin, używanych w armji polskiej, pod względem higienicznym, *Przepl. Intendencki*, 1929.
62. Oczyszczenie ścieków zapomocą mułu czynnego, *Archiwum Higjeny*, III, 1929.
63. O oznaczeniu sanitarnej analizy wody, *Lekarz Wojskowy*, XIV, 1929.
64. W sprawie oczyszczania ścieków na terenie szpitala wojskowego w Wilnie, *Ibidem*.
65. Referat o organizacji badań higienicznych tkanin, używanych w armji polskiej, *Sprawozd. Inst. Tech. Intendentury*, 1929.
66. Sanitarne badanie wody w Wilji w lecie 1930 r. *Zdrowie*, 1931, Nr. 1-3.
67. Nadzor nad artykułami żywności i przedmiotami użytku w Polsce, (wspólnie z K. Karaffą-Korbittem i F. Kasperowiczem). *Ibidem*, 1931, Nr. 13-14.
68. Ciężar właściwy a tłuszcz w mleku rynku wileńskiego. *Medycyna*, 1931, Nr. 15-16 (wspólnie z H. Rymkiewiczową).
69. Doświadczenia nad bakterjobjęzmem działaniem preparatów „Brixol”. *Ibidem*.
70. Organizacja gospodarki samorządowej w dziedzinie zdrowia publicznego. *Samorząd Miejski*, 1932.
71. O propagandzie higieny. *Ibidem*.
72. Biblioteka Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego. *Pamiętnik Zjazdu Bibliofilów w Wilnie*, 1932.
73. Przeróbka mułu zapomocą gnilnej fermentacji. *XIV Zjazd Gazowników i Wodociągowców*. Wilno, 1932.
74. Problem mleczny w świetle higieny. *Samorząd Miejski*, 1932.
75. Odkazanie wody w osiedlach małych. *Ibidem*, 1932.
76. Zanieczyszczenie powietrza miast. *Ibidem*, kwartalnik, 1933.
77. O normach oczyszczania ścieków. *Zdrowie*, 1933.

III. Janina Bortkiewicz-Rodziewiczowa.

78. Zastosowanie punktowania, jako metody badania zmęczenia (dissertatio inauguralis). Wilno, 1928.
79. Katatermometryczne badania szkół powszechnych w Wilnie. *Medycyna*, 1931, Nr. 15-16. Praca ta została nagrodzona na konkursie prac asystenckich w r. 1930/1931.
- 79a. Ten sam temat, obszerniej opracowany i opublikowany w czasopiśmie; *Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego*, rok VIII, 1933.

Prócz tego J. Bortkiewicz-Rodziewiczowa ogłosiła zgórą 20 popularnych artykułów z dziedziny higieny w czasopismach: *Droga do Zdrowia* i *Nasz Przyjaciel*.

IV. Jan Kiewlicz.

80. Materiały dla standaryzacji mleka w Wilnie, *Archiwum Higjeny*, t. I, 1925.
 81. Określenie barwników w produktach spożywczych metodą spektroskopijną, *Spraw. Zjazdu Higjenuistów w Wilnie*, 1926.
 82. W sprawie odżeleziania wody wodociągów m. Wilna (wspólnie z A. Safarewiczem), *Lekarz Wojskowy*, 1928.
- ### V. Feliks Kasperowicz.
83. Badanie chleba razowego w Wilnie. (Praca nagrodzona przez wydział lekarski). *Archiwum Higjeny*, tom II, 1928.
 - Badanie lemonjad w Wilnie. *Lekarz Wojskowy*, 1929.
 85. W sprawie uporządkowania sanitarnej akcji samorządowej. *Nowiny Społeczno-Lekarskie*, 1929.
 86. Śmiertelność niemowląt w Wilnie. *Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego*, rok VI, 1930.
 87. Błędna droga, błędne wnioski. *Nowiny Społeczno-Lekarskie*, 1930.
 88. Na marginesie instrukcji dozoru nad żywnością. *Ibidem*, 1931.
 89. Badanie nad zanieczyszczeniem mleka rynkowego w Wilnie. *Zdrowie*, 1931, Nr. 1-3.
 90. Wychowanie higieniczne ludności a stan sanitarny kraju. *Ibidem*, 1931, Nr. 1-3.
 91. Medycyna społeczna a samorząd. *Ibidem*, 1931, Nr. 1-3.
 92. W sprawie odżywiania ludności m. Wilna. *Archiwum Higjeny*, tom III, 1931.
 93. O studniach kopanych na terenie m. Wilna. *Medycyna*, 1931, Nr. 15-16.
 94. W sprawie uporządkowania sanitarnej akcji samorządowej. Wilno, 1931.
 95. Higjena a technika. *Życie i Technika*, 1932, Nr. 2-3.
 96. W sprawie zaopatrywania osiedli w mleko. *Samorząd Miejski*, 1032.

