



WIZYTA LECZARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GALĘZIOM · WMIĘJĘ ·
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Warszawa, d. 3 stycznia 1920 r.

Ogólnego zbioru № 2815

Człowiek zdrowy jako przedmiot badania klinicznego.

Podał

Kazimierz Rzętkowski.

Wykład wstępny w uniwersyteckiej klinice wewnętrznej w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie d. 18. X. 1919 r.

Zaszczycony powołaniem do kierownictwa kliniką dyagnostyczną odrodzonej Wszechnicy Polskiej w Warszawie, w dniu dzisiejszym rozpoczynam regularną pracę w tej klinice. Pozwolę sobie stwierdzić na wstępie, że w dziejach nauki lekarskiej w Polsce klinika uniwersytecka w szpitalu Ś-go Ducha posiada tradycję wielce zaszczytną. Tu bowiem, w tej klinice nauczał Tytus Chałubiński, tu również rozwijał swą działalność pedagogiczną profesor Ignacy Baranowski. Obaj ci znakomici lekarze i wzorowi a wielce zasłużeni obywatele kraju całe swe życie oddali nauce i pracy ofiarnej dla Polski, tej pracy niez mordowanej, która w latach niewoli była najskuteczniejszą acz cichą walką z przemocą najeźdźcy. Wszakże przemoc ta tryumfująca wypędziła naukę polską z tego przybytku niemal na pół wieku. Zwłaszcza w ostatnich latach przed wybuchem wojny europejskiej klinika uniwersytecka w szpitalu Św. Ducha, prowadzona przez zażartych wrogów wszystkiego, co polskie, dla nauki polskiej była stracona całkowicie.

Alieci, *deus mirabilis, fortuna variabilis!*

Dziś nauka polska znowu powraca pod czcigodną strzechę szpitala Ś-go Ducha. Powraca tu ona nie ku wytchnieniu jako tułacz słaby, lecz jako feniks odrodzony z popiołów. Świącimy dziś tutaj uroczystość związania tego złotego pasma nauki polskiej, którą brutalna ręka najeźdźcy przed półwiekiem

przerwała. Za wielki to i zgoła niezasłużony zaszczyt poczytuję sobie, że los na moje barki złożył odpowiedzialny ciężar wznowienia tutaj, w zasłużonej klinice szpitala Ś-go Ducha, prac ku kształceniu młodzieży lekarskiej polskiej zmierzających. Klinika ta, przed półwiekiem stojąca na wysokości zadania, dziś już niestety nie odpowiada wymaganiom nowoczesnym. To też warunki, w jakich tę szłą pracę odpowiedzialną rozpoczynamy, trudne! Z tego wszyscy zaraz na wstępie musimy zdać sobie sprawę dokładnie. Wszakże cel, jaki nam przyświeca, jest tak ważny, że bez względu na okoliczności, w jakich nam tu być może długo jeszcze pracować, przypadnie, rąk nam opuszczać nie wolno.

Albowiem powołani jesteśmy do wspólnej pracy dla dobra wszechludzkości w przybytku nauki polskiej, tej nauki polskiej, którą jak Znicz święty tchnieniem serc własnych pielęgnowaliśmy i uprawiali w czasach niewoli na niwie kamienistej!

Przeto dziś, w tej uroczystej chwili inauguracji kliniki lekarskiej w szpitalu Ś-go Ducha, gdy z uczuciem głębokiej wdzięczności i czci wymawiam zasłużone nazwiska Chałubińskiego i Baranowskiego, mych poprzedników na tej katedrze, nie mogę z potrzeby serca mego nie złożyć także najgłębszego hołdu pamięci niezapomnianego nauczyciela chorobli wodnika mego, doktora Teodora, który był jednym z tych, którzy w trudnych warunkach mroku i niewoli ów Znicz

skiej utrzymać zdolali sił swych ofiarnym wysiłkiem, z nigdy niegasnącą wiarą w trwałość tego, co poczyna się z ducha polskiego dla dobra ludzkości.

Cześć tym mężom, albowiem przez nich Polska żywie!

* * *

Rozpoczynamy dziś przeto regularną pracę w tej klinice. Tu, po raz pierwszy w biegu dotychczasowych studyów waszych, macie, panowie słuchacze, zetknąć się z przedmiotem badań waszych, z chorym człowiekiem, z człowiekiem będącym w stanie choroby. Po raz pierwszy spotykacie tu panowie termin „choroba“ w przeciwstawieniu do terminu „zdrowie“.

Ściśle biorąc — termin ów „choroba“ nie jest dokładnem przeciwstawieniem terminu „zdrowie“. Używamy go naprzykład dość pospolicie w liczbie mnogiej „choroby“: „różne choroby“, podczas gdy „zdrowie“ jest jedno... A nadto ów termin „choroby“, bywa często używany w znaczeniu czysto swoistem, jako to „choroby serca“, „choroby oczów“ i jeszcze „choroby zakaźne“, „choroby nowotworowe“, „choroby przemiany materii“. W przeciwstawieniu do powyższego nie mówimy o „zdrowiu“ serca, „o zdrowiu“ oczów, lecz o zdrowem sercu, zdrowych oczach. Przeto ów termin „choroba“, ściśle biorąc, nie jest przeciwstawieniem terminu „zdrowie“; należy go poczytywać za imię pospolite dla oznaczenia różnych postaci istniejącego w przeciwstawieniu do stanu „zdrowia“ — s t a n u „n i e l r o w i a“, tak, jak go badacz współczesny strzeże. Owa różnaitość postaci zależy zedewszystkiem od zaburzeń w czynności zmaitych narządów, które stan niezdrowia danym razie warunkują. Stan „niezdrowia“

jogólniej ujmowany, jest stanem czynności zmienionej ustroju, który w stanie zdrowia skutecznie przeciwstawia się wszelkim szkodliwym dla swego bytowania wpływom. To skuteczne przeciwstawianie się ustroju, będącego w stanie zdrowia, szkodliwym dlań wpływom, zależy głównie od skoordynowanej odpowiednio czynności poszczególnych narządów ustroju. Zespół tych prawidłowo skoordynowanych czynności, a więc suma algebraiczna poszczególnych funkcyi prawidłowo działających narządów ustroju, stanowi podścielisko czynnościowe stanu „zdrowia“. „Zdrowie“ tedy posiada swe podłoże czynnościowe. Posia-

no pewien odpowiednik morfologii — postać, przy dość dokładnej wspól-
ce badania drobnowidzowego,
dno spostrzedz i ująć.

jednego z narządów ustro-

ju ulegnie niedającej się skompensować zmianie ilościowej lub jakościowej — hyperfunkcya, hypofunkcya lub dysfunkcya, gdy, krótko mówiąc, w którym z narządów rozwinie się „proces chorobny“, powstanie „choroba“ — wówczas ustroj popada w „stan niezdrowia“. W tym przypadku więc — w przeciwstawieniu do stanu zdrowia, na skutek „choroby serca“, „choroby płuc“, „choroby zakaźnej“ etc. powstaje stan niezdrowia, w którym to stanie ustroj już nie przeciwstawia się skutecznie wpływom szkodliwym. O ile proces chorobny danego narządu chorego jest procesem odwracalnym, o ile funkcyja narządu, który ów proces odwracalny dotknął, jest funkcyją podrzędniejszą, o tyle nastąpić może *restitutio ad integrum*, i stan niezdrowia przemija, ustępując z powrotem stanowi zdrowia. W razie przeciwnym wpływy szkodliwe biorą górę, koordynacja funkcyi narządów ulega coraz większemu rozprzężeniu, coraz to więcej składników owej życiowej sumy algebraicznej odpada. Ustroj wówczas ginie. Tu widzimy, że do powyżej wspomnianego szeregu „chorób“ przybywają jeszcze „śmiertelne“, „wyleczalne“ i „niewyleczalne“.

Przedmiotem badań klinicysty jest ów „stan niezdrowia“, tak jak się on przedstawia u człowieka żywego. Przy pomocy najrozmaitszych metod badania lekarsko-klinicznego poznajemy najcharakterystyczniejsze cechy, uwydatniające się w stanie niezdrowia, łączymy je myślowo w jedną całość i w ten sposób dochodzimy do oderwanego pojęcia „choroby“, powodującej w danym przypadku stan niezdrowia.