VI. Wacław Bądryński.

97. Mieszkania dozorców domowych w Wilnie w r. 1928. *Archiwum Higjeny*, tom III, 1928.

VII. Stanisław Rondomański.

98. Badanie powietrza w koszarach na zawartość CO₂. *Lekarz Wojskowy*, 1928.
99. O wodzie gruntowej terenu Wilna w związku z zaopatrywaniem w wodę garnizonu. *Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego*, rok VI, 1929.

VIII. Kasper Rymaszcwski.

100. Sanitarne opisanie m. Wilna. (Dissertatio inauguralis). Wilno, 1928.
101. Fabrykacja sztucznych wód mineralnych w Wilnie pod względem sanitarnym. *Lekarz Wojskowy*, 1929.

IX. Kazimierz Rodziewicz.

102. Przygotowanie płynów mianowanych do metody oznaczenia dwutlenku węgla w powietrzu według Pettenkofer'a. *Wiadomości Farmaceutyczne*, 1932, Nr. 34.

103. Zastosowanie kolorymetru Duboseq'a do badania wody. *Ibidem*, 1932, Nr. 33.

104. Zastosowanie uniwersalnych nomogramów do techniki przygotowania płynów mianowanych i empirycznych. *Przemysł Chemiczny*, 1933, Nr. 6.

105. Modyfikacja płynów mianowanych w metodach miareczkowych oznaczania twardości wody. *Wiadomości Farmaceutyczne*, 1933, Nr. 46.

X. Studenci - Medycy.

106. Bronisław Puchowski. Zależność utlenialności od poziomu wód gruntowych (praca nagrodzona przez Wydział). *Archiwum Higjenu*, tom II, 1928.

107. Marjan Gąsowski i Dominik Kossakowski. Antrakometryczne badanie powietrza w kinematografach i teatrach w Wilnie. *Ibidem*, tom III, 1928.

108. Edward Wyganowski. O doświadczalnym udowodnieniu prawa liczb wielkich (praca nagrodzona przez wydział). *Prace Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Wilnie*, tom VII, 1932.

Kilka danych statystycznych. W ciągu okresu sprawozdawczego przez Zakład Higjenu przeszło ogółem 1084 studentów, którzy przerobili obowiązkowe ćwiczenia i złożyli egzamina. Prócz tego przeegzaminowano 194 nostryfikantów.

Wydatki Skarbu na Zakład Higjenu wynosiły (w zaokrągleniu):

a) na personel 234.500 zł.

b) na pomoce naukowe 25.500 zł.

Razem 260.000 zł.

Dzieląc sumę wydatków przez liczbę studentów $260.000 : 1084$ otrzymamy w przybliżeniu 240 zł. co stanowi średni wydatek Skarbu Państwa na nauczanie higjenu jednego studenta-medyka U. S. B.

Obliczenie przybliżone stwierdza, że z dotacyi naukowych $\frac{2}{3}$ wydawano na cele pedagogiczne, $\frac{1}{3}$ zaś na badania naukowe; wypada więc, że na cele badawcze Zakład wydał z dotacyi naukowych razem około 8.500 zł. Dzieląc tę sumę przez liczbę publikacyi naukowych — 108.—, otrzymamy kwotę około 80 zł., co wyraża średni wydatek na jedną publikację ze skarbowych dotacyi naukowych.

Jak już było wzmiankowane, wobec trudności publikowania monograficznych i wogóle większych co do objętości prac, K. Karaffa-Korbitt i A. Safarewicz zaczęli wydawać własnym kosztem „Archiwum Higjenu”. Czasopismo te rozsyłano bezpłatnie przy „Zdrowiu” i „Lekarzu Wojskowym”. Wydano dotychczas trzy tomy objętości 60 arkuszy drukowanych, przytem rozchody drukarskie wynosiły około 12.600 zł.