Wszelako klinicysta nowoczesny, rozważając stosunek czynników chorobotwórczych do różnych ustrojów ludzkich, nie mógł nie stwierdzić, że ten sam czynnik chorobotwórczy nie u wszystkich ludzi wywołuje jednakowe jakościowo i ilościowo objawy. Jeden i ten sam czynnik chorobotwórczy np. bakteryja — u jednego człowieka wywołuje chorobę śmiertelną, u innego — zachorzenie lekkie lub nawet żadną zgoła chorobę. Ta sama trucizna w ustroju jednego człowieka wywołuje bardzo poważne i groźne dla życia zmiany, w ustroju zaś innego — nie wywołuje zmian żadnych. Nie ulega przeto żadnej wątpliwości, że w stosunku do jednego i tego samego czynnika chorobotwórczego ustroje rozmaitych ludzi zachowują się bardzo niejednako. Czynniki ten u jednych wywołuje nader łatwo stan niezdrowia, u innych — nie wywołuje żadnych zaburzeń, wykraczających po za

stanu zdrowia. W ten sposób powstaje pojęcie indywidualnego „usposobienia“ do chorób, które, niezależnie od właściwości rasowych i gatunkowych, stanowi pewne wrodzone właściwości osobnicze, odznaczające w stosunku do danego czynnika chorobotwórczego jedno indywiduum od drugiego.

Rzecz oczywista, że osobnik posiadający pewne usposobienie swoiste do danego zachorzenia, nie jest przez to samo osobnikiem chorym. Aby u osobnika usposobionego powstał stan niezdrovia, niezbędny jest współdziałanie sprzyjających warunków zewnętrznych lub wewnętrznych. Te dopiero, wespół z usposobieniem — z konstytucją chorobną — mogą wywołać zaburzenie w koordynacji funkcji narządów ustrojowych, powodując chorobę. Usposobienie tedy nie jest chorobą, i mieści się całkowicie w stanie zdrowia. W stosunku przeto do danego czynnika chorobotwórczego lub ich zespołu, ludzie w stanie zdrowia będący, dzielą się na dwie wielkie grupy — nieusposobionych, a więc normalnych, „przeciętnych“, i usposobionych, których za chorych uważać nie możemy, którzy zatem są zdrowi, acz nie „przeciętni“ nie „normalni“.

Jest rzeczą dziś już pewną, że los wielu chorych osobników daleko bardziej zawisł od ich swoistego „usposobienia“, niż od czynnika chorobotwórczego. Powstaje przeto dla klinicyisty konieczność dokładnego zdawania sobie sprawy z tego, czy dany osobnik, będący przedmiotem badania i rozważania lekarskiego, posiada w jakim kierunku usposobienie chorobliwe, czy też nie. W ten sposób stwierdzamy, że nie tylko stan „niezdrowia“, ale i stan „zdrowia“ przedstawia się niejednolicie i musi być przedmiotem bardzo dokładnych badań patologa i klinicyisty.

Z wielu powodów lekarz musi znać dokładnie usposobienie swoiste ludzi, z którymi ma do czynienia. Znajomość ta pozwoli mu przede wszystkim zastosować do pacjentów pewną swoistą, rzekłbym, indywidualną profilaktykę, która będzie mogła uchronić danego osobnika od niebezpieczeństw, z jego usposobienia wynikających. Z drugiej strony tylko na bardzo dokładnym poznaniu usposobienia swego pacjenta oprzeć może lekarz klinicyista swoje rokowanie a nawet i leczenie. W wielu razach owo usposobienie chorobliwe opiera się na niezbyt dokładnie skoordynowanej czynności narządów gruczołowych o wydzielinie wewnętrznej. Pilne obserwacje kliniczne oraz przedsiębrane *ad hoc* na zwierzętach doświadczenia fizjologiczne, pozwalają nam już dość dokładnie rozpoznawać zaburzenia

w funkcji owych gruczołów, kwestya zaś wyrównywania skutecznego tych braków czynnościowych na drodze organoterapeutycznej jest kwestyą praktycznie już niemal rozstrzygniętą.

Z powyższego widzimy, że przed klinicystą doby współczesnej otwierają się szerokie horyzonty badań wagi pierwszorzędnej dla praktyczno lekarskiego postępowania. Badania te wykraczają dość daleko poza zjawiska choroby aktualnej, i sięgają poza osobniki chore ku ich rodzinie dalszej i bliższej, ku ich przodkom i ku ich potomkom. Albowiem zdaje się być bardzo prawdopodobnym, że to, co nazywamy „usposobieniem“ do chorób, tkwi swymi korzeniami głęboko w okresach najpierwszych rozwoju ontogenetycznego. Nie mam tu zamiaru zagłębiać się w dociekania nad tem, gdzie w rozwoju tym tkwią pierwsze wytyczne, determinanty, usposobienia: w elementach jądrowych komórki zarodkowej (chromozomy), czy też w zarodku, lub może w jednym i w drugim... To pewna, że na genezę zjawisk tego rodzaju, tak zespolonych z układem biochemicznym i biomechanicznym ustroju danego, nie wolno nam dziś już patrzeć z punktu widzenia jakowejś przypadkowości...

Jeżeli przeto rozpoznawanie tego, cośmy nazwali powyżej „usposobieniem“ chorobnym, ma tak doniosłe znaczenie dla praktycznego postępowania lekarskiego, to zapytać musimy z kolei, na czym to rozpoznawanie winno się opierać. A więc w pierwszym rzędzie chodzi tu o stwierdzenie oznak postaciowych, które by zdradzały pewne swoiste właściwości układu ustrojowego, a więc o b a d a n i e a n a t o m i c z n e. Pod tym przeto kątem widzenia należałoby może patrzeć na pewne anomalie postaciowe, które stwierdza anatom, a które doskonale mieszczą się w ramach stanu zdrowia. Do kategorii takich zjawisk należą np. pewne anomalie w kośćcu (ruchome X żebro), w układzie trzewnym (opuszczenie trzew), w układzie krążenia (wąskość tętnicy głównej), w układzie chłonnym, w układzie nerwowym (zmiany w typowym wyglądzie bruzd) i wreszcie w wyglądzie zewnętrznym (t. zw. *habitus*). Jak widzimy, klinicysta i anatom schodzą się tu w jednej dziedzinie zjawisk, które — i to raz jeszcze z naciskiem tu podkreślam — tkwią w całości w ramach s t a n u z d r o w i a.

Z drugiej strony klinicysta ma możność rozpoznawania pewnych usposobień chorobliwych przez zastosowanie badania fizjologicznego sprawności poszczególnych narządów

lub ich grup. Metody badania sprawności poszczególnych narządów są już dość dawno stosowane w klinice do oznaczenia stopnia uszkodzenia, jakie dany proces chorobny spowodował w tym lub owym narządzie. W celu wytropienia tą metodą swoistych usposobień chorobliwych, stosujemy ją do różnych narządów osobnika zdrowego lub chorego, u którego z tych czy z innych względów chodzi nam o oznaczenie sprawności całego ustroju lub jego czynnościowych części. Stosowane tu metody dadzą się naogół sprowadzić do t. zw. obciążania czynności narządów badanych lub ich grup, a to dla wyznaczenia stopnia maksymalnej ich wydajności czynnościowej. W ten sposób wykrywamy owo maximum wydajności czynnościowej narządu zdrowego, maximum zazwyczaj mniej lub więcej znacznie przechodzące zwykłą przeciętną sprawność codzienną u danego osobnika. To daje nam możliwość wyznaczenia dla danej funkcji ustrojowej kresu wysiłku czynnościowego, tkwiącego jeszcze w ramach stanu zdrowia. O ile wysiłek ten już nie wystarcza w warunkach bytowania zwykłego badanego indywiduum, wówczas mamy prawo mówić o braku energii funkcjonalnej w zakresie danej czynności ustrojowej, a więc o abiotrofii swoistej. I wówczas następstwem nadużywań w zakresie takiej ograniczonej sprawności może być powstanie zużycia się jej, a więc powstanie niedomogi w danym kierunku czynnościowym ze wszelkimi następstwami tejże dla ustroju. W tych razach na tle niedomogi, spowodowanej przez zużycie się czynnościowe narządu dotkniętego konstytucjonalną abiotrofią, powstaje już choroba, jako wynik działania niesprzyjających warunków na ustrój, w stanie swoistego usposobienia chorobliwego będący. Ów stan abiotrofii może być spowodowany przez swoiste zaburzenie ustrojowe, które powoduje zatrzymanie rozwoju danego osobnika na stopniu dziecięcym — *infantilismus*. W danym razie przeto poziom wydajności czynnościowej tego lub owego narządu lub ich zespołu funkcjonalnego stać będzie na wysokości dziecięcej. Taki więc ustrój w pewnym zakresie swych czynności nie dorasta do zadań, jakie mu życie z biegiem lat postawi: prędzej czy później nastąpi zużycie, niedomoga i — choroba.

Ów typ dziecięcy ustroju dorosłego nie jest zjawiskiem zgoła rzadko spotykanem. W tych razach pewnym właściwościami funkcjonalnym takiego indywiduum odpowiadają zazwyczaj zewnętrzne cechy morfologiczne bu-

dowy i ukształtowania osobnika. Okoliczność ta niewątpliwie ułatwia nam rozpoznawanie tych stanów.

Z rozważań powyższych widać, jak doniosłym praktycznie jest wyszukiwanie podobnych usposobień, na abiotrofii poszczególnych narządów lub ich zespołów czynnościowych polegających. Albowiem wykrywanie to — dające nam możliwość wyznaczenia dla danego narządu kresu, poza którym pracuje już z wysiłkiem, pozwala nam na nakreślanie dla osobników zdrowych granic ich wydajności życiowej wogóle, po za które przechodzić im bez szkody dla ich zdrowia nie wolno. To właśnie stanowi podstawę do stosowania przez lekarza wspomnianej już wyżej przezemnie profilaktyki indywidualnej, opartej na dokładnym poznaniu pod względem jakościowym, a nawet ilościowym osobniczych właściwości danego indywiduum, będącego w stanie zdrowia.

Prócz metody anatomicznej i fizyologicznej badania swoistych właściwości danych ustrojów, w stanie zdrowia i w stanie choroby będących, stosujemy jeszcze metodę badania farmakodynamicznego, która pozwala nam na oznaczanie tych czynników nerwoenergetycznych, które panują nad procesami biochemicznymi w ustrojach. Badania w tym kierunku zdążają do wykrycia przeważającego napięcia w jednym z dwóch obszarów wpływów nerwowych na procesy życiowe, mianowicie też w kierunku wagotonicznym lub sympatykotonicznym. I jakkolwiek badania te nie doprowadziły do mocnego ustalenia obu tych typów napięć nerwowych, jako zgoła odrębnych organizacji konstytucjonalnych, to jednak uwydatniły one doniosłe znaczenie metod farmakodynamicznych w ocenie sprawności zarówno obu wymienionych układów nerwowych, jak zwłaszcza pozostających pod ich wpływem narządów obwodowych. Jednocześnie też uwydatniły te badania tę wielką różnorodność, z jaką ustroje ludzkie reagują na różne lekarstwa, zależnie od właściwości konstytucjonalnych tych ustrojów. W ten sposób wyniki badania osobniczych właściwości danych ustrojów pozwalają nam nie tylko na stosowanie profilaktyki indywidualnej, nie tylko na ściślejsze orzekanie prognostyczne w danych przypadkach chorobnych, ale też na stosowanie terapii indywidualnej, opierającej się na dokładnej znajomości stosunku danego środka lekarskiego do ustroju, o jaki w danej chorobie idzie.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że badania tego rodzaju mocno komplikują całą spra-

wę badania klinicznego chorych wogóle, i wymagają od klinicysty gruntownego a poważnego wykształcenia w metodyce badań chemicznych, fizycznych, fizjologicznych etc. O wiele prostszą była droga, jaką szedł klinicysta doby wczorajszej.. Albowiem na zasadzie kilku podpatrzonych objawów, albo nawet jednego t. zw. patognomicznego objawu stawał on rozpoznanie choroby, poczem już traktowanie chorego szło według szablonu, a wynik ostateczny choroby był najczęściej wypadkową sił, o których klinicysta bardzo mało wiedział. Dziś jest inaczej... Dziś widzimy, że chory, którego leczyć mamy, to wielce złożony wyraz algebraiczny, w którym nie wystarcza poznać i wyznaczyć jeden lub kilka składników, aby już całą wartość tego wyrazu poznać. Przeciwnie — każdy ze składników tego wyrazu musimy oznaczyć dokładnie i osobno przy pomocy całego szeregu rozmaitych metod badania, i im więcej ich oznaczymy, tem bliżsi będziemy prawdy.

W ten sposób klinika współczesna staje się niejako wielkim zakładem badawczym, w którym człowiek jest przedmiotem ścisłego i wielostronnego badania. Chciałbym zwłaszcza podkreślić tu na zakończenie tę okoliczność, że klinika jako laboratorium tem różni się zasadniczo od wszelkich innych zakładów, że właśnie przedmiotem jej badania jest człowiek żywy, który myśli i czuje, a przede wszystkim człowiek, który cierpi. I przeto na pracę i usiłowania tego laboratorium, jakim jest klinika współczesna, nie wolno nam patrzeć inaczej jak z punktu widzenia utylitarne. Nie poznanie właściwości ustroju człowieka chorego, jako takie jest celem naszej pracy klinicznej. Owo poznanie bowiem jest tylko środkiem, celem zaś naszym, jako klinicystów, jest walka z chorobą i walka z cierpieniem.

Pamiętajcie, że wchodzimy tu w imię miłości bliźniego!

Przyczynki do t. zw. śmierci grasiczej (mors thymica¹).

Podał

Dr med. A. Puławski

lekarz naczelny szpitala Dz. Jezus.

W końcu sierpnia r. z. w szpitalu Dz. Jezus miał miejsce następujący wypadek. Na jednym z oddziałów wewnętrznych 18-letni chory, leczący się z powodu napadów padaczki, pomimo zakazu, aby się nie kąpał bez nadzoru, korzystając z chwilowego zamieszania przy sprzątanii na sali w godzinach popołudniowych, udał się do łazienki, aby sobie umyć nogi. Stało się to między godz. 2 a 3 po poł. Około 3-ej znaleziono go leżącego w wannie, napełnionej do $\frac{1}{3}$ wodą, z twarzą obróconą ku dnu wanny, w koszuli z zawiniętymi rękawami i w kalesonach z podniesionymi do góry nogawicami. Po wydobyciu chorego z wanny wezwano lekarza dyżurnego, któremu, pomimo zastosowania wszelkich środków, nie udało się chorego przywrócić do życia. Przyczyna śmierci wydawała się dość jasną: chory prawdopodobnie podczas mycia nóg dostał napadu padaczki, wpadł do wanny i utopił się albo udusił. A może śmierć nastąpiła wskutek samego napadu? To się zdarza, chociaż co do częstości takich wypadków zdania są

podzielone: tak np. Binswanger w swojej monografii o epilepsji w Patologii i Terapii Nothnagla (t. XII, część I, str. 351) podaje, że w ciągu lat 15 na 163 przyp., spostrzegane klinicznie, widział tylko 4 przypadki nagłej śmierci podczas napadu padaczkowego, a Worcester znów (cyt. przez Binswanger) na 62 przyp. znalazł śmierć podczas napadu aż 45 razy!

Ponieważ przypadek powyższy zainteresował mnie z wielu względów, skorzystałem z łaskawie mi udzielonych przez ordynatora oddziału kol. J. Skłodowskiego danych, zanotowanych na karcie szpitalnej i uzupełnionych przez tegoż już po wypadku. Chory leżał na oddziale od 20 czerwca r. b. Od dwóch lat miewa co 3, a następnie co 2 tygodnie napady krótkotrwałych bólów w czole, poczem traci przytomność najdłużej na minutę. Zwykle bywa serya napadów przez kilka dni z rzędu, poczem następuje pauza. Czas nadejścia napadu chory mniej więcej trafnie przewiduje. Napady były zwykle tak słabe, że zrazu zachodziła wątpliwość co do ich natury, zwłaszcza, że brom nie okazywał żadnego działania. Bywały jednak i napady silniejsze,

¹) Według komunikatu na posiedzeniu klinicznym w szpitalu Dz. J. d. 12. X. 1919.

typowe, z których jeden, a właściwie jego koniec kol. S. obserwował osobiście. Badanie przedmiotowe oprócz bledkości skóry i błon śluzowych oraz wzmożenia odruchów kolonowych żadnych zmian nie wykazuje. Znalaziono tylko nieznaczne powiększenie dolnych muszli nosowych (kol. Gantz).

Do roku zeszłego chory uczęszczał do szkoły i nauka szła mu dobrze. Inteligencya normalna. Badanie moczu żadnych zmian nie wykazuje. Badanie pośmiertne, wykonane łaskawie w mojej obecności przez prof. J. Hornowskiego w 42 godz. po śmierci, wykazało, że ustalenie przyczyny śmierci w danym przypadku nie jest tak proste, jakby się zdawało.