Protokóły

Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Posiedzenie łącznie z Wileńskim Towarzystwem Ginekologicznym z dnia 26 kwietnia 1933 r.

Przewodniczący Prof. *Wł. Jakowicki*. Obecnych 57 osób w tem 24 członków i 33 gości.

Przed rozpoczęciem porządku dziennego przewodniczący wzywa obecnych do uczczenia przez powstanie pamięci zmarłych ś. p. Rektora Alfonsa Parczewskiego i b. p. Dr. Grzegorza Giecowa, b. wiceprezesa Wil. T-wa Lekarskiego.

Dr. *E. Sedlis* wygłasza następnie nekrolog b. p. Dr. G. Giecowa.

1. Dr. *Michejdzina* — przedstawia przypadek Erythema mycoticum infantile na pośladkach w okolicy odbytu u 1-miesięcznego niemowlęcia.

Choroba spotykana rzadko, odróżniająca się od zwykłego wyprzenia charakterystycznymi wykwitami na skórze w formie małych płaskich guzków, pokrytych drobnymi łuskami. Gdziekolwiek guzki te zlewają się i tworzą charakterystyczny obraz girland.

Przyczyną tych zmian jest grzybek *oidium albicans*, ten sam, który powoduje pleśniawki (soor) na błonie śluzowej u dzieci.

2. Prof. Dr. *Jakowicki* — demonstruje dwa preparaty ciąży trąbkowej obumarłej w II i V miesiącu i chorą, u której rozpoznaje obumarłą od 14-tu miesiący ciążę pozamaciczną VII-miesięczną.

Pokaz uzupełnia roentgenogramami wykonanymi przez Dr. St. Januszkiewicza.

3. Dr. *Achmatowicz* — demonstruje preparat wyciętej macicy z tkwiącą w szyi macicy pałeczką blaszczonicy i 80 cm. długości odcinek jelita cienkiego, oraz chorą.

Chora R., lat 28, mężatka, w styczniu r. b. udała się do akuszerki w celu spędzenia płodu (III-mies. ciąży). Następnego dnia po założeniu blaszczonicy akuszerka usiłowała usunąć ją, lecz sznurek się oderwał. Wskutek dalszych manipulacyi narzędziem chirurgicznym powstało przedziurawienie macicy. Chora była operowana przez prelegenta w 14 godz. po wypadku. Badaniem zestawionem stwierdzono, że w pochwie leży oderwana od krezki pętla jelita cienkiego, która przedostała się przez kanał szyi. Operacja polegała na usunięciu całkowitem macicy i rezekcji oderwanej od krezki pętli jelita. W przebiegu pooperacyjnym wytworzyła się przetoka kałowa, obecnie już zagojona.

W dyskusji: Doc. Zaleski zapytuje, czy były objawy zakażenia oraz przytacza dane liczbowe autorów rosyjskich z ostatnich lat (Madżuginskij, Syrowatko), dotyczące przerywania ciąży, a sięgające 6—7 tysięcy rocznie dla poszczególnych zakładów Moskwy. Wreszcie omawia postępowanie lecznicze w przypadkach przebicia macicy.

4. Prof. Dr. *Jakowicki* — demonstruje guzy jajników o charakterze guzów Krukenberg'a i preparaty mikroskopowe z nich.

Chora zgłosiła się do prelegenta przed 2-ma miesiącami z powodu dolegliwości w narządzie rodnym (ból, krwawienia). Obok mięśniaków macicy i guzów jajnika stwierdził wtenczas opór w okolicy żołądka i skierował chorą do Kliniki Wewnętrznej II-giej. Z rozpoznaniem wrzodu żołądka pacjentka była następnie poddana zabiegowi operacyjnemu w Klinice Chirurgicznej. Rozległe zrosty i nacieki dookoła żołądka uniemożliwiły zabieg radykalny. Mimo uzasadnionego podejrzenia co do daleko posuniętej sprawy nowotworowej, pacjentka znacznie się poprawiła, jednocześnie guzy jajnika zaczęły bardzo szybko wzrastać i zjawil się płyn wolny w jamie brzusznej. Wobec niezgodności w rozpoznaniu Kliniki Wewnętrznej i Chirurgicznej dokonał operacji usunięcia guzów jajników.

Mikroskopowe badanie wykazuje utkanie raka jajnika z bardzo obfitym podścieliskiem łączno-tkankowym. Zdaniem Prof. Opoczyńskiego komórki rakowe nie są całkiem typowe dla guzów Krukenberg'a, jakkolwiek miejscami mają charakter pęcherzykowy.

W dyskusji: Prof. Dr. *Michejda* zaznacza, że chorą, demonstrowaną przez Prof. *Jakowickiego*, operował w dn. 9/II. 1933 r. z rozpoznaniem wrzodu żołądka. Rozpoznanie tego na podstawie oględzin żołądka potwierdzić nie mógł. Stwierdził bowiem na krzywiźnie dużej w dość znacznej odległości od odzwiernika obecność guza nieruchomego, wielkości dłoni dziecka, o powierzchni i brzegach nierównych i twardych, dnie kraterowatym. Guz ten przechodził na więzadło żołądkowo-okrężnicowe, a od strony tylnej na mesocolon, na trzustkę. Wygląd i zachowanie się guza przemawiało za naturą nowotworową, a stopień jego wzrostu czynił radykalną operację zupełnie niemożliwą. Zdaje sobie sprawę z tego, że rozpoznanie wrzodu modzelowatego od nowotworu może być trudne, a trudności te mogą być źródłem pomyłek, jednakże w danym przypadku objawy wydawały się być tak typowymi dla nowotworu, że nie miał podstaw do przypuszczenia, aby mogło chodzić o co innego, jak o sprawę nowotworową.

Dr. *Klukowski* zaznacza, że chorą, którą operował Prof. *Jakowicki*, przebywała w II Klinice Wewnętrznej U. S. B. dwukrotnie.

Po raz pierwszy zgłosiła się w styczniu b. r. z tem, że będzie poddana zabiegowi operacyjnemu z powodu guza macicy, ale że przedtem ma być wyjaśniona przyczyna dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, na jakie cierpi od lat czterech.

Badanie wykazało wzmogoną kwasotę treści żołądkowej (75/40), brak krwi utajonej w stolcach, na prześwietlaniu stwierdzono wielką niszę na krzywiźnie dużej, oraz zniekształcenie żołądka.

Chorą poddano zabiegowi operacyjnemu, podczas którego znaleziono nacieki w postaci guza na krzywiźnie dużej oraz rozległe zrosty żołądka z otoczeniem, co uniemożliwiło dokonanie zabiegu operacyjnego.

W trzy tygodnie po operacji chora zgłosiła się ponownie do Kliniki. Zastosowano leczenie, jak we wrzodzie okrągłym żołądka. Po miesięcznym pobycie, w dniu wyjścia, stwierdzono znaczną poprawę w obrazie morfologicznym krwi, brak krwi utajonej w stolcach. Prześwietlenie Roentgen'em wykazało znaczne zmniejszenie się niszy na krzywiźnie dużej żołądka.

Dr. *St. Januszkiewicz* zaznacza, że podczas pierwszego badania radiologicznego stwierdził u pacjentki żołądek dwudzielny z przewężeniem cą w poło-

wie jego trzoń. W miejscu tem na krzywiźnie większej nieco ku tyłowi widoczna była nisza wielkości opuszki kciuka. Brzegi jej znacznie zgrubiałe, zupełnie gładkie. Ruchomość oddechowa była zachowana, ruchy bierne w kierunku poziomym znacznie ograniczone. Przy dobranym ucisku i na zdjęciach upatrzonych dobrze były widoczne nieco zgrubiałe fałdy śluzówki, nieprzerwanie zbiegające się od góry i od dołu do miejsca zwężenia.

Badanie wykonane po paru tygodniach dały wynik identyczny — jedynie zwężenie wydatnie się zmniejszyło. Po dalszych paru tygodniach systematycznego leczenia stwierdził zmniejszenie się niszy, jej zwężenie zwłaszcza mn. w. do 1/3 wymiarów poprzednich; przewężenie żołądka znów się wzmogło. Początkowo wyraźna bolesność uciskowa miejsca owrzodzonego ustąpiła zupełnie.

Na podstawie pierwszego badania rozpoznał wrzód żołądka z pozostawieniem możliwości błędu, którego prawdopodobieństwo zmalało w wyniku badań późniejszych.