Dowodów utopienia się nie znaleziono: w tchawicy, przełyku i jelicie cienkiem płynu wodnistego nie było; żołądek rozszerzony wypełniony był obficie zawartością pokarmową (kapusta). Za uduszeniem się przemawiałby poniekąd stan płuc: płuca wystają bardzo znacznie po otworzeniu klatki piersiowej, są duże, trzeszczą, na powierzchni różowawe, spoistość mają ciastowatą. Na przekroju wydobywa się znaczna ilość jasnego pianistego płynu a z oskrzeli bądź płyn pianisty lekko różowy, bądź treść żółtawozielonawa, gęsta. Są to oznaki obrzęku płuc—sprawy końcowej różnych stanów chorobnych, a między innymi i napadu padaczkowego, podczas którego może nastąpić samoistne zaduszenie się. W danym przypadku brak było jednego bardzo ważnego objawu zaduszenia się. W sercu prawem, jak zanotowano w protokole, brak jest treści. Tymczasem, jak wiadomo z medycyny sądowej¹⁾, we wszystkich przypadkach zaduszenia (*asfizio*) prawe serce bywa mniej lub więcej przepelnione krwią, jak również wpadające do niego wielkie żyły i cały układ żylny. W każdym trupie, powiada Emmert (l. c.), największa część krwi znajduje się w układzie żylnym, ale w przypadkach śmierci od zaduszenia zjawisko to rzuca się w oczy, tak że posiada znaczenie rozpoznawcze i powinno być zanotowane w protokołach sądowolekarskich. Tutaj zjawiska tego nie było.

Poza wyżej opisanym obrzękiem płuc w narządach wewnętrznych nie znaleziono przyczyny, usprawiedliwiającej zejście śmiertelne w danym przypadku.

W oponach mózgowych znaleziono ślady *leptomeningitidis chron. basilaris et conve.xitatis* (wzdłuż naczyń na wypukłej

powierzchni lekkie zgrubienie i zmętnienie, w okach opony płyn jasny, u podstawy zgrubienie opon miękkich, głównie w okolicy nerwu wzrokowego lewego). Tem może dałyby się objaśnić opisywane przez chorego bóle krótkotrwałe w okolicy czołowej, a nawet i dość niewyraźne i słabe napady padaczkowe, ale nie mogło to być powodem nagłego zgonu. Mózg sam wagi 1480 grm. przy wzroście 160 cm. nie przedstawiał żadnych zmian makroskopowych. W sercu i nerkach zmian żadnych nie znaleziono.

Znalaziono zato poważne zmiany w układzie gruczołowym. Grasicca była wyraźna, duża, jakiej nie bywa u ludzi dorosłych. W nadnerczach płaskich istota rdzenna była wybitnie wąska, w niektórych miejscach brak jej zupełny. W gardzieli silnie rozwinięty aparat chłonny: migdałki bardzo znacznie powiększone, szarawe, miękkie, na przekroju obfita ilość czopków, wydobywających się z głębokich jamek. Śledzioną dość duża, z wciągami, miękka, na przekroju wyraźnie powiększona; szarawe, wystające mieszki chłonne. W jelicie cienkiem i grubym bardzo znacznie powiększone liczne mieszki chłonne. Krezka i gruczoły krezkowe zaotrzewnowe duże, szare, miękkie na przekroju, o jednolitej budowie i zabarwieniu. Do tego należy dodać tętnicę brzuszną bardzo wąską, co daje się powiedzieć i o innych tętnicach.

Zmiany powyższe cechują stan t. zw. grasiczo-gruczołowy (*status thymico-lymphaticus*)—pojęcie, które w czasach ostatnich zyskuje sobie prawo obywatelstwa w patologii, lubo dużo jeszcze w tej dziedzinie jest rzeczy niejasnych i niezbadanych. W zakres niniejszej notatki nie wchodzi rozpatrywanie tej dość zawilej sprawy, której w naszym piśmiennictwie poświęcił sporo gruntownych prac prof. J. Hornowski (5—9), a umiejętnie ją przedstawił w swoich wykładach klinicznych prof. A. Gluźniński (3 i 4). W danej chwili obchodzi nas jedno zjawisko, z tą sprawą związane, mianowicie t. zw. śmierć grasicza (*mors thymica*).

Dawno już (Feliks Plater w r. 1614) zwrócono uwagę, że powiększenie grasiccy może być przyczyną śmierci u dzieci. Plater spostrzegł 3 podobne przypadki w jednej rodzinie. Dopiero jednak Kopp (1830) w wyczerpującej pracy dowiódł, że grasicca powiększona może przez ucisk na nerw krtaniowy dolny wywołać skurcz mięśni krtaniowych i powodować śmierć. *Tracheostenosis thymica* i poprzedzające ją niekiedy napady duszności

¹⁾ Karol Emmert. Podręcznik medycyny sądowej (tłom. ros.) 1902. Str. 189.

(*asthma thymicum*) przez długi czas były uważane za pewnik kliniczny. Jak to nieraz bywa, popełniano przytem pewnego rodzaju nadżycia w rozpoznaniu, podciągając pod tę kategorię inne zjawiska, jak *laryngospasmus* i tężyczkę. Friedleben (1858) zaprotestował przeciwko poglądom Koppa i dzięki jego powadze mechaniczna teoria śmierci grasiczej upadła zupełnie, przynajmniej do czasu. Zjawiała się nowa. Oto Paltauf (1889), nie odrzucając samego faktu nagłej, a niczem nie dającej usprawiedliwić się śmierci osób, posiadających powiększoną grasicę (tak u dzieci, jak i u dorosłych), wiąże tę śmierć nie z uciskiem grasicy na sąsiednie ważne narządy, lecz ze stanem ogólnym, cechującym osobników, posiadających dużą grasicę. Dzieci, u których grasicca jest silnie rozwinięta, są blade, nadmiernie otyłe, mają przekrwienie narządów wewnętrznych, powiększone mieszki chłonne w śledzionie; wogóle powiększony cały aparat chłonny. To samo znajdował Paltauf i u dorosłych, którzy zmarli bez widocznej przyczyny. U osobników takich znajdowano wybitną wąskość tętnic. Taki stan Paltauf nazwał *constitutio lymphatica* (Virchow—*constitutio chlorotia*). Przyczyną śmierci jest, według Paltaufa, nie powiększenie grasicy, lecz ogólne zaburzenia w odżywianiu — chorzy umierają wskutek porażenia serca.

Rozwój nauki o wydzielaniu wewnętrznym rzucił nowe światło na przyczyny t. zw. śmierci grasiczej. Svehla na podstawie badań z wyciągami z grasicy, twierdzi, że w stanach opisywanych przez Paltaufa, ma miejsce nadmierne wydzielanie grasicy (*hyperthymismus*), które przez obniżenie ciśnienia krwi powoduje śmierć. Wiesel w przypadkach, spostrzeganych przez siebie, znalazł oprócz powiększenia grasicy i zmian opisywanych przez Paltaufa, niedorozwój układu chromochłonnego a przyczyną śmierci jest niedomoga wydzielnicza tego układu. Prof. J. Hornowski w jednej ze swych prac wypowiedział zdanie, że nadmierne wydzielanie grasicy hamuje działalność układu współczulnego, co w pewnych okolicznościach może być przyczyną śmierci. Prof. Hornowski na podstawie badań anatomopatologicznych twierdzi, że istnieje antagonizm między grasicą a nadnerczem. Antagonizm ten polega na rozmaitem zachowaniu się względem układu współczulnego: grasicca hamuje układ chromochłonny, nadnercze działa nań pobudzająco.

W stanach grasiczogruczołowych stosu-

nek ten występuje jaskrawo. Brak inwolucji grasicy, który wyraża się przez jej obecność, a nawet powiększenie, wywołuje niedorozwój istoty rdzennej nadnerczy. Nadnercza nie wydzielają potrzebnej dla organizmu adrenaliny i stan ten w pewnych razach może być powodem śmierci. T. zw. śmierć grasicza byłaby czemś w rodzaju ostrej niedomogi nadnerczy, podobnie jak choroba Addisona i zejście śmiertelne w tejże jest wynikiem przewlekłej niedomogi tych gruczołów. Różnica polegałaby na tem, że w przypadkach t. zw. śmierci grasiczej *primum movens* jest powiększenie grasicy i idące za niem konsekwencye, w chorobie zaś Addisona punktem wyjścia jest sprawa chorobna w nadnerczach, aczkolwiek w ostatnich czasach zwrócono uwagę że i w chorobie Addisona spotykamy także przerost grasicy, nadmierny rozwój aparatu chłonnego, t. j. stan grasiczogruczołowy (Hart, Kohn, Hedneger, Wiesel). Ja sam widziałem i opisałem przypadek podobny ¹⁾.