Nie mogąc absolutnie wykluczyć możliwości rozpoczynającego się zwyrodnienia złośliwego, uważa, że w każdym razie pierwotną sprawą było owrzodzenie.

Prof. Dr. *A. Januszkiewicz* stwierdza, że w danej chwili żaden z nas nie może z całą pewnością rozstrzygnąć, czy pacjentka w okresie zamierzonej operacji żołądka miała początki zwyrodnienia nowotworowego w zbliznowaciałej tkance okołowrzodowej. Obserwacja kliniczna ustaliła u niej typowy obraz radiologiczny wrzodu okrągłego na krzywiźnie dużej przy wysokiej kwasowości soku żołądkowego i braku krwi utajonej w stolcu oraz przy dobrym stanie ogólnym, dobrym stanie krwi i utrzymującej się wadze ciała. Nacieki dookoła owrzodzenia i zrosty, przewężające żołądek i zespalające go z jelitem poprzecznym mogły powstać wyłącznie wskutek sprawy zapalnej. W tych warunkach nie było podstawy do rozpoznania nowotworu złośliwego żołądka. Jeżeli tak jest istotnie — guzy jajnikowe powstały niezależnie od sprawy w żołądku. Jeżeli jednak w najbliższym czasie wystąpią u chorej objawy złośliwego nowotworu żołądka — wypadnie przyjąć, że początek jego powstał znacznie wcześniej i dał przerzuty, nie wywołując jednak przez czas dłuższy żadnych miejscowych zmian charakterystycznych.

5. Dr. *Łuczyński* — demonstruje z Kliniki Położn.-Ginekolog. U. S. B. „kamień” usunięty z pęcherza u chorej z przetoką pęcherzowo-pochwową, jaka się wytworzyła w przebiegu ropnego zapalenia przymacicza; podczas zabiegu operacyjnego na prowincji wprowadzono do przedniego przymacicza cewnik gumowy, który pozostawiono w ciągu 2 miesięcy. „Kamieniem” okazał się kawałek cewnika gumowego impregnowany solami moczowemi.

6. Dr. *Sedlts* wygłasza referat p. t. „Zagadnienie międzypłciowości w świetle badań biologicznych i klinicznych”.

(Dr. *H. Bujwid - Dżwillowa*)
Sekretarz Wil. T-wa Ginekolog.

Posiedzenie wspólne z Polsk. T-wem Przyrodników im. Kopernika z dnia 10 maja 1933 r.

Przewodniczący Prof. Dr. *W. Jakowicki*. Obecnych 45 osób, w tem 27 członków i 18 gości.

Po odczytaniu wspomnienia pośmiertnego przez Dr. Świeżyńskiego uczczono przez powstanie pamięć ś. p. gener. Dr. Leona Klotta, zmarłego dnia 3 maja b. r.

1. Prof. Dr. *Michejda* — przedstawia chorego K. J., który był w dniu 3.I. 1925 r. operowany w Klinice Chirurgicznej U. S. B. z powodu raka odbytnicy (Hist. Chor. Nr. 306 z r. szk. 1924/5).

Miał wówczas lat 55 i był wdowcem. Chorował od półtora roku. Przy badaniu stwierdzono obecność niezupełnie okrężnego guza w obrębie kiszki prostej (Ampulla recti). Guz miał wygląd zupełnie typowy dla raka, górny jego koniec palcem nie był osiągalny.

Wykonano amputację kiszki stolcowej metodą krzyżową z założeniem otworu stolcowego krzyżowego. Badanie histologiczne, przeprowadzone przez P. Prof. Dr. Opoczyńskiego w Zakładzie Anatomji Patologicznej U. S. B., wykazały gruczolako-rak (adenocarcinoma) kiszki stolcowej. Obecnie chory jest zupełnie zdrow, oddaje stolec normalnie. Jest, jako administrator kilku kamienic, bardzo czynny. Prowadzi normalne życie towarzyskie. W trzy lata po operacji ożenił się powtórnie.

Z górą 8 lat przebiegu bez nawrotu pozwala mówić o wyleczeniu trwałym.