T. zw. śmierć grasicza jest faktem, z którym trzeba się liczyć w klinice i w medycynie sądowej ²⁾. Może ona nastąpić wskutek mechanicznego ucisku przerośniętej grasicy na tchawicę, co, wbrew twierdzeniu Friedlebena, a zgodnie z poglądami Koppa, Virchowa, Grawitza, a z nowszych autorów Lampego ³⁾, zdarza się u dzieci podczas krzyku, płaczu, przechylania głowy w tył i t. d. Śmierć grasicza zdarza się i u dzieci, i u dorosłych i z innego powodu — wskutek stanu grasiczogruczołowego w myśl teorii Paltaufa, a raczej najnowszych poglądów na rolę gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym. Nie wyłączone jest, że i w przypadkach pierwszej kategorii ta druga przyczyna odgrywa ważną rolę i że sam tylko przerost grasicy do objaśnienia przyczyny śmierci nie wystarcza.

Wyłania się tym sposobem pewna dość liczna grupa osobników, dotkniętych stanem

¹⁾ Przypadek choroby Addisona (gruźlica obu nadnerczy, t. zw. status lymphatico-thymicus, niedorozwój narządów krwiobieg i płciowych). Gaz. Lek. 1912.

³⁾ W podręcznikach medycyny sądowej z wielką ostrożnością traktowana jest sprawa śmierci grasiczej. Tak np. K. Emmert (l. c. str. 197) zgadza się na rozpoznawanie tej sprawy, jako przyczyny śmierci u dzieci tylko wtedy, jeżeli zostało dowiedzione, że dziecko miało napady dychawicy grasiczej (*asthma thymicum*). „Medycyna sądowa, powiada E., nie może sprzyjać maskowaniu zbrodni na podstawie hipotez i nieścisłych badań“. Z drugiej strony jednak medycyna sądowa musi się liczyć z postęпами medycyny faktami dowiedzionymi.

²⁾ Die Bedeutung der Thymusdrüse für den Organismus.

grasiczogruczolowym, którym grozi często z błahego powodu, nieoczekiwane zejście śmiertelne, nie dające się usprawiedliwić przez badanie pośmiertne, jeżeli się nie zwróci uwagi na stan niektórych gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym.

W grupie tej znajdują się przede wszystkim dzieci w początkowych okresach życia, umierające nieraz nagle w stanie pozornego zdrowia. Nie mają one nieraz tak powiększonej grasicy, aby śmierć mogła nastąpić wskutek ucisku grasicy na tchawicę lub jaki ważny organ, ale są dotknięte stanem grasiczogruczolowym. Tak np. Clark ¹⁾ na 500 badanych trupów dziecięcych znalazł 35 razy stan grasiczogruczolowy. Z tego 50% zmarło pod wpływem shocku lub nieznacznych urazów, 50% — na choroby zakaźne. Griffith ²⁾ w jednej rodzinie widział 7-ro dzieci w wieku od 1 do 8 miesięcy, które zmarły nagle, będąc przedtem zdrowe. Tylko u jednego stwierdził niezbyt oskrzeli z lekką gorączką, duszność bez objawów zwężenia krtani. Badanie pośmiertne wykazało dużą grasicę (nie wiadomo, czy był stan grasiczogruczolowy). Müller ³⁾ opisuje 2 przypadki śmierci w stanie grasiczogruczolowym. W jednym u 10-letniego chłopca, dotkniętego od 2 dni ostrem zapaleniem gardzieli i krtani z umiarkowaną gorączką (38,8°) nastąpiła śmierć po 3-godzinnym napadzie dusznicy, połączonej z sinicą. Na sekcji nie znaleziono szczególnych zmian w krtani, ale zato przerost gruczołów chłonnych języka, migdałów i wogóle wszystkich gruczołów chłonnych. W grasicy niezbyt dużej znaleziono znaczną przewagę istoty rdzennej nad korową (co jest ważne dla rozpoznania stanu grasiczogruczolowego). W przypadku drugim — u 2-letniego dziecka, które przed 3-ma miesiącami przechodziło błonicę i nosiło rurkę tracheotomiczną, nastąpiła nagle śmierć bez objawów duszności. Sekcja wykazała dużą grasicę, przerost układu chłonnego i znaczny zanik nadnerczy. Autor dla zwalczania hipertymizacji radzi w takich stanach stosowanie przetworów nadnerczy.

W naszym piśmiennictwie L. Anders (1) opisał przypadek wprawdzie nie śmierci grasiczej, ale gwałtownych napadów duszności podczas płaczu u 4-miesięcznego dziecka, dotkniętego krzywicą. Napady te zależały niewątpliwie od ucisku tchawicy przez niezmiernie powiększoną grasicę, jak to można było

wykazać zapomocą prześwietlania promieniami Roentgena. Podczas tych napadów na przedniej ścianie klatki piersiowej występował jakby garb. Kol. Schoenaich (13) demonstrował 2 przypadki zwężenia krtani u dzieci z powodu ucisku powiększonej grasicy. W przypadku kol. Szaniawskiego (12) nagle zejście śmiertelne u 7-letniego chłopca wśród objawów duszności, obrzęku twarzy i sinicy miało nastąpić według niego z powodu nadmiernej powiększonej grasicy lubo to nie zostało dowiedzione, jak widać z dyskusji w Tow. Lek. Częstochowskiem.

Co się tyczy dorosłych, to osobniki dotknięte stanem grasiczogruczolowym ¹⁾ przedstawiają najczęściej pewne zboczenia w układzie nerwowym lub też zwichniętą równowagę w układzie gruczołów o wydzielinie wewnętrznej. Ciekawa jest statystyka Bartelsa, który wśród 126 samobójców znalazł 36% — *status thymico-lymphaticus*, 26% — *st. lymphaticus* (cyt. p. Gluzińskiego). v. Klebelsberg ²⁾ zebrał 8 przypadków nagłej śmierci, jakie się zdarzyły w ciągu lat 10 wśród pacjentów zakładu dla chorych umysłowych w Hall (Tyrol). W przytoczonych obszernie protokołach sekcyjnych autor nie znajduje przyczyny nagłego zejścia śmiertelnego, za to uderza w nich jedna cecha wspólna — przerost grasicy oraz całego aparatu chłonnego (*st. thymico-lymphaticus*). Fakt ten skłania autora do przypuszczenia, że miała tu miejsce t. zw. śmierć grasicza. Neusser ³⁾ twierdzi, iż stanom grasiczogruczolowym towarzyszy nierzadko *hypertrophie cerebri, status epilepticus* (jak to miało miejsce np. w moim przypadku).

Myasthenia gravis pseudoparalytica na-

¹⁾ Według prof. Hornowskiego za cechy stanu grasiczogruczolowego należy uważać powiększoną grasicę z przewagą elementów limfocytarnych, szeroką istotę rdzenną nadnerczy, dużą liczbę komórek eozynochłonnych w gruczołach wydzielania wewnętrznego lub w gruczołach limfatycznych. Cechą stanu grasiczego (*st. thymicus*) jest przerost grasicy z przewagą elementów nabłonkowych, niedorozwój istoty rdzennej nadnerczy i mała ilość komórek eozynochłonnych w gruczołach. Cechą stanu limfatycznego jest zanik grasicy, przerost gruczołów limfatycznych i szeroka dobrze rozwinięta istota nadnerczy. Pomiędzy *st. thymicus* a *thymico-lymphaticus* istnieje cały szereg postaci przejściowych, które często trudno zaliczyć do tej lub innej grupy. Patrz Hornowskiego № 8, str. 111.

²⁾ Ueber plötzliche Todesfälle bei Geisteskranken (Ein Beitrag zur sog. Mors thymic) Ztschr. f. d. gesam. Neurol. und Psychiatrie. B. XXV, H. 3.

³⁾ Ausgewählte Kapitel der klin. Symptomatol. und Diagnos. 1911 4 H.

¹⁾ Americ. Journ. of. Children's diseases 1919. III.

²⁾ New York med. Jour. 1909.

³⁾ Zeit. f. Laryngol. u. Rhinolog. 1913. str. 1075.

leży do chorób, w których zdarza się stan grasiczogruczolowy i t. zw. *mors thymica* (Gluziński).

W chorobie Basedowa grasicca jest najczęściej powiększona. Capelle w 60 przyp. zebranych z literatury i 4 własnych znajdował na stole sekcyjnym bardzo często (79%) w chorobie Basedowa powiększoną grasicę. To samo znajdował Chrustalow¹⁾: na 134 przyp. sekcyjne w 65% istniał *thymus persistens*. To samo notuje się ciągle w przypadkach operacyjnych choroby Basedowa, zakończonych śmiercią, co dało powód do przypisywania grasiccy fatalnego wpływu na chorobę Basedowa (*mors thymica*). Zdania pod tym względem są podzielone a nawet wręcz sprzeczne. Tak np. Gebele z Monachium dochodzi do wniosku, że sok grasiccy neutralizuje działanie soku tarczowego. Basedowczykom, według niego, grozi nie *mors thymica*, lecz zatrucie sokiem gruczołu tarczowego, którego nie jest w stanie neutralizować nawet przerośnięta grasicca²⁾.

Pomimo tych sprzeczności, faktem jest, że Basedowczycy często są dotknięci stanem grasiczogruczolowym. Stan ten zdradza się u nich, według Kochera, przez istnienie we krwi znacznej limfocytozy. O ile ta ostatnia przekracza pewną miarę (40—80%), Kocher zaleca wstrzymanie się od strumektomii, a w każdym razie od chloroformowania, bo chloroform często sprowadza śmierć u osobników dotkniętych stanem grasiczogruczolowym. Za przyczynę śmierci od chloroformu prof. Hornowski uważa wyczerpywanie się układu chromochłonnego nadnerczy, szczególnie wtedy, gdy układ ten jest niedorozwinięty lub gdy wogóle jest go mało. Że takie wyczerpywanie się układu chromochłonnego nadnerczy może mieć miejsce w chorobie Basedowa, dowodzi ta okoliczność, że osobniki, dotknięte tą chorobą, miewają nieraz objawy choroby Addisona (brązowe zabarwienie skóry, zwłaszcza powiek, zaburzenia w trawieniu, wyczerpywanie się układu mięśniowego, astenia i t. d.).

Rozpoznawanie t. zw. śmierci grasiczej następuje nieraz poważne trudności i wymaga

¹⁾ Zmiany anatomopatologiczne niektórych narządów w chorobie Basedowa. (Serya dysertacji doktorskich w akad. wojsk. w Petersburgu z r. 1913—14. Streszcz. moje w Gaz. Lek. 1914).

²⁾ Interesujących się bliżej tą kwestyą odsyłam do mojej pracy O chorobie Basedowa w Odcz. Klin. wyd. przez Gaz. Lek.

dużej dozy krytycyzmu. Rzadko stosunkowo zdarzają się przypadki t. zw. czyste, w których z całą pewnością można wykluczyć wszystkie inne przyczyny śmierci, zwłaszcza u dorosłych. Nieodzownym naturalnie jest dokładne badanie pośmiertne, poparte, o ile można, badaniem histologicznym grasiccy, nadnerczy i t. d., co nie zawsze jest możliwe i czego brakuje w wielu przypadkach. Wobec stosunkowej rzadkości samej sprawy nawet przypadki bez szczegółowego badania histologicznego nadają się do ogłaszania, o ile poparte są sekcją. W naszym piśmiennictwie posiadamy bardzo szczegółowo zbadane przypadki śmierci grasiczej przez prof. Hornowskiego (l. c.). Za wzór zaś oceuy krytycznej tych przypadków może służyć praca (niestety, pośmiertna) przedwcześnie poległego bohatera śmiercią pod Kółkami na Wołyniu ś. p. kol. A. Kossakowskiego, wykonana w zakł. anatomii patologicznej prof. Z. Dmochowskiego we Lwowie (10). Przypadek dotyczył zmarłej nagle 22-letniej dziewczyny. Na sekcji makroskopowo znaleziono dużą grasicę, powiększenie gruczołów chłonnych (a więc *status thymico-lymphaticus*) i... wągra w czwartej komórce. Co było przyczyną śmierci? Autor zbadał histologicznie wszystkie gruczoły o wydzielaniu wewnętrznym i doszedł do wniosku, że w danym przypadku nie było typowego stanu grasiczochłonnego, a przytem organizm wyrównywał pewne braki. Jako wyraz kompensacji ze strony organizmu (przeciwko powiększeniu grasiccy) można było uważać obecność dużej liczby komórek zwojowych i nerwów, pozostających w bezpośredniej styczności z układem chromochłonno-adrenalinowym w nadnerczu, co mogło ułatwiać bezpośrednie tonizowanie organizmu w razie potrzeby. Do tych urządzeń kompensacyjnych zaliczyć należało: prawidłowo czynne narządy płciowe — jajniki, co nie jest charakterystyczne dla stanów, w których grasicca jest powiększona. Jednym słowem w danym przypadku przyczyna śmierci nie zależała od schorzenia i zaburzeń w równowadze gruczołów wydzielania wewnętrznego, jak to właśnie bywa w t. zw. śmierci grasiczej. Autor przeto uważa w danym razie tylko wągra za przyczynę śmierci. Wągr, zamykając wodociąg Sylwiusza, wywołał utrudnienie krążenia płynu mózgowordzeniowego, co wywołało powstanie wodogłowia wewnętrznego. Drobne wybroczyny w komórce czwartej były bezpośrednią przyczyną śmierci.

PIŚMIENNICTWO POLSKIE.

1. L. Anders. Przypadek dużego przerostu grasicy u 4-miesięcznego dziecka. Przegl. Pediatr. 1912, z. V. 2. Domaniewicz i Panczyzyn. Wpływ wymiaru grasicy na rozwój kotów i ogólny rozwój zwierzęcia. Tyg. Lek. 1914, № 22. 3. A. Gluziński. Z fizjologii i patologii grasicy z uwzględnieniem st. thymico-lymphat etc. Tyg. Lek. 1912, № 51, 1913, № 1. 4. Tenże. Pokaz przypadku ze status thymico lymphaticus. Tyg. Lek. 1912, № 44. 5. J. Hornowski. O przyczynach śmierci po zabiegach operacyjnych. Gaz. Lek. 1909. 6. Tenże. Śmierć wskutek chloroformu, a gruczoły wewnętrznego wydzielania. 7. Tenże. O wzajemnym stosunku grasicy i nadnercza jako gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu i o ich stosunku do układu współczulnego. Now. Lek. XXIV, z. 4. 8. Tenże. Badania anatomo-patologiczne

nad stosunkiem grasicy do gruczołów przytarczycznych i nadnerczy oraz nad zachowaniem się jej przy status lymphaticus, thymicus i thymo-lymphaticus, Lwów, 1913. 9. Tenże. Przyczynki z dziedziny anatomii, embryologii, histologii normalnej i patologicznej do kwestyi związków gruczołów wydzielania wewnętrznego z chorobami nerwowymi i umysłowymi. Now. Lek. 1913, z. 7, 9 i 10. 10. Kossakowski A. Śmierć nagła w przypadku stanu grasiczolimfatycznego i wągra V komory, Gaz. Lek. 1916, № 15/16. 11. Lubelski M. Przypadek śmierci z powodu powiększonej grasicy. Medycyna, 1916, № 31. 12. Szamowski. Mors thymica. Przegl. Lek. 1914, № 14. 13. W. Schoenaich. 2 przypadki zwężenia krtani z powodu ucisku powiększonej grasicy. Przegl. Ped. 1912, z. V.

Dział sprawozdawczy.