3. Dr. *Trzeciak* — omawia 4 przypadki z Oddziału Chirurgicznego kobiecego Szpitala Św. Jakóba.

2 przypadki gruźlicy nerek zaniedbanej ze zrostami z otoczeniem (pokaz preparatów) i 1 przypadek roponercza z pokazem chorej zupełnie wyleczonej, u której ze względu na zrosty i przebiecie do otrzewnej musiał pozostawić kawałek torby, średnicy kilku centymetrów i dwoma uchylkami, które naciął i do których następnie zapuszczał emulsję jodoformową.

Przypadek 4-ty dotyczy chorej 94-letniej z ropowicą w okolicy pachwinowo-udowej prawej po przepuklinie uwięzionej od tygodnia z uwięzieniem wyrostka robaczkowego. Sączkowanie bez założenia przetoki. Przebieg pooperacyjny gładki.

4. Dr. *Sedlis* — wygłasza referat p. t. „Zagadnienie międzypłciowości w świetle badań biologicznych i klinicznych“ (2-ga część referatu wygłoszonego na Posiedzeniu wspólnym z posiedzeniem Wil. T-wem Ginekolog. w dniu 26 kwietnia b. r.).

Na początku prelegent zatrzymuje się szczegółowo nad zagadnieniem powstawania płci wogóle oraz nad stosunkiem, zachodzącym w tym procesie między czynnikami genetycznymi a hormonalnymi.

W związku z dwoma przypadkami klinicznymi, obserwowanymi i operowanymi przez niego, prelegent porusza kwestję obojnactwa z punktu widzenia biologicznego i omawia szczegółowo zagadnienie międzypłciowości zygotycznej i hormonalnej.

Jeden ze swoich przypadków prelegent traktuje jako interseksualizm zygotyczny żeński silnego stopnia, drugi zaś — jako interseksualizm hormonalny na tle nadczynności istoty korowej nadnercza.

W dyskusji: Prof. Jakowicki zaznacza, że po wojnie stwierdza się coraz więcej przypadków z zaburzeniami rozwoju narządów płciowych, co się

zaś tyczy badań interferometrycznych na gruczoły dokrewne, to nie dają one takich zachwycających wyników, którymi entuzjazmuje się Hirsch, tablice Zimmer'a są szablonem mało wartościowym gdy chodzi o tak skomplikowane stosunki, jakie mają miejsce w układzie gruczołów wewnętrznego wydzielania.

5. Dr. *Rywkind* — przedstawia chorego z ropowicą oczodołu pochodzenia nosowego. U chorego z ropnym zapaleniem zatok sitowych wskutek skrzywienia przegrody nosowej i utrudnienia odpływu przez jamę nosową, ropa przebiła laminam papiraceam i przedostała się do oczodołu, wywołując ropowicę pozagałkową z wytrzeszczem gałki, upośledzeniem wzroku i silnymi bólami głowy. Odchylenie przegrody i wypuszczenie ropy doprowadziło do szybkiego wyleczenia.

VI. Prof. *Hiller* — wygłasza referat p. t. „Badania doświadczalne nad protoplazmą komórki zwierzęcej“.

(—) *J. Ryll - Nardzewska.*
Sekretarz Wil. T-wa Lekarsk.

Komunikat.

Polski Związek Przeciwgruźliczy.

V Zjazd Ogólnopolski odbędzie się w r. b. w Warszawie w dn. 9, 10 i 11 grudnia.

Program Zjazdu przewiduje 4 referaty:

1. „Nowe metody bakteriologicznego rozpoznawania gruźlicy“, referent Prof. Dr. Leon Karwacki, koreferent Doc. Dr. Aleksander Ławrynówicz.

2. „Powikłania poodmowe“, referent Dr. Olgierd Sokołowski — Zakopane, koreferent Dr. Paweł Martyszewski — Otwock.

3. „Stan walki z gruźlicą na ziemiach Polskich“, referent Prof. Dr. Tomasz Janiszewski, koreferent Dr. Miłosz Grodecki.

4. „Stan walki z gruźlicą na terenie Warszawy“, referent Dr. Mikołaj Łącki.

Zgłoszenia uczestnictwa w Zjeździe i zamówienia pokojów przyjmuje i wszelkich wyjaśnień udziela w drodze korespondencji Biuro Komitetu w Warszawie ul. Mazowiecka 5 (lokal Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego) tel. 699—57.

Składka za udział w Zjeździe wynosi zł. 15, dla członków rodziny 10 zł.