I. P. Desfosses. Demagoras higienista.

W jednym z ostatnich numerów Presse médicale w rubryce „Questions actuelles“ autor z domieszką soli attyckiej przeprowadza paralelę między zwykłym lekarzem w stylu „staroświeckim“ a higienistą-demagogiem czasów ostatnich. „Jatros, lekarz staroświecki, nie cieszy się uznaniem dworaków Demosu. Jest to twór przedpotopowy (*un fosille*), mówi o nim Demagoras—twór, który na nic się nie przyda higienie nowoczesnej. Jatros traci swą młodość na studia naukowe, a wiek dojrzały na trzęsienie na wózku po wsiach lub drapanie się po piętach; jego sława sprowadza się do wdzięczności biedaków, których z trudem obronił od śmierci. Codziennie i na każdym miejscu propaguje higienę praktyczną; salą wykładową jest mu chata wieśniacza lub poddasze, a słuchaczami—matka, którą uczy, jak ma karmić dziecko lub małe, któremu wyklada o niebezpieczeństwie brudnych rąk. Nie ubiegając się o żadne urzędy; Jatros mówi każdemu prawdę w oczy; nie boi się powiedzieć Demosowi, że wiele z bied tegoż zależy od złego urzędnika życia, że różne mizerye fizjologiczne prawie zawsze mają swe źródło w złych nałogach, że najlepszym sposobem zachowania zdrowia jest czystość fizyczna i moralna; chętnie tłumaczy młodzieży, że najlepszym środkiem uniknięcia rzeźączki i przymiotu jest nienarażanie się na zarazę. Robotnikowi wyjaśnia, że niektóre choroby wątroby i nerek, wodna puchlina, a nawet gruźlica oraz różne kalectwa są najczęściej następstwem nieostrożności lub pijaństwa.

Dla Jatrosa postęp higieny polega przede wszystkim na wysiłku indywidualnym. Pewne dojrzałe obmyślane zarządzenia, umiejętnie zastosowane, są pożyteczne, nawet konieczne, ale pozostaną martwą literą bez czynnego współdziałania wszystkich ludzi i każdego z osobna; człowiek jest twórcą swego losu: jak sobie pościelesz, tak się wyśpiesz.

Jatros zaleca wszystkim umiarkowanie

w jedzeniu, skromne obyczaje, miarę w używaniu życia. To mi dopiero nowość! Konfucyusz już przed tysiącami lat wygłaszał te maksymy chińczykom, filozofowie heleńscy zastanawiali się nad nimi ze swymi uczniami, a nasi odmawiacze brewiarza (*diseurs de bréviaire*) co niedziela z ambon pouczają o tem swoje owieczki.

Demagoras, młody higienista, nie zajmuje się tą staroświecczyzną. Jest za inteligentny na to, aby zanudzać swe dzieciństwo studowaniem starożytnych autorów, żeby zatruwać swą młodość długimi i mozolnymi studiami medycznymi.

Kilka miesięcy w jakiej pracowni bakteriologicznej, przesłuchanie jakiego takiego kursu higieny wystarcza na otrzymanie dyplomu higienisty.

Przeciwstawić się lekarzom—tym nudnym moralistom—jest dla niego zabawką, ba, prostą drogą do kariery. Demosowi zacznie prawić, że chorzy są ofiarami społeczeństwa, choroby—wynikiem złej organizacji higieny publicznej.

Jeżeli są suchotnicy, to dlatego, że nie wprowadzono jeszcze w życie rejestracji gruźlicy. Czyż można zwalczać chorobę, jeżeli dokładna statystyka nie daje nam pojęcia o rozmiarach tej plagi? Daleki od wymagania od Demosu, aby się lepiej prowadził, nie znajduje w nim żadnej wady. Aksjomatem jego jest: społeczeństwo jest złe, Demos jest doskonały. Jeżeli się upija, to dlatego, że się musi odurzać; jeżeli jest leniwy, to dlatego, że racja jego żywności jest niedostateczna. Czyż młody człowiek nie powinien iść za głosem natury? Rzeczą jest przychodzić przeciwwenerycznych... *de rendre Venus sans risques et Cupidon sans pleurs*.

Ażeby zreformować w sposób decydujący higienę szkolną, higienę miast, higienę przemysłu, wystarczy tylko utworzyć jaknajwięcej posad do obrzeży płatnych inspektorów. Kto wie, czy z czasem sanitaryuszki

(*infirmières visiteuses*) nie zaczęły odwiedzać w nocy robotników, aby się przekonać, czy Demos w niedość higienicznym mieszkaniu nie traci zdrowia, które nabył przez cały dzień w warsztacie lub w fabryce, gdzie wszelki wysiłek będzie z całą surowością usuwany.

Demagoras z lekceważeniem odzywa się o klinicytach: on tylko jest przedstawicielem wiedzy; medycyna należy do lekarzy, higiena do higienistów—oto jego program. Niechże Demos bez obawy oddaje się uciechom.

Demagoras mu zapewni prawdziwie naukową organizację higieny.

W ten sposób Demos wszechwładny sły-
szy dwa głosy:

Dla zachowania zdrowia rozwijaj swą energię indywidualną, licz przede wszystkim na siebie—mówi Jatros.

Dla zachowania zdrowia rozwijaj urzęd-
nictwo (*le fonctionarisme*), licz na mnie —
wola Demagoras.

(*La Presse méd.* 19. XI. 1919, № 69).

F.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE.

Z DZIEDZINY NEUROLOGII.

1. Opoterapia w padaczce. Perrin i Richard zwracają uwagę na związek padaczki ze stanami basedowizmu poronnego, objawami niedostatecznej czynności jajnika i tarczycy. Łączność napadów epileptycznych z okresami miesiączkowania znana jest powszechnie. Autorzy stosowali w kilku wypadkach padaczki preparaty thyroidy i owaryny i stwierdzili wyraźnie zmniejszenie się częstości występowania napadów.

2. Thyroidektomia u chorej na stan maniakałny. Stocker i Jassy podaje spostrzeżenie przypadku psychozy maniakałnej, która powstała u chorej z objawami lekkiego basedowizmu. Po wycięciu części przerosłej tarczycy objawy podniecenia szybko minęły. Badanie drobnowidzowe stwierdziło znaczne bujanie czynnej tkanki gruczołu, co skłania autora do przypuszczenia, że pomiędzy przerostem tarczycy, a psychozą istniał związek i że w tym wypadku było wskazanie do zabiegu operacyjnego.

(*Revue neurologique*, № 9, 1919).

3. Leczenie przymiotu układu nerwowego. Lafora z Madrytu w tych wypadkach kiły mózgu i rdzenia, w których zwykle leczenie swoiste nie pomaga, radzi stosować wstrzykiwanie podoponowe środków specyficznych. W tym celu autor za pomocą przekłucia łądźwiowego wydobywa około 15 gr. płynu mózgowordzeniowego, poczem miesza 5 gr. tegoż płynu ze specjalnie przygotowaną surowicą (połączoną z przetworami rtęci lub salwarsanu) i wstrzykuje mieszaninę z powrotem pod oponę.

Zabieg co kilka tygodni powtarza się, z odpowiednim stopniowym zwiększaniem dawki powyższych środków. Autor spostrzegł wyraźną poprawę co do przebiegu klinicznego schorzeń układu nerwowego na tle przymiotu oraz widział w zmianie odczynów laboratoryjnych potwierdzenie dodatniego wyniku leczenia (znikanie reakcji Wassermana, limfocytozy, odczynu globulinowego Nonnego itd).

(*Revue neurologique*, № 8 1919).

4. Leczenie przykurczeń. Sicard opisuje szereg przypadków przykurczeń, leczonych zapomocą wstrzykiwania alkoholu do

odpowiednich pni nerwowych z wynikiem dodatnim. Zabieg jest wskazany szczególnie w tych wypadkach, gdy objawom ruchowym towarzyszą bóle, zwłaszcza typu t. zw. kaulgii, która często rozwija się po postrzałach nerwu pośrodkowego i piszczelowego. Autor podaje statystykę 23 przypadków różnorodnych przykurczeń pochodzenia odruchowego, opisanych podczas wojny przez Babińskiego i Froment'a w postaci t. zw. „main figée” (Meige), paratonii (Marie) itp. Cierpienia te są nader uporczywe, nie poddają się leczeniu zwykłymi metodami i dlatego autor poleca swoją metodę, którą opisał przed wojną, jako dającą znakomite wyniki w nerwobólach.

5. Leczenie t. zw. kaulgii. Cierpienie to powstaje u chorych z uszkodzeniem zwłaszcza nerwu pośrodkowego i polega na występowaniu bólów ogromnego nasilenia w zajętej odcinku kończyny. Cierpienie to opisane przez Weir-Mitchella, a obserwowane obecnie dość często podczas wojny po postrzałach nerwów obwodowych, zdaje się zależeć od zajęcia n. współczulnego. W celu leczenia kaulgii Leriche zaproponował zabieg operacyjny, polegający na obnażeniu tętnicy i wycięciu splotu współczulnego na przestrzeni kilku cm. w obrębie podrażnionego nerwu. Wobec tego, że operacja Leriche'a okazała się nader skuteczną co do wyniku, stosowanie jej w przypadkach kaulgii zaleca szereg autorów we Francji.

6. Wstrzykiwanie surowicy do komór mózgowych w drętwy karku. Zastrzykiwanie surowicy swoistej w drętwy karku drogą przekłucia łądźwiowego często nie daje wyniku wskutek stwierdzonego na autopsjach zamknięcia drogi podoponowej, prowadzącej od rdzenia do mózgu. Wobec tego M Labbé zaproponował metodę wstrzykiwania surowicy wprost do komór mózgowych zapomocą trepanacji czaszki i następczego przekłucia mózgu. Zabieg nie należy do ciężkich i w wielu przypadkach, jak twierdzi autor, uratował jego chorych. Spostrzeżenia podobne zostały ogłoszone przez Chartier'a oraz Ramond'a, który radzi po przekłuciu mózgu wypuścić 25—30 cm. płynu, poczem wstrzyknąć surowicę.

7. Opoterapia w nerwicach. J. Blanc

utrzymuje, że podczas wojny wzmożła się liczba nerwic z objawami lękowymi pochodzenia gruczołowego, zwłaszcza wskutek upośledzenia czynności tarczycy. Dowodzi tego, zdaniem autora, wzmocnienie objawów wago-tonicznych u takich chorych i częste stwierdzanie u nich odruchu oczno-sercowego. Ten

ostatni objaw pozwala dawkować stosowanie tyroidy i paratyroidy, które wyraźnie pomagają w takich przypadkach według spostrzeżeń autora.

(„*Neurologie de guerre*“ — *Revue neurologique* 1916 № 4, 5 6, 11 i 12).

T. Jaroszyński.

Wiadomości bieżące.

— Do Zarządu Krakowskiego Tow. Lekarskiego wybrani zostali na rok 1920: na prezesa prof. Rosner; na wiceprezesa dr Kostrzewski; na sekretarza dorocznego dr Szymanowicz; prócz tego na 3 lata wybrano na skarbnika dra Ackermana i na gospodarza doc. Seńkowskiego.

— Warszawskie Towarzystwo Higieniczne poszukuje lekarza, któryby objął kierownictwo wystawy ruchomej p. t. „Walka z chorobami zaraźliwymi“ i popularyzował wiedzę higieniczną w tej dziedzinie podczas podróży po kraju. Wiadomości bliższe w Kancelaryi Towarzystwa Karowa 31 od 10 do 2 popołudniu.

— Ze statystyki chorób zakaźnych w Warszawie. Od dn. 14.XII. do 20.XII. 1919 r. było zachorowań: na ospę—, na odrę 66 (w tem 33 m. i 33 kob., 44 chrz. i 22 ż.), szkarlatynę 30 (w tem 18 m. i 12 k., 19 chrz. i 11 ż.), dur plamisty 50 (w tem 31 m. i 19 k., 42 chrz. i 8 ż.), dur brzuszny 28 (w tem 13 m. i 15 k., 19 chrz. i 9 ż.), gorączkę powrotną 12 (w tem 9 męż. i 3 k., 4 chrz. i 8 ż.), dyzenteryę 3 (2 męż. i 1 k.), 2 chrz. i 1 ż.), dyfteryt 4 (1 m. i 3 k., 4 chrz.), gorączkę połogową 5 (4 chrz. i 1 ż.), włośnicę 2 (2 kob. chrz.). Najwięcej było odry w XII okr.— 11, w VIII — 8, w IX — 7, w XV—7, w III—6, w II i VII po 4, szkarlatynę w IX—4, w II, VII, XII i XIV—po 3, duru plamistego w XIX okr.—7, w VII—6, w I, III i VIII — po 5, duru brzuszno-w XIX—4, w II, III, V, VII i XXII — po 3, gorączki powrotnej w VII—5, dyzenteryi w VIII, XI i VX —po 1, gorączki połogowej w II—2, w IV, V VI i —po 1, włośnicy w X i XI okr.—po 5.

Od d. 21.XII. do 27.XII 1919 r. było zachorowań: na ospę—, na odrę 16 (w tem 9 m. i 7 kob., 13 chrz. i 3 ż.), na szkarlatynę 11 (w tem 6 męż. i 5 kob., 8 chrz. i 3 ż.), dur plamisty 56 (w tem 27 męż. i 29 kob., 42 chrz. i 14 ż.), dur brzu-

szny 13 (w tem 7 m. i 6 k., 10 chrz. i 3 ż.), gorączkę powrotną 12 (5 męż. i 7 kob., 6 chrz. i 6 ż.), dur rzekomy (paratyfus) 1 (1 k., chrz.), dyzenteryę 3 (1 męż. i 2 kob., 3 ż.), dyfteryt 3 (1 m. i 2 k., 2 chrz. i 1 ż.), drętwicę karku 5 (1 męż. i 4 kob., 2 chrz. i 3 ż.). Najwięcej odry było: w III i XI okr.—po 4, szkarlatynę w VII okr.—5, duru plamistego w III okr.—8, w VI i XIX—po 6, w X—5, w II i VIII—po 4, duru brzuszno-w V okr.—3, gorączki powrotnej w III i V—po 2, dyzenteryi w V—2, w VIII—1, drętwicy karku w III, V, VIII, IX i XIV — po 1. W innych okręgach cyfry pomniejsze.

— Ze statystyki chorób zakaźnych w Łodzi. Od 14.XII. do 20.XII 1919 r. było zachorowań: na ospę—, na odrę 6; m. 4 k. 2, chrz. 5 ż. 1; na szkarlatynę 13 (zm. 1) m. 5 k. 8, chrz. 11 ż. 2; dur plamisty 17 (zm. 4) m. 11, k. 6, chrz. 13, ż. 4; dur brzuszny 25 (zm. 2), m. 13 k. 12, chrz. 16, ż. 9; gorączkę powrotną 16 m. 9, k. 7, sami żydzi; dyzenteryę—; dyfteryt 5 m. 3, k. 2, chrz. 3, ż. 2; różę 1 kob. chrz.; nagm. zapalenie opon mózgowych 2, m.—, k. 2, chrz. 1, ż. 1; kszustiec 7 (zm. 2) m. 4, k. 3, chrz. 5 ż. 2; gorączkę połog. 1 (zm. 1) chrz.; jaglicę 7, m. 1, k. 6, chrz. 7, ż.—. Na gruźlicę zmarło osób 31.

Od 21.XII. do 27.XII. 1919 r. było zachorowań: na ospę—; na odrę 7 (zm. 2) m. 3, kob. 4, chrz. 3 ż. 4; na szkarlatynę 7 (zm. 1) męż. 4, kob. 3, chrz. 6, ż. 1; dur plamisty 11 (zm. 3), męż. 7, kob. 4, chrz. 9, żyd. 2; dur brzuszny 7 (zm. 4) męż. 5, kob. 2, chrz. 5, żyd. 2; gorączkę powrotną 6, m. 5, k. 1 sami żydzi; dyzenteryę—; dyfteryt 2 (zm. 1) m.—, k. 2, chrz. 1, ż. 1; różę—; nagm. zapalenie opon mózg.—; krztusiec 4 (zm. 3) m.—, k. 4 chrz.; gorączkę połogową—. Na gruźlicę zmarło osób 47.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
Kazimierz Rzętkowski. Człowiek zdrowy jako przedmiot badania klinicznego	1	<i>Dział sprawozdawczy.</i> (1) P. Desfosses. Demagoras higienista	10
A. Puławski. Przyczynki do t. zw. śmierci grasiczej (mors thymica)	5	<i>Notatki terapeutyczne</i>	11
		<i>Wiadomości bieżące</i>	12

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca: Dr W. Szumlański.

Adres Redakcji i Administracji: Marszałkowska 73. Telefon 26-79.

Administracja otwarta w dni powszednie od 5^{1/2}, do 7-ej.

Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru i z pozostawieniem marginesu.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“

Gazeta Lekarska w Warszawie i na prowincji kwartalnie Mk. 30 (koron 45), półrocznie Mk. 60 (kor. 90).

Cena numeru pojedynczego 4 m.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej Mk. 5—, na ostatniej, przed tekstem i przy tekście Mk. 4.50, na pozostałych Mk. 4.—.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8. Dom Handlowy L. i E. Metz i Ska Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124. W Krakowie H. Fallek — Bonerowska 11.

Na Francję wyłącznie M-r Gray de Gourcy. Paris—Le Vesinet 19 Route de la Plaine.

Odbito czcionkami Drukarni Królewskiej (W. Krawczyński i E. Egert). Żelazna 89. Tel. 188-70.